

慢性胃炎胃黏膜胃镜像 1167 例的中医证候学分析

燕东 孟森 朱强

【摘要】 **目的** 研究慢性胃炎的胃黏膜胃镜像的中医证候属性。**方法** 通过调查表收集 1167 例慢性胃炎的胃镜下胃黏膜像表现,同时行中医辨证分型,经统计分析进行评价。**结果** 脾胃湿热证在胆汁反流、黏液池状态方面有统计学差异($P<0.05$),提示脾胃湿热型较其他型易出现胆汁反流、黏液池呈黄绿色;脾胃虚弱(含虚寒)证与病变部位有统计学差异($P<0.05$),提示全胃炎多发生于脾胃虚弱(含虚寒)证中;脾虚气滞型与贲门状态有统计学差异($P<0.05$),提示脾虚气滞型较其他证型易出现贲门松弛或疝囊形成;胃络瘀阻型在黏膜以白相为主、呈颗粒样改变、黏膜糜烂、黏膜血管网改变及胃镜下诊断为萎缩性胃炎等方面有统计学差异($P<0.05$),提示胃络瘀阻证在上述五方面较其他型多见;进一步行 Logistic 统计分析,黏膜血管网改变、黏膜糜烂与胃络瘀阻证关系有统计学差异($P<0.05$),提示胃络瘀阻证胃镜下黏膜出现血管网改变及糜烂的可能性明显大于其他证型。**结论** 部分胃黏膜胃镜像与慢性胃炎的中医证候之间存在一定程度的关联,可为中医微观辨证提供参考。

【关键词】 慢性胃炎; 中医辨证; 胃黏膜胃镜像; 微观辨证

【中图分类号】 R573.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.09.003

TCM syndrome properties of gastroscopic findings by an analysis of 1167 cases of chronic gastritis

YAN Dong, MENG Miao, ZHU Qiang. Department of spleen and stomach, Guang'anmen Hospital, China academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China.

Corresponding author: ZHU Qiang, E-mail: 13639977629@139.com

【Abstract】 **Objective** To investigate the TCM syndrome properties of gastroscopic findings of gastric mucosa in chronic gastritis (CG). **Methods** Gastroscopic signs of gastric mucosa of 1167 cases of

基金项目:中国中医科学院广安门医院所级基金(81335)

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院脾胃病科(燕东、孟森);新疆生产建设兵团医院中医科(朱强)

作者简介:燕东(1973-),博士,副主任医师。研究方向:慢性胃肠病的中西医结合治疗。E-mail:yandong.gam@163.com

通信作者:朱强(1967-),本科,副主任医师。研究方向:慢性胃肠病及骨关节病的中西医结合治疗。E-mail:13639977629@139.com

CG were collected by questionnaire, and they were typed by TCM syndrome differentiation and evaluated by statistical analysis. **Results** There were statistically significant differences between the syndrome of dampness-heat of spleen and stomach and the bile reflux and mucus pool ($P < 0.05$), suggesting that the syndrome was more prone to bile reflux and yellowish green mucus pool compared to other types of syndromes. There were statistically significant differences between syndromes of deficiency of spleen and stomach (including syndrome of deficient cold) and lesion sites ($P < 0.05$), suggesting that complete gastritis is mostly common in those with syndromes of deficiency of spleen and stomach (including syndrome of deficient cold). There was statistically significant difference between the syndrome of spleen deficiency and qi stagnation and the cardiac status compared to other types of syndromes ($P < 0.05$), suggesting that the syndrome is more prone to cardiochaliasia or hernial sac formation. There were statistically significant differences in the domination of the syndrome of static blood in stomach collaterals by white lesions in the gastric mucosa, mucosal granular changes, mucosal erosion, changes of mucosal vascular network, and gastroscopic diagnosis with chronic atrophic gastritis (CAG) ($P < 0.05$), suggesting that the syndrome is more prone to the above five aspects compared to other types of syndromes. Further logistic analysis showed that both changes of mucosal vascular network and mucosal erosion were statistically related to the syndrome of static blood in stomach collaterals ($P < 0.05$), suggesting that the possibility of gastroscopic occurrence of changes of vascular network and erosion was significantly greater in this syndrome than in other types of syndromes. **Conclusion** Some gastroscopic findings of gastric mucosa are partly correlated with TCM syndromes of CG, and provide reference for microcosmic syndrome differentiation of TCM.

[Key words] Chronic gastritis; TCM syndrome differentiation; Gastroscopic signs of gastric mucosa; Microcosmic syndrome differentiation

慢性胃炎 (chronic gastritis, CG) 是指多种原因引起的胃黏膜慢性炎症病变, 是一种常见的、多发的消化系统疾病。目前中医诊病主要依靠传统的四诊合参, 而通过胃镜下观察胃黏膜像的改变是望诊的延伸, 近年来众医家愈来愈重视本病胃镜下的微观表现。因此, 通过大样本病例研究胃黏膜胃镜像与慢性胃炎中医辨证分型之间的关系, 了解其中医证候属性具有重要意义。笔者通过观察 1167 例慢性胃炎患者的胃黏膜胃镜像表现, 研究其与慢性胃炎中医辨证之间的关系, 探讨其中医属性, 以期今后中医宏观辨证提供微观的参考依据。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2010 ~ 2014 年间在中国中医科学院广安门医院门诊就诊的慢性胃炎患者, 共 1167 例, 年龄 18 ~ 70 岁, 平均年龄 (46.73 ± 13.57) 岁。其中男性 463 例, 女性 704 例。女性入选患者多于男性, 考虑可能与女性患者对胃镜检查的依从性较男性高有关。实验内容均符合伦理学规定。

1.2 诊断标准

入选患者均符合中华医学会消化病学分会 2006 年上海会议制定的《慢性胃炎诊断标准》^[1], 根

据中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2003 年拟定的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[2] 进行中医辨证, 分为肝胃不和证、脾胃虚弱 (含虚寒) 证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀阻证、脾虚气滞证, 共六型。

1.3 纳入标准

(1) 符合慢性胃炎中、西医诊断标准, 并行胃镜检查者; (2) 能够配合调研者; (3) 自愿作为研究对象并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

(1) 消化性溃疡、急性胃炎及胃癌患者; (2) 合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者; (3) 精神病患者; (4) 妊娠或哺乳期妇女; (5) 年龄 > 70 岁或 < 18 岁者。

1.5 胃镜检查

患者均在本院内窥镜室由脾胃病科具有多年胃镜操作经验的资深医师行胃镜检查。行组织学检查者, 分别在距幽门 3 cm 内大弯、小弯侧各取一块黏膜标本。

1.6 资料收集

入选患者均在本院内窥镜室行胃镜检查并镜下诊断符合慢性胃炎, 同时经判断符合纳入标准者, 在胃镜检查后由本科室 2 位或 2 位以上高年资

主治医师同时负责采集资料,确定中医辨证分型,并完成调查表。

1.7 统计学处理

建立数据库,数据采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析处理。基本统计描述定性资料采用频数表、百分率或构成比;计数资料的组间比较采用卡方检验,因变量(二分类)与自变量的关系采用 Logistic 回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃黏膜像统计

中医证型分布情况:1167 例患者中,肝胃不和证 212 例(18.17%)、脾胃虚弱(含虚寒)证 198 例(16.97%)、脾胃湿热证 236 例(20.22%)、胃阴不足证 168 例(14.40%)、胃络瘀阻证 167 例(14.31%)、脾虚气滞证 186 例(15.94%)。具体胃镜下不同胃黏膜像的例数及所占比例见表 1。

2.2 证型与胆汁反流、黏液池及病变部位的关系

1167 例患者中,以有胆汁反流数的比例作为衡量胆汁反流发生情况的指标,见表 2。各证型在胆汁反流方面有统计学差异($\chi^2 = 48.113, P < 0.05$),提示脾胃湿热型发生胆汁反流的比例明显高于其他证型。

1167 例患者中,黏液池呈黄绿色在不同证型中的比例,见表 2,差异有统计学意义($\chi^2 = 12.793, P < 0.05$),提示脾胃湿热型黏液池呈黄绿色的比例明显高于其他证型。

1167 例患者中,病变部位为全胃在不同证型中的比例,见表 2,证型与病变部位有显著性统计差异($\chi^2 = 76.751, P < 0.05$),较突出的特点是全胃炎以脾胃虚弱(含虚寒)证为常见,高于其他证型。

2.3 证型与贲门状态、黏液色泽及黏膜颗粒状改变的关系

因疝囊形成样本量过少,根据医学合理性作合理的合并,将贲门松弛与疝囊形成合并。1167 例患者中,贲门松弛或疝囊形成在不同证型中的比例,见表 3,统计学上有显著性差异($\chi^2 = 73.753, P < 0.05$),脾虚气滞型出现贲门松弛或疝囊形成的比例较其他证型为高。

1167 例患者中,各证型中胃镜下黏膜色泽以白相为主的比例,见表 3,统计学上有显著性差异($\chi^2 = 46.436, P < 0.05$),胃络瘀阻型黏膜色泽以白相为主的比例高于其他证型。

1167 例患者中,各型按黏膜呈颗粒样改变的所占比例,见表 3,统计学上有显著性差异($\chi^2 = 54.609, P < 0.05$),胃络瘀阻型黏膜呈颗粒样改变的比例高于其他证型。

2.4 证型与黏膜血管网、黏膜糜烂及胃镜下诊断之间的关系

1167 例患者中,各型按黏膜血管网改变的比例,见表 4,统计学上有显著性差异($\chi^2 = 60.892, P < 0.05$),尤其是胃络瘀阻型黏膜血管网改变的比例较其他证型为高。

由于样本量的关系,将平坦糜烂与隆起糜烂合并,再比较不同证型间的差别。1167 例患者中,各型按黏膜可见糜烂的所占比例,见表 4,统计学上有显著性差异($\chi^2 = 45.326, P < 0.05$),胃络瘀阻型黏膜可见糜烂的比例高于其他证型。

1167 例患者中,各型按镜下诊断为萎缩性胃炎的比例,见表 4,统计学上有显著性差异($\chi^2 = 53.066, P < 0.05$),镜下诊为萎缩性胃炎尤以胃络瘀阻型为多。

表 1 胃镜下不同胃黏膜像的例数及所占比例

胃黏膜像	例数(例)	所占比例(%)	胃黏膜像	例数(例)	所占比例(%)
胆汁反流	139	11.9	幽门不开	10	0.9
黏液池透明,清凉	1021	87.5	幽门呈开放状	138	11.8
黏液池呈黄绿色	146	12.5	黏膜以红相为主	916	78.5
(病变部位)胃窦	1019	87.3	黏膜以白相为主	251	21.5
(病变部位)全胃	148	12.7	黏膜呈颗粒样改变	203	17.4
贲门开合良好	959	82.2	黏膜可见血管网	217	18.6
贲门松弛	193	16.5	平坦糜烂	154	13.2
贲门疝囊形成	15	1.3	隆起糜烂	98	8.4
幽门开合良好	1019	87.3	非萎缩性胃炎	923	79.1
萎缩性胃炎	244	20.9			

表 2 不同证型与胆汁反流、黏液池及病变部位的关系

证型	胆汁反流		黏液池		病变部位	
	无(例)	有(例)	透明清亮(例)	黄绿色(例)	胃窦(例)	全胃(例)
肝胃不和	191	21	189	23	205	7
脾胃虚弱(含虚寒)	183	15	183	15	138	60
脾胃湿热	180	56	176	60	208	28
胃阴不足	152	16	152	16	153	15
胃络瘀阻	161	6	160	7	146	21
脾虚气滞	161	25	161	25	169	17
合计	1028	139	1021	146	1019	148

表 3 不同证型与贲门状态、黏液色泽及黏膜颗粒状改变的关系

证型	贲门		黏液色泽		黏膜颗粒样改变	
	开合良好(例)	松弛或疝囊形成(例)	红相为主(例)	白相为主(例)	无(例)	有(例)
肝胃不和	185	27	190	22	199	13
脾胃虚弱(含虚寒)	150	48	159	39	171	27
脾胃湿热	214	22	190	46	195	41
胃阴不足	152	16	117	51	128	40
胃络瘀阻	140	27	107	60	112	55
脾虚气滞	118	68	153	33	159	27
合计	959	208	916	251	964	203

表 4 不同证型与黏膜血管网、黏膜糜烂及内镜下诊断之间的关系

证型	黏膜血管网		黏膜糜烂		内镜下诊断	
	无(例)	有(例)	无(例)	有(例)	非萎缩性胃炎(例)	萎缩性胃炎(例)
肝胃不和	197	15	189	23	192	20
脾胃虚弱(含虚寒)	169	29	165	33	162	36
脾胃湿热	197	39	176	60	193	43
胃阴不足	121	47	132	36	119	49
胃络瘀阻	109	58	104	63	105	62
脾虚气滞	157	29	149	37	152	34
合计	950	217	915	252	923	244

表 5 胃络瘀阻型的二元 Logistic 回归分析

	B	S. E	Wals	df	Sig.	Exp (B)
糜烂 1	1.032	0.184	31.558	1	.000	2.807
步骤 1 ^a 黏膜血管网可见	1.112	0.189	34.661	1	.000	3.040
常量	-2.349	0.124	358.948	1	.000	0.095

注:模型适配度 $P=0.045<0.05$ 。

2.5 证型与胃黏膜像的 Logistic 回归分析

在临床中多种胃黏膜胃镜像的表现可能出现在某一证型中。为了研究中医证型(因变量)与多个胃黏膜胃镜像(自变量)的关系,大致了解哪些胃黏膜像是某证型的常见表现,进一步行 Logistic 回归分析。其中胃络瘀阻型的回归方程有显著性意义($P<0.05$),提示胃络瘀阻出现黏膜血管网改变、糜烂病理变化的风险更高,相对于其他证型分别为 3.040 倍、2.807 倍。见表 5。

3 讨论

既往多位学者对慢性胃炎等胃病的胃镜像中医证候属性进行了研究,但往往样本数较少。本次研究样本数为 1167 例,不同证型例数相对均衡。寄希望于在较大样本量的基础上,能相对得到较为客观的结论。具体如下:(1)脾胃湿热较其他型易出现胆汁反流、黏液池呈黄绿色,提示胆汁反流在中医辨证上多属“热”(实热或虚热)证,其中尤以“湿热”之证为常见,故临证治疗胆汁反流

应重视清热化湿。有文献报道用蒿芩清胆汤治疗胆汁反流性胃炎取得良好的效果^[3],可为佐证。姚乃礼治疗慢性胃炎时重视胃镜下微观表现,若伴胆汁反流多治以清热利湿之法^[4]。(2)全胃炎多发生于脾胃虚弱(含虚寒)证。脾胃虚弱(含虚寒)型多为久患胃疾不愈,或年老体衰脾胃自衰,使脾胃虚弱,纳运失常,水谷不化精微,气血生化乏源,胃体失于荣养而发为胃炎,故往往病变范围广泛,病情较重,全胃病变多见。(3)脾虚气滞型较其他证型出现贲门松弛或疝囊形成的可能较大。脾胃亏虚,气机升降失常,导致胃失和降,胃气上逆而易形成疝囊。同时脾气亏虚、纳运失健,胃体及贲门失养,使胃体蠕动减缓,贲门口松弛。(4)胃络瘀阻型在黏膜以白相为主、呈颗粒样改变及镜下诊断为萎缩性胃炎等方面较其他型多见。戴晓玲等^[5]研究发现血瘀是慢性胃炎黏膜萎缩的重要病理基础,并建议临床应选用活血化瘀药物改善血瘀状态,增加黏膜血流量,有利于萎缩的消退。(5)胃络瘀阻型出现黏膜糜烂者多于其他证型($P<0.05$)。有研究认为胃络瘀阻型患者黏膜糜烂者多,多病久病重,为久病入血之表现^[6]。(6)胃络瘀阻(34.7%)及胃阴不足(28.0%)两型黏膜血管网改变的比例较高,可能由于以上二型津血不足,不能滋润胃黏膜,黏膜变薄,从而呈现血管网改变。黏膜血管网改变为萎缩性胃炎的典型表现,提示胃病病程已久、病情较重。王垂杰认为胃络瘀血及胃阴不足证多提示慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)病重或病久,可为佐证^[7]。

进一步行 Logistic 统计分析以期得到更为可信的结论,发现胆汁返流、黏液池、黏膜色泽及黏膜颗粒样改变、黏膜血管网可见、黏膜糜烂、胃镜下诊断等 7 个胃黏膜像表现作为单因素自变量均对胃络瘀阻型有统计学意义;同时出现时,黏膜血管网改变、黏膜糜烂与胃络瘀阻型关系较为密切,胃络瘀阻型出现上述 2 个病理变化的风险更高,回归方程模型的适配度有显著性意义($P<0.05$),说明该回归方程模型较好,提示胃络瘀阻型胃镜下黏膜出现血管网改变及糜烂的可能性明显大于其他证型。既往研究认为黏膜糜烂多由于脾胃湿热或胃火炽盛而灼伤胃络^[8-10],而忽视了若在黏膜血管网透见基础上合并糜烂者,多为胃络瘀阻、血不归经所致。综上所述,部分胃黏膜像与慢性胃炎

的中医辨证之间存在一定程度的关联。

胃镜像是指在现代医学理论指导下,运用电子胃镜及活体组织检查获得的有关胃黏膜变化的客观征象,是直接观察到的、微观的、局部的内在病变。利用胃镜进行胃内望诊,使中医望诊扩大了眼界。而且,就单纯胃病而言,内镜下所见更接近疾病的性质与实质。据此微观辨证,“见微知著”“查内知外”,弥补宏观辨证的不足。这种局部、微观辨证与中医传统辨证具有一定互补性,有可能作为传统中医宏观辨证时的补充参考,更客观、全面地反映疾病的实质。

本次研究由于样本较大,耗时前后六年,设计研究方案时,慢性胃炎的中医证型是根据当时得到公认的 2003 年拟定的《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》中的分型标准。而 2011 年的《慢性胃炎的中西医结合诊治共识意见》中的中医证型较 2003 年虽然微有变化,但相差不大,故未作调整,特此说明。

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] 张万岱, 陈治水, 危北海. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(5): 314-317.
- [3] 陈桂芳. 蒿芩清胆汤治疗胆汁反流性胃炎 40 例[J]. 天津中医药, 2006, 23(6): 476.
- [4] 燕东, 白宇宁, 张润顺, 等. 姚乃礼基于络病理理论治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(11): 3946-3949.
- [5] 戴晓玲, 刘启泉, 田军彪, 等. 慢性胃炎中医辨证规律研究[J]. 辽宁中医杂志, 1997, 24(10): 453-454.
- [6] 胡红, 陈平, 周玉珍. 胃脘疾患胃镜征象与中医证型关系初探[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2004, 2(1): 57-59.
- [7] 路小龙, 王垂杰. 王垂杰结合内镜辨证治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(7): 20-22.
- [8] 赵雷, 陆为民. 中医辨证结合胃镜检查治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的探讨[J]. 中医药信息, 2011, 28(1): 39-41.
- [9] 万莹, 吕文亮, 高清华, 等. 慢性胃炎脾胃湿热的胃镜像特点[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(10): 690-692.
- [10] 王汝新, 牛华珍. 慢性萎缩性胃炎的电子胃镜下改变与中医药治疗的体会[J]. 中外医疗, 2008, 27(36): 97.

(收稿日期: 2016-10-09)

(本文编辑: 韩虹娟)