

慢性萎缩性胃炎伴肠化患者中医体质分布研究^{*}

汪悦¹ 李明¹ 查安生¹

[摘要] 目的:分析慢性萎缩性胃炎(CAG)伴肠化(IM)患者中医体质分布规律。方法:纳入 2019 年 1 月—2021 年 11 月安徽中医药大学第一附属医院诊断为 CAG 伴 IM 的患者 300 例。记录患者一般资料,采用中医体质分类量表判定体质类型,对分类结果进行统计学分析。结果:本研究发现 CAG 伴 IM 患者以偏颇体质居多,尤其以气虚、气郁及湿热体质较常见。其中在性别发病方面差异无统计学意义($P>0.05$)。发病年龄段以中老年人较为多见。男性以湿热质较多见,其次为气虚质及气郁质。40~60 岁的人群发生 CAG 伴 IM 的患者比较多($P<0.01$)。不同肠化程度的 CAG 体质分布差异有显著性意义。轻、中度肠化的 CAG 体质差异无统计学意义($P>0.05$);中、重度肠化的 CAG 体质差异有统计学意义($P<0.01$)。轻、重度肠化的 CAG 体质差异有统计学意义($P<0.05$)。CAG 伴 IM 患者体质 Hp 感染分布差异无统计学意义($P>0.05$)。CAG 伴 IM 患者伴糜烂及胆汁反流的体质分布,差异有显著统计学意义($P<0.01$)。结论:CAG 伴 IM 患者以气虚质占比最多,其次为气郁质、湿热质。女性发病率高于男性,发病年龄段中老年人多见,轻中度患者较多见气虚、湿热及气郁体质。重度患者多见于气郁及阴虚体质。气虚质及湿热质易发生 Hp 感染。伴胆汁反流与糜烂主要存在于气虚,其次气郁、湿热较多见糜烂及胆汁反流。

[关键词] 慢性萎缩性胃;肠化;中医体质

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.05.10

[中图分类号] R573.3 **[文献标志码]** A

Study on Traditional Chinese Medicine constitution distribution in patients with chronic atrophic gastritis with intestinal metaplasia

WANG Yue LI Ming ZHA Ansheng

(Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei, 230031, China)

Corresponding author: ZHA Ansheng, E-mail: wywyhf@163.com

Abstract Objective: To analyze the distribution of TCM constitution in patients with chronic atrophic gastritis(CAG) and intestinal metaplasia(IM). **Methods:** A total of 300 patients diagnosed with CAG with IM from January 2019 to November 2021 were enrolled. The general data of patients were recorded, the constitution types were determined by TCM constitution classification scale, and the classification results were statistically analyzed. **Results:** In this study, it was found that the patients with CAG and IM were mostly biased constitution, especially Qi deficiency, Qi depression and damp-heat constitution. There was no significant difference in gender($P>0.05$). The onset age is more common in the elderly. In males, damp-heat were more common, followed by Qi deficiency and Qi stagnation. There were more patients with chronic atrophic gastritis accompanied by intestinal metaplasia in 40—60 years old group($P<0.01$). There are obvious differences in constitution distribution of patients with chronic atrophic gastritis with different degrees of intestinal metaplasia. There was no difference in the constitution of chronic atrophic gastritis between mild and moderate intestinal metaplasia($P>0.05$). There were differences between moderate and severe cases of chronic atrophic gastritis($P<0.01$). There were differences between mild and severe cases of chronic atrophic gastritis($P<0.05$). There was no significant difference in Hp infection

^{*}基金项目:安徽省中医药领军人才项目(No:[2018]23号);国家自然科学基金青年项目(No:82104782);安徽省自然科学基金(No:1608085MH186);安徽省临床重点专科项目(No:[2020]243号)

¹安徽中医药大学第一附属医院消化内科(合肥,230031)

通信作者:查安生,E-mail:wywyhf@163.com

[23] 刘小玉.窄带成像放大内镜结合卢戈氏染色对食管癌癌前病变及早期癌诊断的应用价值[J].陕西医学杂志,2020,49(9):1185-1187.

[24] 陈世雄,周莉,黄仑峰.普通白光内镜活检与放大内镜结合窄带成像靶向活检对上消化道肿瘤的诊断价值对比[J].实用临床医药杂志,2017,21(24):56-57.

[25] Pavel M, Öberg K, Falconi M, et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up[J]. Ann Oncol, 2020, 31(7):844-860.

(收稿日期:2022-03-18)

引用本文:汪悦,李明,查安生.慢性萎缩性胃炎伴肠化患者中医体质分布研究[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(5):355-359. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.05.10.

distribution in CAG patients with IM ($P > 0.05$). There was significant difference in constitution distribution of chronic atrophic gastritis patients with erosion and bile reflux ($P < 0.01$). **Conclusion:** In CAG patients with IM, Qi-deficiency is most common followed by Qi-stagnation and damp-heat. The incidence rate in females is higher than that in males, and the incidence is more common in middle-aged and elderly people, and the physique of Qi deficiency, damp-heat and Qi stagnation are more common in mild and moderate patients. Severe patients are more common in Qi depression and Yin deficiency constitution. Qi deficiency and damp-heat are prone to helicobacter pylori infection. Bile reflux and erosion mainly occurred in Qi deficiency, followed by Qi depression and dampness and heat.

Key words chronic atrophic stomach; intestinal metaplasia; Traditional Chinese Medicine constitution

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)表现为胃黏膜腺体的萎缩,属于癌前疾病,发病率高。慢性非萎缩性胃炎-萎缩性胃炎-肠上皮化生-低级别上皮内瘤变-胃癌的发展模式已得到国内外学者的公认^[1-3]。肠上皮化生(intestinal metaplasia, IM)是指在炎症、损伤等情况下导致胃黏膜被肠上皮细胞代替,是胃癌发生的中心环节,对阻断胃癌的发生具有重要意义^[4-5]。现代医学对于 CAG 伴 IM 没有确切的治疗方法。

近年来,中医药在防治、逆转肠化方面取得了显著的疗效。从中医学角度探讨疾病的发生发展对于疾病的治疗具有非常重要的意义。中医学认为疾病的发生发展及转归与个人的体质有着密切的关系。针对不同患者不同体质,制订个体化治疗及预防方案可以有效预防及延缓疾病的发生发展^[6-10]。

基于此,本研究对 CAG 伴 IM 的人群的中医体质分布规律进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入 2019 年 1 月—2021 年 11 月在安徽中医药大学第一附属医院门诊及住院 CAG 伴 IM 的患者 300 例。其中男 132 例,女 168 例;年龄 22~79 岁。

1.2 诊断标准

CAG 伴 IM 诊断标准参照 2017 年上海《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》^[4],胃镜下见胃黏膜变白、皱襞变平或消失,部分黏膜下血管透见等;病理检查可见胃黏膜肠上皮化生等。

1.3 纳入标准

①胃镜下和病理诊断均为 CAG 伴 IM 患者;②年龄 18~80 岁;③患者自愿加入本研究,详尽知晓研究方案。

1.4 排除标准

①活动期胃溃疡及胃癌者;②合并严重心、肺、肝、肾、脑功能不全等严重疾病者;其他系统恶性肿瘤者;③妊娠或哺乳期女性。

1.5 研究方法

依据《中医体质分类与判定》^[11]进行体质辨识。由 2 名主治医师及以上中医师指导,由患者回答或填写《中医体质量表》,判定患者体质类型。平和质为正常体质,其他体质为偏颇体质。同时记录患者的姓名、年龄、性别以及胃镜组织病理学报告。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析,数据采用描述性统计及 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义, $P < 0.01$ 为有显著性统计学意义。

2 结果

2.1 CAG 伴 IM 体质分布情况

300 例 CAG 伴 IM 患者气虚质占比最多,其次为气郁质、湿热质。详见表 1。

2.2 不同性别 CAG 伴 IM 中医体质分布情况

CAG 伴 IM 中医体质性别分布可以看出,男性以湿热质较多见,其次为气虚质及气郁质。女性以气虚质多见,其次为气郁质、痰湿质。CAG 伴 IM 患者不同性别无明显的差异性($\chi^2 = 10.003, P > 0.05$)。见表 2。

表 1 CAG 伴 IM 体质分布情况

	阳虚质	气虚质	气郁质	痰湿质	阴虚质	血瘀质	湿热质	平和质	特禀质	合计
例数	31	68	55	37	22	19	53	10	5	300
频率/%	10.3	22.7	18.3	12.3	7.3	6.3	17.7	3.3	1.6	100.0

表 2 不同性别 CAG 伴 IM 中医体质分布情况

性别	阳虚质	气虚质	气郁质	痰湿质	阴虚质	血瘀质	湿热质	平和质	特禀质	合计
男性	15	25	22	14	8	8	32	6	2	132
女性	16	43	33	23	14	11	21	4	3	168
合计	31	68	55	37	22	19	53	10	5	300

2.3 不同年龄 CAG 伴 IM 中医体质分布情况

CAG 伴 IM 中医体质按年龄分布发现,40~60 岁的人群发病较多,其次为 60 岁以上,CAG 伴 IM 患者的体质不同年龄段分布差异有统计学意义($\chi^2=68.571, P<0.01$)。见表 3。

2.4 不同程度肠化的 CAG 伴 IM 体质分布情况

300 例不同程度肠化的 CAG 伴 IM 情况可以看出中度及轻度分布较多。轻中度患者较多见气虚、湿热及气郁体质。重度患者多见于气郁及阴虚体质。不同肠化程度的 CAG 体质分布差异有统计学意义($\chi^2=44.288, P<0.01$)。轻、中度肠化的 CAG 体质差异无统计学意义($P>0.05$);中、重度肠化的 CAG 体质差异有显著性统计学意义($P<0.01$)。轻、重度肠化的 CAG 体质差异有统计学意

义($P<0.05$)。见表 4。

2.5 CAG 伴 IM 患者 Hp 感染体质分布情况

300 例 CAG 伴 IM 患者中 153 例有 Hp 感染,147 例无 Hp 感染。从分布上看气虚质及湿热质易发生 Hp 感染。CAG 伴 IM 患者的体质 Hp 感染分布差异无统计学意义($\chi^2=7.428, P>0.05$)。见表 5。

2.6 CAG 伴 IM 糜烂、胆汁反流分布情况

CAG 伴 IM 患者中有 202 例伴有糜烂及胆汁反流,98 例无伴胆汁反流或糜烂症状。CAG 伴 IM 患者伴糜烂及胆汁反流的体质分布差异有显著统计学意义($\chi^2=35.274, P<0.01$)。伴胆汁反流与糜烂主要存在于气虚,可能与选择病例有关,其次气郁、湿热较多见糜烂及胆汁反流。见表 6。

表 3 不同年龄 CAG 伴 IM 中医体质分布情况

例

年龄/岁	阳虚质	气虚质	气郁质	痰湿质	阴虚质	血瘀质	湿热质	平和质	特禀质	合计
≤40	2	3	9	4	1	1	6	8	1	35
41~60	16	26	30	18	7	6	29	1	3	136
≥61	13	39	16	15	14	12	18	1	1	129
总计	31	68	55	37	22	19	53	10	5	300

表 4 不同程度肠化的 CAG 伴 IM 体质分布情况

例

程度	阳虚质	气虚质	气郁质	痰湿质	阴虚质	血瘀质	湿热质	平和质	特禀质	合计
轻度	11	29	20	8	5	2	21	7	3	106
中度	15	29	24	26	6	9	27	2	1	139
重度	5	10	11	3	11	8	5	1	1	55
总计	31	68	55	37	22	19	53	10	5	300

表 5 CAG 伴 IM 患者 Hp 感染体质分布情况

例

Hp 感染	阳虚质	气虚质	气郁质	痰湿质	阴虚质	血瘀质	湿热质	平和质	特禀质	合计
无	23	25	31	20	11	11	17	5	4	147
有	8	43	24	17	11	8	36	5	1	153
合计	31	68	55	37	22	19	53	10	5	300

表 6 CAG 伴 IM 伴或不伴糜烂、胆汁反流分布情况

例

组别	阳虚质	气虚质	气郁质	痰湿质	阴虚质	血瘀质	湿热质	平和质	特禀质	合计
伴糜烂、胆汁反流	19	51	44	23	14	4	41	3	1	200
不伴糜烂、胆汁反流	12	17	11	14	8	15	12	7	4	100
合计	31	68	55	37	22	19	53	10	5	300

3 讨论

CAG 属于癌前疾病,CAG 伴 IM 可进一步发展为胃癌,严重影响人民生活健康^[12]。目前西药尚没有能逆转萎缩肠化的药物。CAG 属于中医学

“胃脘痛”以及“痞满”等范畴^[13]。中医药在 CAG 的治疗中起着重要的作用。中医治疗 CAG 具有一定优势,它强调个性化的治疗,针对不同的患者不同的体质,从根本上调理,并且具有不良反应小等

优势。

随着人类社会的进步与发展,医学发展模式逐渐转向生物-心理-社会医学模式^[14-15]。中医体质学是以研究个体的人为出发点,根据个体的人的体质不同,采取不同的预防及治疗措施。体质可以决定潜伏在人体内的邪气是否发病,以及疾病向哪种方向进一步发展,具体用什么样的治疗手段较为合适,以及判断它的预后。

目前临床上比较重视“证”的治疗,依据患者的证型进行辨证论治,而忽视“体质”的调治。“体质”作为先天基础形成“证”,“证”是在“体质”的基础上发展演变得来的^[16]。体质影响证候的类型。治病必求于本。将“辨证论治”与“辨体论治”相结合可以显著提高临床疗效。并且尽早对患者体质进行干预,可以预防疾病的发生。因此,中医体质分型在疾病的预防和治疗中起着重要作用^[17-20]。因此对 CAG 伴 IM 患者的中医体质分布特点进行研究,用以判断疾病的预后及制定的治疗方案具有重要意义。

本研究收集 CAG 伴 IM 患者 300 例,其中男 132 例,女 168 例,CAG 伴 IM 患者性别无明显的差异性($P>0.05$)。男性以湿热质较多见,且好发于 40~60 岁年龄段,此年龄段男性多在饮食上嗜食肥甘厚腻,导致脾胃功能受损,脾胃虚弱,不能运化水湿,水湿内停,湿热内蕴,所以男性湿热质多于女性。而阳虚质、阴虚质较少。正如《素问》说:“肥者……内热,甘者……中满。”若患者长期过食肥甘厚腻,则易致蕴生湿热,从而易形成湿热体质。

本研究发现女性人群中以气虚质多见,其次为气郁质、痰湿质。一方面本次所选病例以气虚质患者较多,可能与选择病例有关;另一方面,现代女性既忙于工作,又忙于家庭,容易抑郁或焦虑,发生精神问题,进而导致肝气郁滞,或肝气升发太过,横逆犯胃。另外好发于 41~60 岁,正是女性更年期的年龄段,所以气郁质也常见于女性^[21]。轻中度患者较多见气虚、湿热及气郁体质。重度患者多见于气郁及阴虚体质。CAG 的发病与本身脾胃之气亏虚有关。《灵枢》曰:“故邪之所在,皆为不足。”强调疾病的发生多因机体正气亏虚有关,正气亏虚,邪气容易来犯。CAG 的病机主要是脾胃受损,运化功能失职,不能运化水湿,水湿内蕴,进而化热,湿热蕴结;湿热蕴结后一方面可以导致气机阻滞,易形成气郁体质,另一方面可以湿热内蕴,耗上阴液,损伤阴津,可以导致阴虚体质。

本研究还发现气虚及湿热质易发生 Hp 感染, Hp 感染为 CAG 的主要致病因素,可加重萎缩,进

一步增加肠型胃癌的风险^[22]。气虚质易发生 Hp 感染,CAG 伴 IM 的患者病程较长,久病必虚,脾胃功能虚弱,脾胃运化受损,气血生化乏源,脾胃虚弱程度更甚,因而 Hp 更容易停留于胃黏膜上。湿热在 CAG 的发病过程也有着重要的作用。湿热有利于 Hp 的生长和繁殖。湿热质的体质容易发生 Hp 感染,因为 Hp 感染容易反复发作,难以根除,临床常见患者多次根除治疗都未根除成功。这与湿性黏滞,致病具有缠绵难愈的特点有关。

在 300 例 CAG 伴 IM 患者发现伴有糜烂及胆汁反流较多见,其中以气虚、气郁、湿热较多见。脾胃虚弱,脾失健运为本,一方面可导致气机失调,枢机不利,胆气上逆,产生与胆汁反流有关的病理变化。另一方面脾失运化,水湿内蕴,蕴而化热,湿热之邪,蕴蒸肝胆,故胆汁反流,湿热之邪损伤胃络,故糜烂^[23-24]。现代社会生活压力大,容易精神紧张或焦虑,导致肝气郁滞,疏泄不利,出现肝脾不调,气机失调,影响胆汁的排泄,导致胆汁逆流入胃。湿热内蕴,损伤胃络,易导致胃的糜烂^[25]。《灵枢》云:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦”。说明湿热之邪,容易犯肝胆,导致胆汁外溢。

综上所述,本研究初步探讨了 CAG 伴 IM 患者的中医体质分布特点,本研究发现 CAG 伴 IM 患者以偏颇体质居多,尤其以气虚、气郁及湿热体质较常见。其中在性别发病方面差异无统计学意义。发病年龄段以中老年人较为多见。男性以湿热质较多见,其次为气虚质及气郁质。40~60 岁的人群发生 CAG 伴 IM 的患者比较多,其次为 60 岁以上。中度及轻度肠化分布较多,轻中度患者较多见于气虚、湿热及气郁体质。重度患者多见于气郁及阴虚体质。气虚质及湿热质易发生 Hp 感染。CAG 伴 IM 患者伴糜烂、胆汁反流较多见。伴胆汁反流与糜烂主要存在于气虚,可能与选择病例有关,其次气郁、湿热较多见糜烂及胆汁反流。

但是本研究的病例仅仅来源于安徽中医药大学第一附属医院门诊及住院患者,病例来源较为单一,由于受地域环境以及生活习惯的影响,不能全部代表整个病种体质分布,因此会有地域性偏倚。今后应该进一步扩大样本量,且进一步研究影响体质的相关因素,为临床“治未病”及“既病防变”提供一定的理论依据。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 孙安,查安生,胡慧婷.查安生治疗慢性萎缩性胃炎临床经验探析[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(8):584-587.

- [2] 吕宾.慢性胃炎 OLGA/OLGIM 分期及其临床意义[J].胃肠病学,2019,24(10):577-580.
- [3] Sun QH,Zhang J,Shi YY,et al. Microbiome changes in the gastric mucosa and gastric juice in different histological stages of Helicobacter pylori-negative gastric cancers[J]. World J Gastroenterol,2022,28(3):365-380.
- [4] 中华医学会消化病学分会.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] Furune S,Yamamoto K,Honda T,et al. Changes in the gut microbiome in relation to the degree of gastric mucosal atrophy before and after Helicobacter pylori eradication[J]. Scand J Gastroenterol,2022,57(3):266-273.
- [6] 许若纓,郑榕,李思汉,等.基于“治未病”理论探讨慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证的防治[J].江西中医药大学学报,2021,33(3):3-4.
- [7] 龙喻,吕文亮,吴静洁,等.浅析叶天士治未病思想在胃炎-癌转化防治中的应用[J].湖北中医杂志,2021,43(9):43-46.
- [8] 池振飞,姜树民.姜树民运用中医“治未病”思想治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河南中医,2021,41(12):1842-1845.
- [9] 鄢雪辉,郭婷婷,李跃文.不同中医体质患者慢性萎缩性胃炎伴上皮内瘤变的发生风险比较[J].辽宁中医杂志,2019,46(10):2118-2120.
- [10] 梁金凤,王琦,俞若熙.生物钟与中医体质[J].中华中医药杂志,2022,37(1):24-27.
- [11] 中华中医药学会.中医药体质分类与判定[M].北京:中国中医药出版社,2009:1-5.
- [12] 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(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [13] 祖国秀,黄海量.慢性胃炎中医诊疗共识变化分析[J].山东中医药大学学报,2021,45(6):757-761.
- [14] 方旖旎,王琦,张国辉,等.中医体质学在“治未病”中的应用研究[J].中医杂志,2020,61(7):581-585.
- [15] 李倩茹,王琦,李玲孺,等.中医体质辨识在“治未病”中的应用[J].中医学报,2019,34(8):1586-1589.
- [16] 李京尧,王盼,刘文静,等.幽门螺杆菌相关性胃炎患者中医体质与中医证型相关性研究[J].时珍国医国药,2020,31(10):2416-2418.
- [17] 王俊丽,李军,林洁,等.从中医体质探析胃癌前病变的防治[J].河北中医,2019,41(6):935-938.
- [18] 李向.中医体质辨识在“治未病”中的地位及作用探讨[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(38):155-156.
- [19] 周薇,李志红,王冬梅,等.慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的中医证候分布研究[J].现代中医临床,2018,25(6):19-22.
- [20] 郑翔轩,白光.慢性萎缩性胃炎患者中医体质类型分布特点[J].临床军医杂志,2020,48(7):804-805.
- [21] 叶春荣,邹声颖,付肖岩,等.慢性萎缩性胃炎伴上皮内瘤变人群中中医体质分布研究[J].中国中西医结合杂志,2021,41(8):907-911.
- [22] 胡玉乐,张治祥,李毅,等.基于体质及其证候分型探讨幽门螺旋杆菌感染的防治[J].世界科学技术-中医药现代化,2020,22(4):1083-1087.
- [23] 杨振华,孙波,黄傲霜,等.慢性萎缩性胃炎中医证候的胃镜及病理特征分析研究[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(1):58-61.
- [24] 肖定洪,李静波,徐建德,等.胆汁反流伴胃黏膜肠化患者中医体质特征的病例对照研究[J].中医药学报,2018,46(5):104-107.
- [25] 张红梅,张小琴.中医药治疗胆汁反流性胃炎研究进展[J].亚太传统医药,2021,17(4):198-201.

(收稿日期:2022-03-19)