

慢性萎缩性胃炎中医证候的胃镜及病理特征分析研究

杨振华¹ 孙波¹ 黄傲霜¹ 史琲¹ 殷萍²

[摘要] 目的:对慢性萎缩性胃炎(CAG)中医证型的胃镜及病理特征进行分析,探讨与中医证型的相关性。**方法:**收集 2020 年 4 月—8 月经胃镜及病理检查诊断为 CAG 的 347 例患者,利用胃镜对黏膜萎缩范围和黏膜形态特征以及活检病理结果进行分析研究,以明确 CAG 中医各证型胃镜及病理结果的差异性,探讨与中医各证型的相关性。**结果:**CAG 各中医证型萎缩范围比较差异无统计学意义($P>0.05$),均以闭合型萎缩为主。CAG 中医证型在单纯萎缩、胆汁反流、平坦糜烂及隆起糜烂等黏膜形态特征上差异有统计学意义($P<0.05$),但在出血、肠化生发生率方面差异无统计学意义($P>0.05$)。CAG 中医证型在萎缩程度、Hp 感染率和异型增生发生率方面差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**CAG 中医证型与内镜及病理特征存在一定的相关性。微观辨证可以为中医辨证论治提供有力的客观依据,以此提高 CAG 的中医辨证论治水平。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;癌前病变;中医辨证论治;消化内镜

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.01.12

[中图分类号] R573 **[文献标志码]** A

Study on the endoscopic and pathological characteristics of Traditional Chinese Medicine syndromes of chronic atrophic gastritis

YANG Zhenhua¹ SUN Bo¹ HUANG Aoshuang¹ SHI Bei¹ YIN Ping²

(¹Department of Gastroenterology, Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200032, China; ²Endoscope Room, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: YANG Zhenhua, E-mail: muqinbaichuan@163.com

Abstract Objective: To analyze the gastroscopy and pathological characteristics of Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes of chronic atrophic gastritis to explore the correlation with TCM syndromes. **Methods:** A collection of 347 patients diagnosed as CAG by gastroscopy and pathology in our hospital from April 2020 to August 2020. The scope of mucosal atrophy, mucosal morphology and biopsy pathological results were analyzed and studied by gastroscopy and pathology to clarify the differences of endoscopic and pathological characteristics of various syndromes of TCM. **Results:** There was no significant difference in the atrophy range of various TCM syndromes of CAG ($P>0.05$), and closed atrophy was the main type. TCM syndromes of CAG have statistically significant differences in mucosal morphological characteristics such as single atrophy, bile reflux, flat erosion, and protuberant erosion ($P<0.05$), but there is no statistically significant difference in bleeding ($P>0.05$). There were statistically significant differences in the degree of atrophy, Hp infection rate, and the incidence of dysplasia in the various types of CAG TCM syndromes ($P<0.05$), but there was no significant difference in the incidence of intestinal metaplasia ($P>0.05$). **Conclusion:** There is a certain correlation between TCM syndromes of CAG and endoscopic and pathological characteristics. Microscopic syndrome differentiation can provide a powerful objective basis for TCM syndrome differentiation and treatment, thereby improving the level of TCM syndrome differentiation and treatment of CAG.

Key words chronic atrophic gastritis; precancerous lesions; Traditional Chinese Medicine syndrome differentiation and treatment; gastroscopy

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以胃黏膜固有腺体萎缩为主要表现的慢性炎症反应,发生于各种因素引起的胃损伤之后,尤其是在 Hp 感染的慢性胃炎中。CAG 于 1978 年被 WHO 列为胃癌的癌前状态,在其基础上伴发的肠化生(intestinal metaplasia, IM)和(或)异型增生被认为是重要的癌前病变^[1-2]。研究表明 CAG、

IM、轻度至中度异型增生和重度异型增生患者 10 年内平均患胃癌的风险分别为 0.8%、1.8%、3.9%和 32.7%^[3]。因此对于 CAG 及其癌前病变的治疗非常重要。现代医学以多种药物联合对症治疗为主,缺乏非常有效的治疗方法,而中医药通过辨证论治往往可以收到满意的疗效。但 CAG 中医证候多样且复杂,缺乏客观的评价指标,而且中医药治疗注重对症状及舌苔脉象辨证往往忽视了对胃镜下的黏膜形态及病理的客观评估,导致辨证论治水平的下降。本研究通过对 CAG 各中医证型

¹上海中医药大学附属龙华医院脾胃病科(上海,200032)

²上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院内镜室

通信作者:杨振华, E-mail: muqinbaichuan@163.com

胃镜下黏膜萎缩范围和黏膜形态特征以及活检病理结果进行微观辨证的分析研究,旨在进一步完善CAG辨证论治的理论体系,促进中医整体辨证论治水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集上海中医药大学附属龙华医院消化内镜室2020年4月—8月经胃镜检查及病理诊断为CAG的347例患者,其中男196例,女151例;年龄37~81岁,平均58岁。

1.2 诊断和排除标准

所有CAG患者西医诊断标准参照2017年《中国慢性胃炎共识意见》^[4]。CAG内镜下可见黏膜红白相间,以白相为主,皱襞变平甚至消失,部分黏膜血管显露;可伴有黏膜颗粒或结节状等表现,可同时存在平坦糜烂、隆起糜烂、出血或胆汁反流等征象。病理诊断标准为病理活检显示固有腺体萎缩,即可诊断为萎缩性胃炎,而不必考虑活检标本的萎缩块数和程度。慢性胃炎组织学变化要分级,即Hp、活动性、炎性反应、萎缩和IM,分成无、轻度、中度和重度4级。分级标准采用我国慢性胃炎的病理诊断标准和新悉尼系统的直观模拟评分法。

所有CAG患者需排除胃手术、急性胃炎、消化性溃疡、胃癌、梗阻导致的胃潴留等器质性疾病;排除严重感染疾病患者;排除哺乳及妊娠期妇女;排除精神疾病患者。

1.3 CGA萎缩范围评估

内镜下参照Kimura-Takemoto分型标准对胃黏膜萎缩范围进行分级^[5]。根据胃镜下萎缩的部位和范围,将CAG分为闭合型和开放型。萎缩界限从胃窦开始至小弯,未超过贲门者为闭合型,超过者为开放型。

1.4 中医辨证分型

CAG中医辨证分型参照2017年《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[6]。肝胃气滞证:胃脘胀满或胀痛,胁肋胀痛次症,嗳气频作,胸闷不舒,舌苔薄白,脉弦。肝胃郁热证:胃脘饥嘈不适或灼痛,心烦易怒,嘈杂反酸,口干口苦,大便干燥,脉弦或弦数,舌质红苔黄。脾胃虚弱证:胃脘胀满或隐痛,胃部喜按或喜暖,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。脾胃湿热证:胃脘痞胀或疼痛,口苦口臭,恶心或呕吐,胃脘灼热,大便黏滞或稀溏,舌质红苔黄厚或腻,脉滑数。胃阴不足证:胃脘痞闷不适或灼痛,饥不欲食或嘈杂,口干,大便干燥,形瘦食少,舌红少津,苔少脉细。胃络瘀血证:胃脘痞满或痛有定处,舌质暗红或有瘀点、瘀斑,胃痛拒按,黑便,面色暗滞,

脉弦涩。

1.5 统计学分析

采用SPSS 22.0统计分析软件进行数据处理。计数资料比较采用 χ^2 检验或Fisher确切概率法。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 CAG中医证型萎缩范围比较

胃镜下通过对CAG各中医证型萎缩范围的评估发现,CAG各中医证型开放型萎缩范围比较差异无统计学意义($P > 0.05$),均以闭合型为主(表1)。

表1 CAG中医证型萎缩范围比较 例(%)

证型	例数	萎缩范围	
		闭合型	开放型
肝胃气滞证	91	86(94.5)	5(5.5)
肝胃郁热证	47	39(83.0)	8(17.0)
脾胃虚弱证	97	86(88.7)	11(11.3)
脾胃湿热证	28	26(92.9)	2(7.1)
胃阴不足证	47	38(80.9)	9(19.1)
胃络瘀血证	37	31(83.8)	6(16.2)

2.2 CAG中医证型内镜下黏膜形态比较

利用常规白光内镜对CAG常见的出血、胆汁反流、平坦糜烂及隆起糜烂等伴随黏膜形态特征进行观察,通过统计分析发现CAG中医证型在单纯萎缩、胆汁反流、平坦糜烂及隆起糜烂等黏膜形态特征方面差异有统计学意义($P < 0.05$),但是在出血方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。其中肝胃气滞证内镜下主要以单纯萎缩(74.7%)为主,肝胃郁热证内镜下主要以单纯萎缩(38.3%)和胆汁反流(31.9%)为主,脾胃虚弱证内镜下以单纯萎缩为主(61.9%),脾胃湿热证内镜下以胆汁反流(28.6%)和平坦糜烂(25.0%)为主,胃阴不足证内镜下以单纯萎缩(46.8%)为主,胃络瘀血证内镜下主要以隆起糜烂(35.1%)、单纯萎缩(24.3%)及平坦糜烂(21.7%)为主。见表2。

2.3 CAG中医证型病理评估结果比较

CAG活检病理结果分析表明CAG中医证型在萎缩程度、Hp感染率和异型增生发生率方面差异有统计学意义($P < 0.05$),在IM发生率方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。其中轻度萎缩以肝胃气滞证(62.6%)和肝胃郁热证(61.7%)为主,重度萎缩以胃络瘀血证(37.8%)和脾胃湿热证(21.4%)为主,Hp感染率以脾胃湿热证(82.1%)和肝胃郁热证(44.7%)最高,异型增生发生率以胃络瘀血证(10.8%)最高。见表3。

表 2 CAG 中医证型内镜下黏膜形态比较

例(%)

证型	例数	黏膜形态特征				
		单纯萎缩	出血	胆汁反流	平坦糜烂	隆起糜烂
肝胃气滞证	91	68(74.7)	7(7.7)	4(4.4)	7(7.7)	5(5.5)
肝胃郁热证	47	18(38.3)	4(8.5)	15(31.9)	2(4.3)	8(17.0)
脾胃虚弱证	97	60(61.9)	16(16.5)	5(5.2)	9(9.2)	7(7.2)
脾胃湿热证	28	3(10.7)	5(17.9)	8(28.6)	7(25.0)	5(7.1)
胃阴不足证	47	22(46.8)	11(23.4)	5(10.6)	6(12.8)	3(6.4)
胃络瘀血证	37	9(24.3)	4(10.8)	3(8.1)	8(21.7)	13(35.1)

表 3 CAG 中医证型病理评估结果

例(%)

证型	例数	萎缩程度			Hp(+)	癌前病变	
		轻度	中度	重度		IM	异型增生
肝胃气滞证	91	57(62.6)	26(28.6)	8(8.8)	37(31.9)	36(39.6)	0(0)
肝胃郁热证	47	29(61.7)	13(27.7)	5(10.6)	21(44.7)	19(40.4)	2(4.3)
脾胃虚弱证	97	43(44.3)	39(40.2)	15(15.5)	28(28.9)	45(46.4)	4(4.1)
脾胃湿热证	28	13(46.5)	9(32.1)	6(21.4)	23(82.1)	13(46.4)	2(7.1)
胃阴不足证	47	20(42.6)	23(48.9)	4(8.5)	13(27.7)	17(36.2)	3(6.4)
胃络瘀血证	37	12(32.5)	11(29.7)	14(37.8)	9(24.3)	25(67.6)	4(10.8)

3 讨论

CAG 是常见的消化道疾病, Hp 感染是 CAG 重要的病因, 在 CAG 基础上伴发的 IM 和(或)异型增生有进一步发展为胃癌的可能。因此根除 Hp 是西医治疗 CAG 的核心, 但是对于 IM 和异型增生缺乏特效治疗方法。中医学并没有 CAG 的病名, 根据临床症状, CAG 可归属于中医学“痞满”“胃痛”“嘈杂”等疾病范畴。中医认为情志不畅、饮食不洁、外感暑湿寒热、劳倦内伤等伤及脾胃导致脾胃虚弱是发病之本^[7]。脾胃虚弱导致邪壅胃腑, 气滞、食积、血瘀及毒邪互结进一步耗伤气血, 最终导致毒损胃络、胃络瘀阻是其基本病机^[8]。中医药在整体观念和辨证施治理论的指导下, 不仅可有效缓解 CAG 的临床症状, 而且在阻断 CAG 进展、甚至部分逆转 IM 及异型增生的过程中起到了良好效果。现代医疗技术的飞速发展极大地拓展了传统中医学四诊的范畴, 胃镜可以视作中医望诊的延伸, 内镜下可以清晰显示 CAG 胃黏膜形态特征, 结合活检的病理结果可以更加准确地把握 CAG 的病情变化, 而且这些特征和结果有可能作为中医客观的辨证依据, 进而指导治疗和提高中医辨证论治水平。

本研究利用胃镜对 CAG 中医证型的萎缩范围进行了研究分析, 结果显示 CAG 各中医证型在萎缩范围的比较上差异无统计学意义。国内一项研究纳入 10 个城市 8892 例有上消化道症状的患者, 经胃镜证实患 CAG 的比例为 17.7%, 而且大多数以轻度为主^[9]。从本研究结果可以看出, CAG 中医证型萎缩范围仍以闭合型萎缩为主, 这一结果符

合本国 CAG 患病的特点, 同时 CAG 中医证型微观辨证应该更加注重胃黏膜特征的差异。国外一项对 CAG 长期随访的研究发现, 闭合型 CAG 患者萎缩范围的癌变率低于开放型 CAG 的癌变率^[10]。因此应该重视开放型萎缩的内镜定期随访。胃镜和活检病理结果表明 CAG 中医证型内镜下黏膜形态及病理特征存在差异。单纯性萎缩以肝胃气滞证、脾胃虚弱证多见, 其次为肝胃郁热证, 病理结果同时表明这 3 种证候都以轻度萎缩为主。梁丽平等^[11]收集 CAG 患者四诊资料, 认为气滞是 CAG 最常见的病性, 其次是湿, 其中肝胃气滞证居于首位, 这与我们的研究有类似之处。情志不畅、痰湿、食积及外邪侵袭都可导致气滞; 脾胃虚弱运化不及同样可以导致气滞的发生。因此从我们的研究推断肝胃气滞证和脾胃虚弱证可能是 CAG 病程发展演变过程的早期证候。杨倩教授认为 CAG 不仅与脾胃有关, 而且与肝脏关系密切, 主要表现在促进脾胃运化及胆汁排泄功能等方面^[12]。气滞郁久化热或湿从热化导致的肝胃郁热和脾胃湿热证都可影响肝脏疏泄功能, 导致其肝失疏泄、胆汁排泄及气血运行异常。因此本研究中肝胃郁热证和脾胃湿热证内镜下胆汁反流较为多见, 而且脾胃湿热证由于胃热壅盛, 灼伤胃络大多伴有平坦糜烂表现。病理结果提示 2 种证型 Hp 感染率均较高, 其中脾胃湿热证最高, Hp 感染率达到 82.1%。这一结果说明 Hp 感染人体后正邪交锋大多表现为中医的热证。胃阴不足证内镜下出血多见, 可能与胃阴不足导致的阴虚火旺有关, 但是出血与其他证型相比差异无统计学意义, 这可能与样本量不足有

关。胃络瘀血证内镜下黏膜形态以隆起糜烂及平坦糜烂多见,胃络瘀血证的糜烂内镜下色泽更加晦暗,与脾胃湿热证糜烂黏膜鲜红有所不同。病理结果表明萎缩程度都以重度萎缩为主,而且异型增生的发生率最高,而异型增生与胃癌的发生关系密切。杨洋等^[13]探讨CAG中医证型与胃癌发生风险的相关性,表明胃络瘀血证癌变风险最高。我们的研究也证实了这一点。IM作为一种癌前病变,有发展为肠型胃癌的可能,研究表明IM可以反映癌前病变的程度,而且与中医证型存在相关性^[14]。本研究中CAG中医证型IM差异无统计学意义,这可能一方面与CAG患者多数伴有IM有关,另一方面可能与我们没有采用IM的OLGIM评分表有关^[15]。

对CAG中医证型的内镜及病理特征进行研究,表明CAG中医证型与内镜及病理特征存在一定的相关性,从本研究可以看出从CAG早期的肝胃气滞证到后期的胃络瘀血证符合中医“初病在气,久病入血”的理论。微观辨证为中医宏观辨证的重要补充,可为中医辨证提供有力的客观依据,以此提高CAG的中医辨证论治水平。

参考文献

- [1] De Vries AC, Haringsma J, Kuipers EJ. The detection, surveillance and treatment of premalignant gastric lesions related to *Helicobacter pylori* infection [J]. *Helicobacter*, 2007, 12(1): 1-15.
- [2] Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis [J]. *Gut*, 2015, 64(9): 1353-1367.
- [3] De Vries AC, Van Grieken NC, Looman CW, et al. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands [J]. *Gastroenterology*, 2008, 134(4): 945-952.
- [4] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见 (2017年, 上海) [J]. *中华消化杂志*, 2017, 37(11): 721-738.
- [5] Kimura K, Takemoto T. An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic Gastritis [J]. *Endoscopy*, 1969, 1: 87-97.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见 [J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2018, 26(2): 121-131.
- [7] 马永才. 中医平衡疗法治疗慢性萎缩性胃炎肠上皮化生 [J]. *光明中医*, 2013, 28(1): 74-76.
- [8] 白宇宁, 张润顺, 朱昱翎, 等. 从“脾虚络阻毒损”辨治慢性萎缩性胃炎及癌前病变 [J]. *中医杂志*, 2013, 54(1): 26-28.
- [9] Du Y, Bai Y, Xie P, et al. Chinese Chronic Gastritis Research group. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey [J]. *BMC Gastroenterol*, 2014, 14: 21.
- [10] Masuyama H, Yoshitake N, Sasai T, et al. Relationship between the degree of endoscopic atrophy of the gastric mucosa and carcinogenic risk [J]. *Digestion*, 2015, 91(1): 30-36.
- [11] 梁丽丽, 张庆, 戴明. 慢性萎缩性胃炎中医病机探讨 [J]. *医学信息*, 2020, 33(1): 154-155.
- [12] 郭榆西, 郭彤, 李泽, 等. 杨倩教授辨治慢性萎缩性胃炎经验探析 [J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2020, 28(10): 799-801.
- [13] 杨洋, 瞿先侯, 杨敏, 等. 慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性 [J]. *中医杂志*, 2020, 61(4): 319-324.
- [14] 王艳艳, 孙明祎. 健脾活血解毒法治疗慢性萎缩性胃炎伴胃黏膜肠上皮化生 [J]. *长春中医药大学学报*, 2019, 35(6): 1089-1091.
- [15] Capelle LG, Vries ACD, Haringsma J, et al. The staging of gastritis with the OLG system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis [J]. *Gastrointest Endosc*, 2010, 71(7): 1150-1158.

(收稿日期: 2020-09-16)