

## • 论著-研究报告 •

## Hp 相关性慢性胃炎中医证型分布及血清胃泌素-17 水平的相关性分析\*

阮博文<sup>1</sup> 周晓玲<sup>2</sup> 李裕珍<sup>1</sup> 潘益巧<sup>1</sup> 王月明<sup>1</sup> 钟镇康<sup>1</sup> 陈作海<sup>1</sup> 张志杰<sup>2</sup>

**[摘要]** 目的:探讨 Hp 相关性慢性胃炎中医证型分布及各证型间胃泌素-17(G-17)水平的相关性。方法:收集 Hp 相关性慢性胃炎患者 400 例,按慢性胃炎中医辨证分为脾胃湿热证、脾胃虚寒证、寒热错杂证、肝胃不和证、胃阴不足证、胃络瘀阻证 6 个证型,并测各证型内患者 G-17 水平。结果:Hp 相关性慢性胃炎各证型例数由高到低分别为:脾胃湿热证>脾胃虚寒证>寒热错杂>肝胃不和证>胃阴不足证>胃络瘀阻证,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),其中 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎以脾胃虚寒证例数最多,而 Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎以脾胃湿热证例数最多。G-17 水平比较,慢性非萎缩性胃炎患者大于慢性萎缩性胃炎患者;各证型间 G-17 水平由高到低分别为:胃阴不足证>胃络瘀阻证>肝胃不和证>寒热错杂证>脾胃湿热证>脾胃虚寒证,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),而胃阴不足证与胃络瘀阻证比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );Hp 相关性慢性萎缩性胃炎各证型患者低于 Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎各证型患者,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:Hp 相关性慢性胃炎的中医证型分布存在着一定的规律,且各证型间与 G-17 水平有一定的内在联系,可为中医辨证提供参考,并指导临床遣方用药。

**[关键词]** 幽门螺杆菌;慢性胃炎;中医证型;胃泌素-17

**DOI:**10.3969/j.issn.1671-038X.2021.03.02

**[中图分类号]** R573 **[文献标志码]** A

## Correlation between Traditional Chinese Medicine syndrome type distribution and G-17 level in Hp related chronic gastritis

RUAN Bowen<sup>1</sup> ZHOU Xiaoling<sup>2</sup> LI Yuzhen<sup>1</sup> PAN Yiqiao<sup>1</sup> WANG Yueming<sup>1</sup>  
ZHONG Zhenkang<sup>1</sup> CHEN Zuohai<sup>1</sup> ZHANG Zhijie<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduate School of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning, 530000, China; <sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Liuzhou Traditional Chinese Medicine Hospital)  
Corresponding author: ZHOU Xiaoling, E-mail: ZXL\_LZ@163.com

**Abstract Objective:** To investigate the distribution of Traditional Chinese Medicine syndromes of Helicobacter pylori(Hp)-related chronic gastritis and the correlation of G-17 level among different. **Methods:** Four hundred patients with Hp-related chronic gastritis were collected and classified according to TCM syndrome differentiation of chronic gastritis into 6 syndrome types, namely dampness-heat syndrome of spleen and stomach, deficiency and cold syndrome of spleen and stomach, mixed cold and heat syndrome, disharmony between liver and stomach, deficiency of stomach Yin and obstruction of stomach collaterals, and the G-17 level of each syndrome type was measured. **Results:** Hp correlation between chronic atrophic gastritis type each card number from high to low: taste hot and damp card > spleen deficiency cold syndrome > fever > mixed liver stomach with certificate > stomach Yin deficiency syndrome > gastric stasis winding resistance, the difference was statistically significant( $P<0.05$ ), of which Hp correlation with spleen deficiency chronic atrophic gastritis cold syndrome, the largest and Hp correlation between chronic atrophy gastritis to taste the hot and humid card number Compared with the G-17 level, patients with chronic non-atrophic gastritis were larger than those with chronic atrophic gastritis. The G-17 level among all syndrome types was from high to low: syndrome of deficiency of stomach Yin = syndrome of stasis in stomach collaterals > syndrome of disharmony between liver and stomach > syndrome of cold and heat disorder > syndrome of dampness-heat of spleen and stomach > syndrome of deficient cold of spleen and stomach, the difference was statistically significant( $P<0.05$ ), while syndrome of deficiency of stomach collaterals

\*基金项目:柳州市肝病临床医学研究中心项目(No:2018AF10503);2019 年研究生教育创新计划项目(No:YCSY20190069)

<sup>1</sup>广西中医药大学研究生院(南宁,530000)

<sup>2</sup>柳州市中医医院消化科

通信作者:周晓玲, E-mail: ZXL\_LZ@163.com

and stasis in stomach was not statistically significant( $P>0.05$ ). Patients with each syndrome type of Hp-related Chronic atrophic gastritis were lower than those with each syndrome type of Hp-related chronic atrophic gastritis, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). **Conclusion:** The distribution of TCM syndromes of Hp-related chronic gastritis is regular, and there is a certain internal relation between the TCM syndromes and the G-17 level, which provides a reference for the differentiation of TCM syndromes and guides the clinical use of latent prescriptions.

**Key words** Helicobacter pylori; chronic gastritis; Traditional Chinese Medicine syndrome; G-17

Hp 相关性慢性胃炎指由 Hp 感染引起的胃黏膜慢性炎症。Hp 感染是慢性胃炎的主要病因,研究发现在活动性慢性胃炎中 Hp 检出率高达 98%,有效根除 Hp 可促进炎症消退,阻止或延缓疾病的进展<sup>[1]</sup>,但由于 Hp 的高耐药性及用药后的不良反应,易使病情反复、缠绵难愈,逐渐成为临床治疗的难点<sup>[2]</sup>。Hp 相关性慢性胃炎属于中医学的“痞满”“胃脘痛”等范畴,中医药已被研究证实是抗 Hp 治疗的一种新途径<sup>[3]</sup>。而良好中医辨证是疗效的前提,如何提高辨证的准确性是临床急需解决的问题。有研究报道,不同地区 Hp 相关性慢性胃炎中医证型分布有一定的规律性<sup>[4]</sup>;同时胃泌素-17(G-17)已经是慢性胃炎患者的常规检查项目,广泛用于慢性胃炎预后及治疗疗效的参考指标。同时现有研究发现慢性胃炎不同中医证型中 G-17 水平存在差异<sup>[5-6]</sup>。现针对 Hp 相关性慢性胃炎患者中医证型分布及各证型间血清 G-17 水平展开探讨,将结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2018 年 10 月—2020 年 8 月在柳州市中医医院消化科门诊及住院行消化内镜检查诊断为慢性胃炎合并 Hp 感染的患者 400 例,其中慢性非萎缩性胃炎患者 210 例,慢性萎缩性胃炎患者 190 例。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 由内镜与病理检查诊断为慢性胃炎,参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》<sup>[7]</sup>胃镜和病理诊断标准;Hp 感染<sup>[8]</sup>诊断标准参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》,<sup>14</sup>C 尿素呼气试验阳性者,即诊断为 Hp 感染。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照 2017 年《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》<sup>[7]</sup>及《中医内科学》“胃脘痛”“痞满”等中医证候诊断,结合广西地区地理环境,主要纳入脾胃虚寒证、脾胃湿热证、寒热错杂证、肝胃不和证、胃阴不足证、胃络瘀阻证 6 个证型。

**脾胃湿热证。**主症:①脘腹痞满或疼痛;②身体困重;③大便黏滞或溏滞。次症:①食少纳呆;②口苦;③口臭;④精神困倦。舌脉:①舌质红,苔黄腻;②脉滑或数。

**脾胃虚寒证。**主症:①胃痛隐隐,绵绵不休;②喜温喜按。次症:①劳累或受凉后发作或加重;②

泛吐清水;③精神疲倦;④四肢倦怠;⑤腹泻或伴不消化食物。舌脉:①舌淡胖,边有齿痕,苔白滑;②脉沉弱。

**寒热错杂证。**主症:①胃脘痞满;②反酸;③畏寒肢冷。次症:①口干口苦;②大便稀溏;④食少纳呆。舌脉:①舌淡红,苔腻或黄;②脉弦细。

**肝胃不和证。**主症:①胃脘胀满或胀痛;②胁肋部胀满不适或疼痛。次症:①症状因情绪因素诱发或加重;②嗳气频作。舌脉:①舌淡红,苔薄白;②脉弦。

**胃阴不足证。**主症:①胃脘灼热疼痛;②胃中嘈杂。次症:①似饥而不欲食;②口干舌燥;③大便干结。舌脉:①舌红少津或有裂纹,苔少或无;②脉细或数。

**胃络瘀阻证。**主症:胃脘痞满或痛有定处。次症:①胃痛日久不愈;②痛如针刺。舌脉:①舌质暗红或有瘀点、瘀斑;②脉弦涩。

符合上述 6 个证型中主症及次症中的任意一项即可诊断相关证型;由 2 位中医副主任医师职称以上的医师分别四诊合参辨证所得。

### 1.3 纳入标准

①符合上述 Hp 相关性慢性胃炎西医诊断标准的患者;②符合上述中医证型辨证标准;③年龄 20~65 岁,男女不限;④籍贯为广西,或在广西居住 3 年以上的非广西籍人;⑤签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

①年龄<20 岁,>65 岁者;②不符合上述诊断和纳入标准者;③内镜检查提示消化性溃疡、胃黏膜有重度异型增生或病理诊断疑有恶变者;④对尿素<sup>14</sup>C 过敏者,不能配合呼气者;⑤合并其他严重器质性疾病者;⑥备孕、孕妇及哺乳期妇女;⑦正在参与其他药物临床试验者。

### 1.5 方法

**一般资料收集:**患者的年龄、性别、临床症状(中医望、闻、问、切四诊)及体征。

**观察指标:**所有患者均空腹静脉抽血,将血清分离后,采用酶联免疫吸附法检测 G-17 水平,所有操作均按照试剂盒说明书进行。

### 1.6 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,多组间比较采用单因素 ANOVA 分析,两两比较采用 LSD-*t* 法检验;计数资料以例数

或率(%)表示,组间比较用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 400 例 Hp 相关性慢性胃炎患者中医证候分布情况

400 例 Hp 相关性慢性胃炎患者中各证型例数由高到低为:脾胃湿热证 > 脾胃虚寒证 > 寒热错杂证 > 肝胃不和证 > 胃阴不足证 > 胃络瘀阻证,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),其中慢性萎缩性胃炎以

脾胃虚寒证例数最多,慢性非萎缩性胃炎以脾胃湿热证例数最多。见表 1。

2.2 Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎患者与 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎患者 G-17 水平的比较

Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎患者 G-17 水平  $[(19.92 \pm 9.87) \text{ pmol/L}]$  高于 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎患者  $[(13.96 \pm 2.12) \text{ pmol/L}]$ ,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 Hp 相关性慢性胃炎中医证型分布情况

例(%)

慢性胃炎	例数	脾胃湿热证	脾胃虚寒证	寒热错杂证	肝胃不和证	胃阴不足证	胃络瘀阻证
Hp 相关性慢性胃炎	400	125(31.2)	122(30.5)	54(13.5)	46(11.5)	29(7.3)	24(6)
Hp 慢性非萎缩性胃炎	206	67(32.5)	57(27.7)	31(15.1)	26(12.6)	16(7.8)	9(4.3)
Hp 慢性萎缩性胃炎	194	58(29.9)	65(33.5)	23(11.9)	20(10.3)	13(6.7)	15(7.7)

2.3 Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎患者与 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎患者证型间 G-17 水平的比较

Hp 相关性慢性胃炎中脾胃虚寒证 G-17 水平最低,脾胃湿热证、寒热错杂证、肝胃不和证次之,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),而胃络瘀阻证、胃阴不足证比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎各证型患者 G-17 水平高于 Hp 慢性萎缩性胃炎各证型患者( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 Hp 相关性慢性胃炎各证型 G-17 水平

pmol/L,  $\bar{x} \pm s$

证型	Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎	Hp 相关性慢性萎缩性胃炎
胃络瘀阻证	32.95 ± 3.70	23.15 ± 2.77 <sup>5)</sup>
胃阴不足证	32.45 ± 3.58	22.75 ± 2.74 <sup>5)</sup>
肝胃不和证	18.43 ± 2.22 <sup>1)</sup>	13.50 ± 2.07 <sup>1)5)</sup>
寒热错杂证	14.01 ± 1.98 <sup>1)2)</sup>	11.18 ± 1.51 <sup>1)2)5)</sup>
脾胃湿热证	11.13 ± 1.71 <sup>1)2)3)</sup>	8.03 ± 1.49 <sup>1)2)3)5)</sup>
脾胃虚寒证	7.78 ± 1.18 <sup>1)2)3)4)</sup>	4.87 ± 0.94 <sup>1)2)3)4)5)</sup>

与胃络瘀阻证、胃阴不足证比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ;与肝胃不和证比较,<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ ;与寒热错杂证比较,<sup>3)</sup>  $P < 0.05$ ;与脾胃湿热证比较,<sup>4)</sup>  $P < 0.05$ ;与 Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎各证型比较,<sup>5)</sup>  $P < 0.05$ 。

3 讨论

自 1983 年澳洲 Marshall 医师发现 Hp 为胃内致病菌后,随着研究的深入,发现 Hp 与胃炎、消化性溃疡,甚至胃癌都有密切的关系<sup>[9]</sup>。1994 年世界卫生组织亦将 Hp 归为第 1 级致癌物质<sup>[10]</sup>。我国是 Hp 感染高发地区,平均感染率高达 40% ~ 80%<sup>[11]</sup>。近年来随着抗菌药物广泛使用于临床,大量报道显示我国多地区出现 Hp 对抗生素耐药,甚至出现了双重、多重耐药现象<sup>[12]</sup>,导致根除失

败,因此寻找一种有效的抗 Hp、改善患者症状的治疗方法成为当下热点。临床研究表明,在辨证前提下,中药即有改善症状和根除 Hp 的双重效果,联合西医根除方案可提高临床疗效,不良反应明显减少<sup>[13-14]</sup>。中医药抗 Hp 治疗已得到医学界的认可,但是良好的辨证是疗效的前提,辨证是论治的基础,如何提高辨证的准确性成为临床难题。研究表明,中医证型与现代医学的客观指标存在着密切的关系<sup>[15]</sup>。在四诊合参的基础上,结合客观的实验室检查结果综合判断来提高辨证的准确性,有利于中医证型客观化、实现中医辨证可重复性,有助于解决临床医师辨证难的问题。血清 G-17 是由胃黏膜细胞分泌的物质,当胃黏膜发生异常时,机体内血清 G-17 水平也会呈下降趋势,因此血清 G-17 水平可反映胃黏膜的结构及基本功能。研究发现不同证型下胃黏膜病变存在差异<sup>[16]</sup>,因此 G-17 与慢性胃炎中医证型之间可能存在一定的内在联系和规律,为本病中医辨证的参考依据。

本研究显示, Hp 相关性慢性胃炎的 6 个中医证型中,脾胃湿热证、脾胃虚寒证多见,寒热错杂证、肝胃不和证次之,胃阴不足证、胃络瘀阻证最少,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结果与其他研究者的报道结果存在一定差异,刘建平(2017)调查河北 400 例 Hp 相关性胃炎患者,发现各中医证型 Hp 感染率分布由高到低依次为脾胃湿热证 > 肝郁气滞证 > 肝胃郁热证 > 胃络瘀阻证 > 脾胃虚寒证 > 胃阴不足证;吕智焱等(2019)调查浙江金华 278 例诊断为 Hp 感染性胃炎的患者,中医证型分布由高到低依次为脾胃湿热证 > 脾胃虚弱证 > 肝胃不和证 > 胃阴不足证 > 胃络瘀阻证。由此可见不同地区 Hp 相关性慢性胃炎中医证候分型分布存在一定差异。我国地域辽阔,南北气候差异较大,各地的饮食习惯、生活习性、致病邪气南北亦有

别,故而患者表现出的临床证型也有差别。本研究的患者均来自于广西地区,广西地区属亚热带地区,常年受偏东或偏南暖湿气流影响,气候潮湿、炎热,湿为阴邪易耗伤阳气,同时 Hp 邪气内侵,直中脾胃,加剧了阳气消耗,日久致脾胃虚寒,故而临床以脾胃湿热、脾胃虚寒型证型多见,这一结果与陈凤丽等(2018)调查广东 128 例 Hp 相关性慢性胃炎患者证型分布结果一致。广东、广西均同属亚热带气候,因而两地患者临床证型具有一定相似性;脾主升清,胃主降浊,邪气长期侵犯脾胃,脾胃升降失常,中焦气机不利,阴阳升降失常,故而寒热错杂证也多见;当前社会的发展以及生活节奏的加快和各种压力的增大,忧思恼怒伤肝,疏泄失职,郁久化热,根据五行相克,故而肝胃郁热证也逐年增多;胃阴不足证、胃络瘀阻证最少,可能与疾病的进展、年龄、先天体质相关。

另外有研究提示, Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎患者以脾胃湿热最多见, Hp 相关性慢性萎缩性胃炎患者以脾胃虚寒证最多见,这可能与 Hp 长期定植于人体有关,在中医致病因素中, Hp 作为一种外感六淫之邪,《素问》载:“正气存内,邪不可干。邪之所凑,其气必虚。”邪气日久耗伤脾胃,损伤阳气,故见 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎患者中脾胃虚寒证多见,这一结果与疾病发病进展高度吻合。故本研究中 Hp 相关性慢性胃炎证型具有一定可靠性。

G-17 大约占胃泌素总量的 90%,由胃体、胃窦、十二指肠 G 细胞所分泌,具有调节消化道功能、维持结构完整性的作用(赫松涛,2019)。本研究发现, Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎患者整体 G-17 水平高于 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎患者,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明 G-17 水平可作为慢性胃炎的血清学标志物,根据其水平变化可判断慢性胃炎的病情进展。同时研究发现, Hp 相关性慢性胃炎患者中脾胃虚寒证中 G-17 水平最低,与其他证型差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),试分析其原因,这可能与本地地理环境及 Hp 长期作用于人体相关,耗伤人体正气,机体功能下降有关;现代医学则考虑 Hp 进行性损害胃黏膜组织导致 G-17 分泌异常,这一点与 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒证例数最多相符合。本研究数据显示, Hp 相关性慢性胃炎中脾胃虚寒证 G-17 水平最低,脾胃湿热证、寒热错杂证、肝胃不和证次之,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),而胃络瘀阻证、胃阴不足证比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); Hp 相关性慢性非萎缩性胃炎证型患者 G-17 水平高于 Hp 慢性萎缩性患者,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明 G-17 水平与 Hp 相关性慢性胃炎中医证型有一定相关性,或许可以协助 Hp 相关性慢性胃炎中医辨证的客观依据,来发挥中西医结合诊疗的优势。

本研究初步发现, Hp 相关性慢性胃炎的中医证型分布存在着一定规律,且各证型间与 G-17 水平有一定的内在联系,对 Hp 相关性慢性胃炎中医辨证客观化有一定帮助。但本研究因条件限制样本量少,不能覆盖 Hp 相关性慢性胃炎的全部证型,同时选择的研究对象具有地域局限性,若条件许可,可继续扩大地域和样本量,完善研究方案,使得研究更具有代表性。

#### 参考文献

- [1] 黎卫华. 幽门螺旋杆菌(Hp)感染与慢性浅表性胃炎的关系[J]. 医学信息, 2011, 24(9): 4691-4692.
- [2] 敦泽, 郭立芳. 幽门螺杆菌致病机制的研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(8): 645-648.
- [3] 胡伏莲. 幽门螺杆菌研究聚焦和进展[J]. 胃肠病学, 2015, 20(12): 705-707.
- [4] 陶飞宝, 叶旭星, 何钦, 等. 慢性胃炎 Hp 感染、胃黏膜改变与中医证型的相关性[J]. 浙江中西医结合杂志, 2019, 29(6): 473-475.
- [5] 宗湘裕, 杨天翼, 葛秉宜, 等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与血清胃泌素-17、胃蛋白酶原的相关性研究[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(3): 114-119.
- [6] 马佳乐, 李慧臻, 王振兴, 等. 半夏泻心汤联合三联或四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(8): 567-572, 579-579.
- [7] 张声声, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [8] 刘文忠, 谢勇, 陆红, 等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2017, 22(6): 346-360.
- [9] Zhang Sh, Moise L, Moss SF. H. pylori vaccines: why we still don't have any[J]. Hum Vacc, 2011, 7(11): 1153-1157.
- [10] 项利娟, 朱新建, 黄德富, 等. 幽门螺杆菌感染调查与耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(8): 1710-1711.
- [11] 杨闪闪, 叶晖, 张学智. 中西医结合治疗耐药幽门螺杆菌的研究进展[J]. 北京中医药, 2020, 39(2): 178-181.
- [12] 涂宏飞, 费素娟. 幽门螺杆菌 CagA 及 VacA 致病机制的研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(5): 399-402.
- [13] 杨东洋. 中西医结合治疗 Hp 相关性慢性浅表性胃炎脾胃湿热证 45 例[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(9): 57-59.
- [14] 汪楠, 王垂杰, 李玉锋. 抗幽合剂联合四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌阳性患者 25 例临床观察[J]. 中医杂志, 2016, 57(2): 136-139.
- [15] 邹文静, 张秋萍, 金静. 慢性胃炎患者中医体质及中医证型与幽门螺杆菌感染情况分布分析[J]. 陕西中医, 2018, 39(10): 1402-1404.
- [16] 黄亚娜, 陈扬, 陈忠华, 等. 慢性胃炎内镜分型与幽门螺杆菌不同抗生素耐药关联分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(10): 783-787.

(收稿日期:2020-09-10)