

- nitive functioning[J]. *Epilepsy Res*, 2009, (86): 1-14.
- [5] Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy [J]. *Epilepsia*, 1981, 22(4): 489-501.
- [6] Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy [J]. *Epilepsia*, 1989, 30(4): 389-399.
- [7] 吴逊, 沈鼎烈. 难治性癫痫[J]. *中华神经科杂志*, 1998, 31(1): 4.
- [8] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 22.
- [9] 吴洵昉, 洪真京, 吴逊, 等. 多中心双盲、随机、安慰剂对照评价左乙拉西坦添加治疗难治性癫痫部分性癫痫发作的疗效及安全性[J]. *中华神经科杂志*, 2007, 40(3): 151.
- [10] 王苏妹. 从痰气郁滞论治难治性癫痫的临床总结[D]. 北京: 北京中医药大学, 2011.
- [11] 刘金民, 江涛. 中医癫痫病证诊治标准化的思考[J]. *中西医结合学报*, 2006, 4(6): 572-574.
- [12] 李淑芳. 颞叶癫痫中医证候研究及柴贝止痫汤对癫痫大鼠 GABA_AR、NMDAR1 表达的影响[D]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [13] 谢伟, 陈伟军, 孟春想, 等. 柴胡皂苷 a 对难治性癫痫大鼠多药耐药蛋白 P-糖蛋白表达的影响[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2013, 19(9): 229-232.
- [14] 王俏, 陈国神. 天麻苷元大鼠鼻腔和静脉注射给药的脑药动力学研究[J]. *中国新药杂志*, 2010, 19(8): 708-712.
- [15] 胡园, 袁默, 刘屏, 等. 石菖蒲对血脑屏障超微结构及通透性的影响[J]. *中国中药杂志*, 2009, 34(3): 349-351.
- [16] 李泽慧, 安超, 胡凯文, 等. 浙贝母总生物碱对人肺腺癌 A549/顺铂细胞耐药性的逆转作用[J]. *中国药理学与毒理学杂志*, 2013, 27(3): 315-320.
- [17] 杨洋, 王世祥, 房敏峰, 等. 安息香醛、香草醛和 β -细辛醚对 P-糖蛋白功能的影响[J]. *中成药*, 2012, 34(7): 1364-1366.
- [18] 彭向前, 冯玮, 张文会. 半夏醇提取液逆转多药耐药细胞系 K562/A02 的耐药性[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2012, 18(18): 157-160.
- [19] 郑香春, 李淑芳, 刘金民. 柴贝止痫汤单药及合并用药治疗难治性癫痫临床观察[J]. *天津中医药*, 2012, 29(3): 224-227.
- [20] 鄢泽然, 张青, 王潇慧, 等. 柴贝止痫汤影响大鼠脑微血管内皮细胞乳腺癌耐药蛋白、核因子 p65 表达的研究[J]. *环球中医药*, 2014, 7(4): 241-246.

(收稿日期: 2014-07-28)

(本文编辑: 黄凡)

慢性萎缩性胃炎中医证型分布规律

赵晓丹 孙静晶 周斌

【摘要】 目的 探讨慢性萎缩性胃炎的中医证型分布与胃黏膜病理改变程度、幽门螺杆菌 (*H. pylori*) 感染的相关性。**方法** 将 431 例慢性萎缩性胃炎患者辨证分为 6 个证型: 肝胃气滞证 59 例, 肝胃郁热证 35 例, 脾胃虚弱证 168 例, 脾胃湿热证 52 例, 胃阴不足证 24 例, 胃络瘀血证 93 例。分析各证型与胃黏膜病理改变程度、幽门螺杆菌感染的关系。**结果** (1) 各中医证型在不同程度胃黏膜萎缩分布上存在显著性差异 ($P < 0.05$), 其中肝胃气滞证与脾胃虚弱证、胃络瘀血证比较差异均有统计学意义 ($P < 0.0033$); (2) 各中医证型在不同程度肠化生分布上存在显著性差异 ($P < 0.05$), 其中肝胃气滞证与胃络瘀血证比较存在显著性差异 ($P < 0.0033$); (3) 各中医证型在不同程度异型增生分布上差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。**结论** 中医证型分布与胃黏膜病理改变程度、*H. pylori* 感染有一定的相关性。

【关键词】 慢性萎缩性胃炎; 中医证型; 分布

【中图分类号】 R256.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.01.005

Distribution of traditional Chinese medicine syndromes of chronic atrophic gastritis ZHAO Xiaodan, SUN Jing-jing, ZHOU Bin. Guang'anmen Hospital Affiliated to China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China

Corresponding author: ZHOU Bin, E-mail: zbp518@163.com

作者单位: 100053 北京, 中国中医科学院广安门医院脾胃科 [赵晓丹 (硕士研究生)、孙静晶 (硕士研究生)、周斌]; 北京中医药大学针灸推拿学院 [赵晓丹 (硕士研究生)]

作者简介: 赵晓丹 (1988 -), 女, 2007 级七年制硕士研究生。研究方向: 中医内科消化病学。E-mail: zhao_xiaod@yeah.net

通讯作者: 周斌 (1967 -), 博士, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 中医内科消化病学。E-mail: zbp518@163.com

【Abstract】 Objective To discuss the relationship among different TCM syndrome of CAG, relevant pathological changes and *Helicobacter pylori* infection. **Methods** 431 CAG patients were divided into 6 kinds of TCM syndromes, i. e. 59 cases of liver and stomach qi stagnation syndrome, 35 cases of stagnated heat of liver and stomach syndrome, 168 cases of spleen-stomach deficiency syndrome, 52 cases of spleen-stomach damp heat syndrome, 24 cases of stomach yin deficiency syndrome and 93 cases of stomach meridian of blood stasis syndrome. To analysis the relationship among different syndrome, relevant pathological changes and *Helicobacter pylori* infection. **Results** (1) In the distribution of different degrees of atrophy, there were statistically significant differences among the six syndromes ($P < 0.05$). Differences were statistically significant when Liver and stomach qi stagnation syndrome compared with spleen-stomach deficiency syndrome and stomach meridian of blood stasis syndrome ($P < 0.0033$). (2) In the distribution of different degrees of intestinal metaplasia, there were statistically significant differences among the six syndromes ($P < 0.05$). Difference was statistically significant when Liver and stomach qi stagnation syndrome compared with stomach meridian of blood stasis syndrome ($P < 0.0033$). (3) In the distribution of different degrees of dysplasia, there were no statistically significant differences among the six syndromes ($P > 0.05$). **Conclusion** There were correlation among TCM syndromes, pathological changes and *Helicobacter pylori* infection.

【Key words】 Chronic atrophic gastritis; Traditional Chinese medicine syndromes; Distribution

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 临床多表现为胃脘部的痞满、疼痛、嗳气、纳呆等。属于中医“胃痞”、“胃脘痛”等范畴。国内多项研究表明,慢性萎缩性胃炎的中医辨证分型分布与胃黏膜病理改变及 *H. pylori* 感染存在一定的相关性。

1 对象与方法

1.1 研究对象

431 例患者均来自 2012 年 2 月至 2014 年 2 月就诊于中国中医科学院广安门医院脾胃科门诊、病房经胃镜及病理组织学检查确诊为慢性萎缩性胃炎的符合纳入标准的患者。年龄 24 ~ 70 岁,男性 162 例,女性 269 例。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会消化病学分会 2006 年 9 月的上海《中国慢性胃炎共识意见》^[1]。中医辨证标准参照《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)》^[2]。(1) 肝胃气滞证:主症:胃脘胀满或胀痛,胁肋胀痛;次症:症状因情绪因素诱发或加重,嗳气频做,胸闷不舒,舌苔薄白,脉弦。(2) 肝胃郁热证:主症:胃脘饥嘈不适或灼痛,脉弦或弦数;次症:心烦易怒,嘈杂反酸,口干口苦,大便干燥,舌质红苔黄。(3) 脾胃虚弱证(脾胃虚寒证):主症:胃脘胀满或隐痛,胃部喜按或喜暖;次症:食少纳呆,大便稀溏,倦怠乏力,气短懒言,食后脘闷,舌质淡,脉细弱。(4) 脾胃湿热证:主症:胃脘

痞胀或疼痛,舌质红,苔黄厚或腻;次症:口苦口臭,恶心或呕吐,胃脘灼热,大便黏滞或稀溏,脉滑数。(5) 胃阴不足证:主症:胃脘痞闷不适或灼痛,舌红少津,苔少;次症:饥不欲食或嘈杂,口干,大便干燥,形瘦食少,脉细。(6) 胃络瘀血证:主症:胃脘痞满或痛有定处,舌质暗红或有瘀点、瘀斑;次症:胃痛拒按,黑便,面色暗滞,脉弦涩。

1.3 纳入排除标准

纳入标准:符合慢性萎缩性胃炎诊断标准的患者;年龄在 18 ~ 70 岁之间。

排除标准:合并消化性溃疡或病理诊断疑有恶变者;合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,或影响其生存的严重疾病,如肿瘤、艾滋病等,及精神病患者;妊娠、哺乳期妇女。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据处理。各证型间 *H. pylori* 阳性率比较采用 χ^2 检验。其他结果采用秩和检验 Kruskal-Wallis 法检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。两两比较采用两个独立样本的非参数检验,临界值校正为 $P' < 0.0033$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

431 例患者中,肝胃气滞证 59 例,肝胃郁热证 35 例,脾胃虚弱证 168 例,脾胃湿热证 52 例,胃阴不足证 24 例,胃络瘀血证 93 例。

2.1 中医证型和胃黏膜萎缩程度的关系

不同中医证型间胃黏膜萎缩程度分布情况比较,经 Kruskal-Wallis 法检验, $\chi^2 = 19.234, P = 0.002 < 0.01$,表明各证型在萎缩程度的分布上存在显著性差异。各证型间两两相比, $P' = 0.0033$,肝胃气滞证与脾胃虚弱证相比较 $P = 0.000 < 0.0033$;与胃络瘀血证相比较, $P = 0.001 < 0.0033$,差异均有统计学意义。余证型两两比较, $P > 0.0033$,差异无统计学意义。见表 1。

表 1 CAG 患者各证型不同萎缩程度分布情况

证型	无	轻度	中度	重度
肝胃气滞证	7	42	8	2
肝胃郁热证	6	16	7	6
脾胃虚弱证	26	51	50	41
脾胃湿热证	12	21	10	9
胃阴不足证	4	12	6	2
胃络瘀血证	17	24	31	21

2.2 不同中医证型胃黏膜肠上皮化生程度比较

经 Kruskal-Wallis 法检验, $\chi^2 = 14.503, P = 0.013 < 0.05$,表明各证型在不同程度肠化生分布上存在显著性差异。各证型间两两相比, $P' = 0.008$,肝胃气滞证与胃络瘀血证相比较, $P = 0.001 < 0.0033$,差异有统计学意义。余各证型间两两比较, $P > 0.0033$,差异无统计学意义。见表 2。

表 2 CAG 患者各证型不同肠化生程度分布情况

证型	无	轻度	中度	重度
肝胃气滞证	17	34	4	4
肝胃郁热证	8	13	7	7
脾胃虚弱证	38	69	41	20
脾胃湿热证	15	21	11	5
胃阴不足证	4	9	8	3
胃络瘀血证	18	32	23	20

2.3 不同中医证型胃黏膜异型增生程度比较

经 Kruskal-Wallis 法检验, $\chi^2 = 5.099, P = 0.404 > 0.05$,不同证型在不同程度异型增生分布上无显著性差异。见表 3。

表 3 CAG 患者各证型不同异型增生程度分布情况

异型增生	无	轻度	中重度
肝胃气滞证	54	5	0
肝胃郁热证	29	6	0
脾胃虚弱证	134	34	0
脾胃湿热证	46	6	0
胃阴不足证	20	4	0
胃络瘀血证	74	14	5

2.4 不同中医证型与 H. pylori 感染

H. pylori 阳性率为脾胃湿热证(63.5%) > 肝胃郁热证(60.0%) > 胃阴不足证(58.3%) > 胃络瘀血证(52.7%) > 肝胃气滞证(50.8%) > 脾胃虚弱证(47.6%),但各证型间总体比较,经 χ^2 检验, $\chi^2 = 5.290, P = 0.381 > 0.05$,差异无统计学意义。见表 4。

表 4 CAG 患者各证型 H. pylori 感染情况

证型	阳性	阴性
脾胃湿热证	33	19
肝胃郁热证	21	14
胃阴不足证	14	10
胃络瘀血证	49	44
肝胃气滞证	30	29
脾胃虚弱证	80	88

3 讨论

各证型出现频率依次为脾胃虚弱证 > 胃络瘀血证 > 肝胃气滞证 > 脾胃湿热证 > 肝胃郁热证 > 胃阴不足证。可见本病为本虚标实,虚实夹杂之证。本虚则以脾胃虚弱为主。李乾构^[3]对 96 篇有关 CAG 文献中的 7496 例 CAG 进行了统计,其中,脾胃虚弱证共出现 39 次,共 1667 例,多于其他各证型。本研究中脾胃虚弱证所占比例最高,所得结论与早期研究基本相符。李东垣提出“内伤脾胃,百病由生”的观点。脾胃共处中焦,互为表里。脾主运化水谷,胃主受纳腐熟,脾主升清,胃主通降。脾胃功能健旺,则水谷精微得以运化输布,升降有权;若素体脾胃不健、中气久虚,或饮食劳倦、损及脾胃,或病中重用寒凉克伐之剂、耗伤脾胃之气,或病后胃气未复,皆可导致脾胃功能失常,运化不力,中焦气机停滞,而生痞满。本研究中重度萎缩、轻度肠化生、轻度异型增生均以脾胃虚弱证为主;且 431 例 CAG 患者脾胃虚弱证在总人数中所占比例最大,

可见,脾胃虚弱贯穿于慢性萎缩性胃炎的整个过程,为萎缩性胃炎发生发展的关键病机,是慢性萎缩性胃炎发生发展的根本所在。

本研究各证型中轻度萎缩所占比例分别为肝胃气滞证 71.19%、胃阴不足证 50%、肝胃郁热证 45.71%、脾胃湿热证 40.38%、脾胃虚弱证 30.36%、胃络瘀血证 25.81%,可推断,肝胃气滞证的 CAG 患者胃黏膜萎缩改变以轻度为主。肝为刚脏,性喜调达。李东垣:“先由喜怒悲忧恐为五贼所伤,而后脾气不行,劳役饮食不节继之,则元气乃伤。”《临证指南医案·木乘土》:“肝为起病之源,胃为传病之所”。疾病初起,患者因情志不畅而致肝失疏泄,木郁克土,脾胃虚弱而运化不力,气机升降失常,阻滞中焦。叶天士“初病在气”,故所见胃黏膜病理改变相对较轻,以轻度萎缩为主。陈晶等^[4]发现肝胃不和证在轻度萎缩多见;兰邵阳等^[5]对 106 例老年 CAG 患者调查发现肝胃不和型胃黏膜萎缩以轻度为主;结果与本研究基本一致。

本研究中胃粘膜中重度异型增生改变者均为胃络瘀血证,可推断随着慢性萎缩性胃炎病程的延长、病情的加重,其病位多由气入血而致瘀血壅阻胃络。《临证指南医案·胃脘痛》:“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀。”可见脾胃之病易生瘀滞。脾胃虚弱,脾失升清,胃失降浊,气机壅滞而生瘀;水湿停聚,壅而化热,煎熬津液,使血行停滞而成瘀;素体阳虚、或嗜食生冷、感受寒湿之邪者,或胃阴不足、久病阴损及阳者,虚寒内生,血脉失于温煦,凝血成瘀;脾运失健,水谷精微不得运化,气血生化乏源,气虚无力行血,致血运停滞而成瘀;脾气虚失于统血,血溢脉外,离经之血停而为瘀。唐旭东^[6]教授在秉承董建华教授脾胃“通降论”,认为本病气滞在先,血瘀在后。

431 例患者中各证型中胃粘膜肠化生改变者所占比例分别为胃阴不足证 83.33%、胃络瘀血证 80.65%、脾胃虚弱证 77.38%、肝胃郁热证 77.14%、肝胃气滞证 76.36%、脾胃湿热证 71.15%。其中胃阴不足证中肠化生者所占比例最高,推断慢性萎缩性胃炎辨证为胃阴不足证患者,其胃黏膜病理改变多为肠化生。CAG 日久,脾胃运化失常,水湿停滞中焦,聚而化热,灼伤胃阴,或脾胃虚寒,阳损及阴,致阴津不足,胃体失于濡养。肠上皮化生则为胃黏膜上皮细胞被肠黏膜上皮细胞取代,胃酸及胃蛋白酶分泌减少,与中医中所说胃

阴不足证相似。罗敬河等^[7]发现胃阴不足型肠上皮化生显著高于其它各证型;兰邵阳等^[5]发现老年慢性萎缩性胃炎患者中胃阴不足型伴肠上皮化生发生率最高;王相东等^[8]发现肠化型慢性萎缩性胃炎患者的典型中医证型为胃阴不足证。本研究结果与上述结论基本相符。

本研究患者 *H. pylori* 阳性患者占总人数的 52.7%,各证型 *H. pylori* 阳性率依次为脾胃湿热证 (63.5%)、肝胃郁热证 (60.0%)、胃阴不足证 (58.3%)、胃络瘀血证 (52.7%)、肝胃气滞证 (50.8%)、脾胃虚弱证 (47.6%)。数据显示,本研究 CAG 患者 *H. pylori* 感染以脾胃湿热证为主,与国内^[4,5,9]研究基本相符;其次为肝胃郁热证,可见, *H. pylori* 感染多属实证。 *H. pylori* 感染与慢性萎缩性胃炎的发生发展密切相关,长期和反复感染可使部分患者胃黏膜发生萎缩和肠化生,且大多数学者认为,根除 *H. pylori* 治疗可以防止胃黏膜萎缩和肠化的进一步发展^[10],因此,对于慢性萎缩性胃炎兼 *H. pylori* 感染者,应积极行 *H. pylori* 根除治疗以防止萎缩性胃炎的进一步发展。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 中华消化杂志. 2007, 27(1): 45-50.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志. 2010, 18(5): 345-349.
- [3] 李乾构. 萎缩性胃炎辨证的证型探讨[J]. 北京中医杂志, 1992, 3: 9-10.
- [4] 陈晶, 周晓虹, 韩树堂. 慢性萎缩性胃炎证型分布规律研究[J]. 江苏中医药, 2008, 40(11): 36-38.
- [5] 兰邵阳, 陶双友. 老年慢性萎缩性胃炎中医证型分析[J]. 新中医, 2013, 45(6): 23-25.
- [6] 刘赓, 唐旭东. 唐旭东辨证治疗慢性萎缩性胃炎经验体会[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(5): 734-736.
- [7] 罗敬河, 刘春慧. 慢性萎缩性胃炎辨证分型与胃黏膜改变相关性研究[J]. 医学临床研究, 2010, 27(9): 1664-1666.
- [8] 王相东, 乔喜婷, 樊西玲, 等. 胃癌前病变病理分型与中医证型、舌象相关性的临床研究[J]. 江苏中医药, 2012, 44(9): 24-25.
- [9] 黄雅慧, 郭菊清, 刘越洋, 等. 慢性萎缩性胃炎胃粘膜癌前病变病理变化与中医证型及 Hp 的相关性研究[C]//中华中医药学会脾胃病分会第二十四次全国脾胃病学术交流会论文汇编, 2012: 184-187.
- [10] Rugge M, Genta RM. Staging and grading of chronic gastritis[J]. Hum Pathol, 2005, 36(3): 228-233.

(收稿日期:2014-04-21)

(本文编辑:黄凡)