

慢性萎缩性胃炎及癌前病变中医证型分布与胃镜下表现和病理改变的相关性研究^{*}

张瑞芬¹ 贾婷婷¹ 张海荣¹ 黄新生¹ 马宇博¹ 孙艳梅¹ 牛兴东¹

[摘要] 目的:研究慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)及 CAG 癌前病变中医证型分布,探讨中医证型与胃镜下表现及病理改变的相关性,为 CAG 及 CAG 癌前病变的诊疗提供客观依据。方法:采用回顾性研究方法,对牛兴东教授专家门诊收治的 271 例患者的病历资料进行总结分析,采用 SPSS 22.0 统计软件分析探讨发病情况及证型分布,采用 logistic 回归分析不同中医证型与胃镜下表现及病理表现的相关性。结果:271 例患者中医证型分布占比由高到低依次为脾胃虚弱型、肝胃气滞型、脾胃湿热型、胃络瘀阻型、肝胃郁热型、胃阴不足型。在证型与病理变化的相关性分析中,肝胃气滞型以食管反流偏多,脾胃湿热型伴发糜烂者居多,胃络瘀阻型则多伴发异型增生,余证型与胃镜下表现及病理改变未见相关性。结论:CAG 中医证型主要为脾胃虚弱型、肝胃气滞型等,其中肝胃气滞型、脾胃湿热型、胃络瘀阻型与胃镜下表现及病理表现存在相关性,可为中医辨证提供参考。临床中可通过中医宏观辨证与微观辨证相结合进行准确辨证,注重“调气活血解毒”,对于改善患者生活质量及截断病势、延缓恶化有积极意义。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;胃癌癌前病变;中医证型

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.01.08

[中图分类号] R573.3 **[文献标志码]** A

Relationship between distribution of Traditional Chinese Medicine syndrome types of chronic atrophic gastritis and precancerous lesions of gastric cancer and gastroscopic findings and pathological changes

ZHANG Ruifen JIA Tingting ZHANG Hairong HUANG Xinsheng
MA Yubo SUN Yanmei NIU Xingdong

(Department of Critical Medicine, Inner Mongolia Autonomous Region Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hohhot, 010020, China)

Corresponding author: NIU Xingdong, E-mail: ZYniuxingdong@163.com

Abstract Objective: To study the distribution of Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes of chronic atrophic gastritis (CAG) and precancerous lesions of CAG, and to explore the correlation between syndromes and gastroscopic findings and pathological changes, so as to provide objective basis for the diagnosis and treatment of precancerous lesions of CAG and CAG. **Methods:** Through a retrospective study of the medical records of 271 patients in Professor NIU Xingdong's expert clinic, a CAG database of NIU Xingdong Studio was established. The data were statistically analyzed using SPSS 22.0 statistical software to analyze the incidence and distribution of the syndrome of the disease. Logistic regression was used to analyze the correlation between different TCM syndromes and gastroscopic findings and pathological findings. **Results:** Two hundred and seventy-one cases of TCM syndrome distribution ratio from high to low were spleen and stomach weakness type, liver and stomach Qi stagnation type, spleen and stomach damp-heat type, stomach collateral stasis type, liver and stomach stagnation heat type, stomach yin deficiency type. In the correlation between syndrome types and pathological changes, esophageal reflux was more common in liver-stomach Qi stagnation syndrome, erosion was more common in spleen-stomach damp-heat syndrome, and dysplasia was more common in stomach-collateral stasis syndrome. The remaining syndromes were not correlated with gastroscopic findings and pathological changes. **Conclusion:** CAG TCM syndrome types are mainly spleen and stomach weakness type, liver and stomach Qi stagnation type, etc., of which liver and stomach Qi stagnation syndrome, spleen and stomach damp-heat syndrome, stomach collateral blood stasis syn-

^{*}基金项目:2022 年青年岐黄学者培养项目[No:国中医药人教函(2022)256 号];国家中医药管理局第六批全国名老中医药专家学术经验继承项目[No:国中医药人教函(2017)125 号];内蒙古自治区中医药(蒙医药)中青年领军人才培育项目(No:2022-RC004);2021 年草原英才项目(No:2080116)

¹内蒙古自治区中医医院重症医学科(呼和浩特,010020)

通信作者:牛兴东, E-mail: ZYniuxingdong@163.com

引用本文:张瑞芬,贾婷婷,张海荣,等.慢性萎缩性胃炎及癌前病变中医证型分布与胃镜下表现和病理改变的相关性研究[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(1):42-48,55. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.01.08.

drome and gastroscopic performance and pathological performance are correlated, which can provide a reference for TCM syndrome differentiation. Through the combination of macroscopic syndrome differentiation and microscopic syndrome differentiation of TCM for accurate syndrome differentiation, combined with the pathogenesis of TCM, the application of "regulating Qi, activating blood circulation and detoxifying method" treatment is of positive significance for improving the clinical quality of life of patients and truncating the disease, delaying deterioration.

Key words chronic atrophic gastritis; precancerous lesions of gastric cancer; Traditional Chinese Medicine syndrome

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以胃黏膜萎缩为主要病理表现的一种常见且难治性消化系统疾病,与胃癌关系密切。胃癌是目前中国发病率最高的一种恶性肿瘤性疾病^[1]。它的发展过程一般是由炎症-萎缩-肠化-异型增生最终到癌变^[2],癌变率达10%~15%^[3]。CAG的胃黏膜萎缩和肠化属胃癌癌前状态,而上皮内瘤变(intraepithelial neoplasia, IN)属胃癌癌前病变(precancerous lesions of gastric cancer, PLGC),CAG癌前病变同时包括了CAG的癌前状态和PLGC^[4]。据统计,每年全国死于该病症的人数至少达16万人,在肿瘤性疾病致死人群中占较高比例^[5]。近些年关于CAG的研究多从分子水平探讨胃癌转变的发病机制,重点主要是研究“炎癌转变”的关键基因和通路,但至今尚无明确的结论^[6-13]。传统中医学相较于现代医学更专注于研究如何应用中医药干预CAG及CAG癌前病变,重点关注改善患者生活质量及截断“炎癌转变”^[12-15]病势,在临床中具有积极意义。

中医学中没有专门针对CAG和CAG癌前病变的具体描述,临床通常根据患者的主要症状,将本病归属于中医“反胃”、“胃痛”、“痞满”、“胃痞”、“嘈杂”等范畴。牛兴东教授是全国名中医及全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,具有中、西医学背景,重视应用现代科技手段弥补传统中医诊疗的不足,特别强调临床辨治CAG及CAG癌前病变要重视宏观辨证与微观辨证相结合^[14-15]。本研究旨在采用回顾性研究的方法,探讨CAG及CAG癌前病变证型分布及中医证型与胃镜下表现和病理表现的相关性,总结牛兴东名老中医临床诊疗CAG及CAG癌前病变的中医宏观辨证和微观辨证特点,为本病的临床诊治提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究纳入内蒙古自治区中医医院2008年1月—2020年12月就诊于牛兴东教授专家门诊的271例患者为研究对象,其中包含139例CAG癌前病变患者。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 由于本研究属于回顾性研究,本研究开展前期相关最新诊断标准并未发布,故西医诊断标准参照《中国慢性胃炎共识意见

(2017年,上海)》^[16],慢性CAG及CAG癌前病变的诊断有内镜诊断和病理诊断两种,临床上以病理诊断为金标准。

1.2.2 中医辨证标准 由于本研究属于回顾性研究,本研究开展前期相关最新诊断标准并未发布,故中医诊断标准及证型判定参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[17]。具体如下:(1)肝胃气滞型。主症:①胃脘胀满或胀痛;②胁肋胀痛。次症:①症状因情绪因素诱发或加重;②嗳气频作;③胸闷不舒;④舌苔薄白;⑤脉弦。(2)肝胃郁热型。主症:①胃脘饥嘈不适或灼痛;②脉弦或弦数。次症:①心烦易怒;②嘈杂反酸;③口干口苦;④大便干燥;⑤舌质红苔黄。(3)脾胃虚弱型。主症:①胃脘胀满或隐痛;②胃部喜按或喜暖。次症:①食少纳呆;②大便稀溏;③倦怠乏力;④气短懒言;⑤食后脘闷;⑥舌质淡,脉细弱。(4)脾胃湿热型。主症:①胃脘痞胀或疼痛;②舌质红,苔黄厚或腻。次症:①口苦口臭;②恶心或呕吐;③胃脘灼热;④大便黏滞或稀溏;⑤脉滑数。(5)胃阴不足型。主症:①胃脘痞闷不适或灼痛;②舌红少津,苔少。次症:①饥不欲食或嘈杂;②口干;③大便干燥;④形瘦食少;⑤脉细。(6)胃络瘀阻型。主症:①胃脘痞满或痛有定处;②舌质暗红或有瘀点、瘀斑。次症:①胃痛拒按;②黑便;③面色暗滞;④脉弦涩。证候确定:主症必备,加次症2项以上即可诊断。

此外,上述证候可单独出现,也可相兼出现,本研究所统计中医证型均为单一证型,若出现相兼证型,由两位医生商讨取其主证型纳入研究,意见不统一时,由牛兴东教授进行确定。

1.3 纳入、排除与剔除标准

纳入标准:①符合CAG和CAG癌前病变的中西医诊断标准,病历资料及诊断报告详实;②年龄18岁以上。

排除标准:①合并胃肠道手术史、上消化道肿瘤、腹部手术等器质性病变者;②合并心、脑、肝、肾等严重系统疾病者;③有精神系统疾病及精神病史者;④妊娠及哺乳期妇女。

剔除标准:①不符合纳入标准而被误纳入者;②组织病理学报告资料不全者。

1.4 数据库建立与质量控制

采用回顾性研究方法,将牛兴东工作室保存的

病历进行整理筛查,调取符合 CAG 及 CAG 癌前病变诊断标准的病历资料,将临床信息转化为可分析的结构化数据,并对字段进行规范统一,然后进行双人核对录入,意见有分歧时请牛兴东教授亲自审核确定,建立牛兴东工作室 CAG 数据库。

研究人员在启动临床研究前均完成临床试验标准操作规程培训,明确临床研究方案及人员分工,由至少两名副高级专家进行全程监督指导,严格按照纳入、排除标准进行筛选,选择完全符合标准的患者入组。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计分析,基本统计描述定性资料采用频数表、百分率,非正态分布资料描述用最大值、最小值及中位数。单因素分析中的分类变量用 χ^2 检验,多因素分析中的分类变量用 U 检验或多组独立样本的 Kruskal-Wallis 秩和检验,胃黏膜病理变化与中医证型相关性分析采用 logistic 回归分析。假设检验使用双侧检验,以 $\alpha=0.05$ 作为显著性检验水准。

Logistic 回归属于概率型非线性回归,假设在自变量 $X_1, X_2, \dots, X_m$ 作用下,某事件的发生概率为 P ,则该事件不发生的概率为 $1-P$,发生概率与不发生概率之比为 $P/(1-P)$,记作“优势”(odds),对 odds 取自然对数,即得 logistic 函数。

$\text{logit}(P)=\ln(\text{odds})=\ln[P/(1-P)]$ 称为 P 的 logit 变化,则 logistic 回归模型为:

$\text{logit}(P)=\ln[P/(1-P)]=\beta_0+\beta_1 X_1+\beta_2 X_2+\dots+\beta_m X_m$,式中 β_0 为常量, $\beta_1, \beta_2, \beta_m$ 称为回归系数。如果系数为正,则对应因子和 CAG 及 CAG 癌前病变不同中医证型呈正相关;反之,系数为负,则因子和 CAG 及 CAG 癌前病变不同中医证型呈负相关;文中因变量为 CAG 及 CAG 癌前病变不同中医证型(是:1,否:0),自变量为胃镜下表现及病理变化:肠化、溃疡、糜烂、息肉、食管反流、胆汁反流、异型增生、黏膜内出血(有:1,无:0),以无(0)作为参照组。

2 结果

2.1 一般情况

(1) 总体年龄与性别分布。271 例 CAG 患者总体性别和年龄分布如表 1 所示。采用多组独立样本的 χ^2 检验,显示男、女组在各年龄段间差异有统计学意义($\chi^2=9.12, P=0.028$),35~50 岁男性较多,50 岁以上女性较多,表明本病的发病与年龄、性别有关。(2) Hp 感染情况。271 例患者 Hp 感染情况如表 2、表 3 所示。经 χ^2 检验,男、女组差异有统计学意义($\chi^2=219.00, P<0.05$),表明 CAG 及 CAG 癌前病变患者在 Hp 感染方面有性别差异,女性感染率较高;经 χ^2 检验,各年龄段的 Hp 感染情况差异无统计学意义($P=0.720$)。(3)

CAG 癌前病变患者性别、年龄分布情况。139 例 CAG 癌前病变患者性别、年龄分层情况如表 4、表 5 所示。经 χ^2 检验,男、女组差异有统计学意义($\chi^2=271.00, P<0.05$),表明 CAG 癌前病变患者有性别差异,男性 CAG 患者癌前病变发病率较高;经多组独立样本 χ^2 检验分析不同年龄组 CAG 癌前病变分布情况,结果显示各年龄组间差异无统计学意义($\chi^2=3.89, P=0.270$)。

表 1 CAG 患者年龄与性别构成情况 例(%)

年龄/岁	女	男	合计
<35	7(2.50)	6(2.21)	13(4.80)
35~50	30(11.07)	48(17.71)	78(28.78)
>50~65	76(28.04)	53(19.56)	129(47.60)
>65	30(11.07)	21(7.75)	51(18.82)
合计	143(52.77)	128(47.23)	271(100.00)

表 2 CAG 患者 Hp 感染情况 例

性别	Hp 感染		合计	感染率/%
	无	有		
男	80	48	128	37.50
女	85	58	143	40.56
合计	165	106	271	39.11

表 3 CAG 患者 Hp 感染和年龄构成情况 例

年龄/岁	Hp 感染		合计	感染率/%
	无	有		
<35	6	7	13	53.85
35~50	47	31	78	39.74
>50~65	80	49	129	37.98
>65	32	19	51	37.25

表 4 CAG 患者病理表现和性别构成情况 例

性别	CAG 癌前病变		合计	癌前病变比例/%
	有	无		
男	75	53	128	58.59
女	64	79	143	44.76
合计	139	132	271	51.29

表 5 CAG 患者病理表现和年龄构成情况 例

年龄/岁	CAG 癌前病变		合计	癌前病变比例/%
	有	无		
<35	4	9	13	30.77
35~50	44	34	78	56.41
>50~65	68	61	129	52.71
>65	23	28	51	45.10
合计	139	132	271	51.29

2.2 中医证型分析

2.2.1 证型分布总体情况 271 例患者中医证型

分布比例从高到低依次为脾胃虚弱型(39.48%),肝胃气滞型(27.31%),脾胃湿热型(10.70%),胃络瘀阻型(9.96%),肝胃郁热型(8.12%),胃阴不足型(4.43%)。见表 6。

2.2.2 不同性别证型分布情况 271 例患者不同性别之间的中医证型分布经 U 检验结果显示,男女之间各证型分布差异无统计学意义($P=0.83$)。见表 6。

表 6 CAG 患者不同性别中医证型分布情况

例(%)			
证型	男	女	合计
肝胃气滞型	31(41.89)	43(58.11)	74(27.31)
脾胃虚弱型	54(50.46)	53(49.53)	107(39.48)
肝胃郁热型	9(40.91)	13(59.09)	22(8.12)
脾胃湿热型	15(51.72)	14(48.27)	29(10.70)
胃络瘀阻型	15(55.56)	12(44.44)	27(9.96)
胃阴不足型	4(33.33)	8(66.67)	12(4.43)
合计	128(47.23)	143(52.77)	271(100.00)

2.2.3 不同年龄证型分布情况 271 例患者不同年龄中医证型分布情况经 Kruskal-Wallis 检验,结果显示不同年龄在证型分布上差异有统计学意义($P=0.017$),肝胃气滞型、脾胃虚弱型和脾胃湿热型常见于>50~65 岁年龄组,其次是 35~50 岁年

龄组;肝胃郁热型和胃络瘀阻型在>50~65 岁年龄组占比最多,其次是>65 岁年龄组;胃阴不足型多见于>65 岁年龄组。见表 7。

2.2.4 癌前病变的中医证型分布情况 CAG 癌前病变患者的中医证型出现频率依次为:脾胃虚弱型(40.56%),肝胃气滞型(26.57%),胃络瘀阻型(11.19%),脾胃湿热型(9.79%),肝胃郁热型(6.41%),胃阴不足型(4.49%)。

2.2.5 胃镜下表现及病理变化分布 271 例患者胃镜下表现及病理改变分布依次为糜烂(66.05%),肠化(51.29%),异型增生(34.69%),息肉(17.71%),溃疡(14.76%),食管反流(11.44%),胆汁反流(5.90%),黏膜内出血(2.95%)。

2.2.6 中医证型与胃镜下表现及病理变化的相关性 (1)肝胃气滞型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析。肝胃气滞型与胃镜下病理检查结果应用 logistic 回归分析后表明,肝胃气滞型与食管反流的发生呈正相关($OR=2.955,95\%CI:1.304\sim 6.700$)。见表 8。

(2)脾胃虚弱型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析。脾胃虚弱型与胃镜下表现及病理变化应用 logistic 回归分析后表明二者之间无相关性。见表 9。

表 7 CAG 患者不同年龄中医证型分布情况

例(%)					
证型	年龄/岁				合计
	<35	35~50	>50~65	>65	
肝胃气滞型	4(5.41)	19(25.68)	42(56.76)	9(12.16)	74(27.31)
脾胃虚弱型	6(5.61)	36(33.64)	51(47.66)	14(13.08)	107(39.48)
肝胃郁热型	1(4.55)	5(22.73)	9(40.91)	7(31.82)	22(8.12)
脾胃湿热型	1(3.45)	8(27.59)	14(48.28)	6(20.69)	29(10.70)
胃络瘀阻型	1(3.70)	6(22.22)	11(40.74)	9(33.33)	27(9.96)
胃阴不足型	0	4(33.33)	2(16.67)	6(50.00)	12(4.43)
合计	13(4.80)	78(28.78)	129(47.60)	51(18.82)	271(100.00)

表 8 肝胃气滞型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析

病理特征	B	SE	Wals	df	P	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
肠化	0.180	0.304	0.350	1	0.554	1.197	0.660	2.172
糜烂	-0.367	0.288	1.619	1	0.203	0.693	0.394	1.219
息肉	-0.174	0.377	0.214	1	0.644	0.840	0.401	1.758
食管反流	1.084	0.418	6.733	1	0.009	2.955	1.304	6.700
胆汁反流	-0.202	0.681	0.088	1	0.767	0.817	0.215	3.105
异型增生	-0.771	0.357	4.664	1	0.031	0.462	0.230	0.931
黏膜内出血	-0.257	0.932	0.076	1	0.783	0.773	0.124	4.806
溃疡	-0.023	0.569	0.002	1	0.967	0.977	0.320	2.981
常量	-0.670	0.274	5.978	1	0.014	0.511		

表 9 脾胃虚弱型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析

病理特征	B	SE	Wals	df	P	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
肠化	0.287	0.280	1.054	1	0.305	1.332	0.770	2.304
糜烂	-0.258	0.265	0.948	1	0.330	0.773	0.460	1.298
息肉	0.025	0.339	0.005	1	0.942	1.025	0.528	1.990
食管反流	-0.802	0.459	3.051	1	0.081	0.448	0.182	1.103
胆汁反流	0.440	0.565	0.608	1	0.435	1.553	0.514	4.698
异型增生	-0.444	0.309	2.064	1	0.151	0.641	0.350	1.176
黏膜内出血	-0.362	0.861	0.176	1	0.674	0.696	0.129	3.766
溃疡	-0.106	0.513	0.043	1	0.836	0.899	0.329	2.459
常量	-0.168	0.257	0.426	1	0.516	0.895		

(3)肝胃郁热型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析。肝胃郁热型与胃镜下表现及病理变化应用 logistic 回归分析后表明,二者之间无相关性。见表 10。

(4)脾胃湿热型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析。脾胃湿热型与胃镜下表现及病理变化应用 logistic 回归分析后结果表明,脾胃湿热型与胃部糜烂的发生呈正相关($OR = 6.985, 95\%CI: 2.025 \sim 24.093$)。见表 11。

(5)胃络瘀阻型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析。胃络瘀阻型与胃镜下表现及病理变化应用 logistic 回归分析后表明,胃络瘀阻型与胃部异型增生的发生呈正相关($OR = 6.776, 95\%CI: 2.614 \sim 17.569$)。见表 12。

(6)胃阴不足型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析。胃阴不足型与胃镜下表现及病理变化应用 logistic 回归分析后表明,二者之间无相关性。见表 13。

表 10 肝胃郁热型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析

病理特征	B	SE	Wals	df	P	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
肠化	-0.119	0.478	0.061	1	0.804	0.888	0.348	2.268
糜烂	0.262	0.504	0.270	1	0.603	1.299	0.484	3.488
息肉	-1.557	1.043	2.228	1	0.136	0.211	0.027	1.628
食管反流	-0.227	0.793	0.082	1	0.775	0.797	0.168	3.772
胆汁反流	0.476	0.815	0.342	1	0.559	1.610	0.326	7.953
异型增生	-1.031	1.073	0.924	1	0.336	0.357	0.044	2.918
黏膜内出血	1.459	0.882	2.735	1	0.098	4.300	0.763	24.221
溃疡	0.767	0.700	1.202	1	0.273	2.153	0.546	8.484
常量	-2.477	0.479	26.695	1	0	0.084		

表 11 脾胃湿热型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析

病理特征	B	SE	Wals	df	P	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
肠化	-0.503	0.442	1.293	1	0.256	0.605	0.254	1.439
糜烂	1.944	0.632	9.468	1	0.002	6.985	2.025	24.093
息肉	0.572	0.478	1.435	1	0.231	1.772	0.695	4.521
食管反流	0.452	0.579	0.609	1	0.435	1.571	0.505	4.883
胆汁反流	-0.846	1.086	0.608	1	0.436	0.429	0.051	3.603
异型增生	0.517	0.460	1.265	1	0.261	1.677	0.681	4.127
黏膜内出血	0.480	1.166	0.170	1	0.680	1.616	0.165	15.880
溃疡	0.433	0.727	0.354	1	0.552	1.542	0.370	6.415
常量	-3.654	0.640	32.598	1	0	0.026		

表 12 胃络瘀阻型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析

病理特征	B	SE	Wals	df	P	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
肠化	-0.481	0.486	0.979	1	0.322	0.618	0.238	1.603
糜烂	-0.239	0.440	0.296	1	0.586	0.787	0.333	1.863
息肉	0.475	0.531	0.802	1	0.371	1.608	0.568	4.550
食管反流	-1.582	1.059	2.233	1	0.135	0.206	0.026	1.637
胆汁反流	-0.537	1.096	0.240	1	0.624	0.584	0.068	5.007
异型增生	1.913	0.486	15.495	1	0	6.776	2.614	17.569
黏膜内出血	1.012	1.010	1.003	1	0.317	2.750	0.380	19.911
溃疡	-1.085	1.098	0.977	1	0.323	0.338	0.039	2.904
常量	-2.510	0.456	30.261	1	0	0.081		

表 13 胃阴不足型与胃镜下表现及病理变化的相关性分析

病理特征	B	SE	Wals	df	P	Exp(B)	95%CI	
							下限	上限
肠化	-0.754	0.717	1.105	1	0.293	0.470	0.115	1.919
糜烂	-0.114	0.635	0.032	1	0.858	0.892	0.257	3.098
息肉	-0.105	0.836	0.016	1	0.900	0.900	0.175	4.635
食管反流	0.473	0.833	0.323	1	0.570	1.605	0.314	8.213
胆汁反流	1.511	0.896	2.846	1	0.092	4.530	0.783	26.204
异型增生	0.357	0.698	0.262	1	0.609	1.429	0.364	5.615
黏膜内出血	1.468	1.183	1.539	1	0.215	4.341	0.427	44.132
溃疡	1.353	0.778	3.028	1	0.082	3.871	0.843	17.774
常量	-3.236	0.606	28.520	1	0	0.039		

3 讨论

3.1 总体发病情况分析

本研究发现 271 例患者年龄为 28~80 岁,主要分布在>50~65 岁,占 47.60%,发病率高于其他年龄层。这一结果与世界卫生组织调查的结论比较接近,世界范围内 CAG 均以老年人高发,51~65 岁的患病率高达 50%以上^[18]。本研究 CAG 患者中女性患病率比男性高,女性 143 例,占 52.77%,男性 128 例,占 47.23%。

《素问·上古天真论》提出男女精气会呈现“渐长、充溢、减退”的趋势。因此临床常见老年人发病居多。女性发病率高,主要由于女性的生理特性所决定,叶天士的《临证指南医案》指出“女子以肝为先天”,反映了肝与女子生理特性密切关联。因此,女性易出现情志影响肝的疏泄,进而出现木不疏土,导致脾胃气机失调,运化功能失常而发病。

3.2 CAG 癌前病变患者发病情况

CAG 癌前病变主要发病年龄在>50~65 岁,且有性别差异,男性发病率较女性高。中医证型出现频率依次为:脾胃虚弱型、肝胃气滞型、胃络瘀阻型、脾胃湿热型、肝胃郁热型、胃阴不足型。牛老认为 CAG 癌前病变的根本特点为本虚标实:本虚以气虚、阴虚、阳虚为主,标实则以郁、瘀、毒为要。脾胃虚弱型与癌前病变关系密切,是其发病之根本及

病理演变之关键,正如李东垣所谓:“内伤脾胃,百病由生”、“百病皆由脾胃衰而生”。标实有气郁、血瘀、邪毒。《医学入门》云:“胃司纳食,主乎通降”。胃腑为多气多血之腑,病以气病血病多见。胃腑以通降为顺,内伤或外邪均可以导致人体内的气机不畅,以至于血液的运行受到阻碍,最终形成了瘀血、浊毒等病理产物。邪毒包括 Hp 感染、痰湿、湿热、热毒、食积等。《内经》有云:“邪之所凑,其气必虚”,脾胃虚弱,纳运失常,毒、瘀之邪乘而袭之,使得脾气不升,胃气不降,久病则胃络失养而发胃黏膜腺体萎缩。

3.3 CAG 与 CAG 癌前病变中医证型分布规律

本研究 271 例患者中医证型分布比例从高到低依次为脾胃虚弱型、肝胃气滞型、脾胃湿热型、胃络瘀阻型、肝胃郁热型、胃阴不足型。脾胃虚弱型、肝胃气滞型和脾胃湿热型常见于>50~65 岁年龄组,其次是 35~50 岁年龄组;肝胃郁热型和胃络瘀阻型在>50~65 岁年龄组占比最多,其次是>65 岁年龄组;胃阴不足型多见于>65 岁年龄组。本研究显示脾胃虚弱型最为多见,其次为肝胃气滞型,多见于中老年人。牛老指出 CAG 及 CAG 癌前病变核心病位在胃,与肝脾密切相关,脾胃虚弱是本病的根本病机。如《杂病源流犀烛·肿胀源流》所言:“痞满,脾病也。本由脾气虚,及气郁不能

运行,心下痞塞满。”素体脾胃虚弱或饮食不节、劳累、情志刺激等致脾胃损伤,脾胃为后天之本,气血生化乏源,久则胃体失养、萎而不荣渐至黏膜腺体萎缩形成 CAG。CAG 病程较长,且易于反复发作,症状难以缓解,久病多虚。其次肝胃气滞也是病机之一,现代社会人的工作生活节奏快、精神压力大,致使肝的疏泄功能受损,不能调节机体气机,脾胃升降清浊失调,气机阻滞不通而发病。正如《景岳全书·痞满》曰:“怒气暴伤,肝气未平而痞”。

3.4 中医证型与内镜下表现及病理表现的相关性分析

271 例患者内镜下表现及病理改变分布依次为糜烂>肠化>异型增生>息肉>溃疡>食管反流>胆汁反流>黏膜内出血,表明在证型与病理变化的相关性中,肝胃气滞型以食管反流偏多,脾胃湿热型伴发糜烂者居多,胃络瘀阻型则多伴发异型增生。在肝胃气滞型中,肝气疏泄功能受损而横逆犯胃,气机升降失常,最终出现食管反流的征象。湿热蕴结于中焦,胃为多气多血之腑,湿热蕴结中焦,伤及血络,血败肉腐,胃镜下可见胃黏膜糜烂。《临证指南·胃脘痛》所载:“胃病,其要何在,所云初病在经,久病入络,以经主气,络主血,则可知其治气治血之当然也。”瘀血既是 CAG 的病理产物,又是进一步影响脾胃升降、阻遏气血运行的病理因素,从而使机体功能紊乱,加重脾虚;瘀血不去,新血不生,脉络阻滞,血行不畅,脏腑失养,脾胃益虚,如此形成恶性循环。另外,血瘀气滞影响气机运行,易使痰、饮、湿淤积,日久成毒,出现异型增生,进一步发生癌变。

4 结论

本研究发现脾胃虚弱型、肝胃气滞型、胃络瘀阻型、脾胃湿热型 4 个证型占比最高,由此可见虚、湿热、气滞、瘀血等病理因素在本病的发生、发展过程中十分重要。牛老指出 CAG 病变过程中病机虚实夹杂、复杂多端,其中虚证以脾胃虚弱为主,实证以湿热、气滞、瘀血为主,与脾、胃、肝三脏功能失调关系密切,但总结起来不外乎“虚”、“郁”、“瘀”、“毒”四端,正虚、气机失调与瘀血阻络贯穿其始终,故在治疗上要注重“调气活血解毒”,常用健脾益气之保元汤、四君子汤,疏肝理气之柴胡疏肝散、四逆散,活血化瘀之丹参饮、失笑散,配合解毒之黄连、半枝莲、丹参、莪术、九香虫等,综合达到健脾益气、活血通络、解毒散结之功。

在临床实际中,牛老善于在中医传统辨证基础上结合现代电子胃镜及病理检查,将中医临床症状、体征和舌脉与胃镜下胃黏膜出血或糜烂、肠化、异型增生等病理组织学病变相结合,通过中医证型结合病理准确辨证,全面掌握患者病情病势,一方面可积极改善临床症状,提高患者的生活质量;另

一方面又可严密监测 CAG 患者的胃镜下表现及病理改变,力争截断病势,延缓病变恶化,此可谓“杂合以治,各得其所宜。”

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Xia K, Gao R, Li L, et al. Transformation of colitis and colorectal cancer: a tale of gut microbiota[J]. Crit Rev Microbiol, 2023; 1-10.
- [2] Pimentel-Nunes P, Libanio D, Marcos-Pinto R, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European *Helicobacter* and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019[J]. Endoscopy, 2019, 51(4): 365-388.
- [3] Florian R. Inflammation and cancer: triggers, mechanisms, and consequences[J]. Immunity, 2019, 51(1): 27-41.
- [4] 中华中医药学会《胃复春治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变临床应用专家共识》项目组. 胃复春治疗萎缩性胃炎癌前病变临床应用专家共识[J]. 中医杂志, 2023, 64(2): 212-216.
- [5] Eusebi LH, Telese A, Marasco G, et al. Gastric cancer prevention strategies: a global perspective[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2020, 35(9): 1495-1502.
- [6] Zhang Y, Wang Y, Zhang BY, et al. A hyperspectral dataset of precancerous lesions in gastric cancer and benchmarks for pathological diagnosis[J]. J Biophotonics, 2022, 15(11): e202200163.
- [7] Yang L, Li AT, Wang Y, et al. Intratumoral microbiota: roles in cancer initiation, development and therapeutic efficacy[J]. Signal Transduct Target Ther, 2023, 8(1): 35.
- [8] Sohrab SS, Raj R, Nagar A, et al. Chronic Inflammation's Transformation to Cancer: A Nanotherapeutic Paradigm[J]. Molecules, 2023, 28(11): 4413.
- [9] Zheng SY, Zhu L, Wu LY, et al. *Helicobacter pylori*-positive chronic atrophic gastritis and cellular senescence[J]. Helicobacter, 2023, 28(1): e12944.
- [10] Zhong YL, Wang PQ, Hao DL, et al. Traditional Chinese medicine for transformation of gastric precancerous lesions to gastric cancer: a critical review[J]. World J Gastrointest Oncol, 2023, 15(1): 36-54.
- [11] Deng ZH, Lu LS, Li BH, et al. The roles of inflammasomes in cancer [J]. Front Immunol, 2023, 14: 1195572.
- [12] Mignini I, Ainora ME, Di Francesco S, et al. Tumorigenesis in inflammatory bowel disease: microbiota-environment interconnections[J]. Cancers (Basel), 2023, 15(12): 3200.
- [13] Singh N, Baby D, Rajguru JP, et al. Inflammation and cancer[J]. Ann Afr Med, 2019, 18(3): 121-126.

(下转第 55 页)

- [6] 张声生,周强.胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):1166-1170.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002:101-102.
- [8] 卞立群,王风云,陈婷,等.《中药新药用于慢性胃炎的临床疗效评价技术指导原则》中萎缩性胃炎与癌前病变内容解读[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(5):323-326.
- [9] 李慧臻,马佳乐,梁欣奕,等.五丹胃福颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效回顾性分析[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(5):346-350,358.
- [10] 陈志清,刘微,罗文忠,等.胃溃疡患者血清PAF及PGE2含量变化的临床意义[J].现代医院,2020,20(10):1548-1550.
- [11] 刘启鸿,赵培琳,方文怡,等.基于“脾虚、湿热、痰瘀”论治隆起糜烂性胃炎探赜[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(1):65-67.
- [12] 顾叶文,王志科,李虎才,等.黄春林教授运用健脾五法治疗慢性糜烂性胃炎经验[J].中国医药导报,2021,18(21):130-133.
- [13] 赵楠,陆玉婷,霍永利,等.化浊解毒方联合穴位贴敷治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(9):599-604.
- [14] 王文娟,李海可,马蕾,等.胃复春对Hp感染萎缩性胃炎大鼠模型胃黏膜组织IL-6/JAK2/STAT3信号通路的影响[J].中华医院感染学杂志,2022,32(13):1987-1991.
- [15] 潘海春,汪玲羽,顾赞华.胃复春胶囊通过抑制AQP3调节炎症性水液代谢障碍改善大鼠急性胃溃疡[J].中国现代应用药学,2023,40(6):765-772.
- [16] 田杨,胡文,杨坤,等.胃复春综合评价研究[J].药物流行病学杂志,2022,31(3):147-153.
- [17] 周建红,李雅静,邢颖,等.胃复春胶囊联合多潘立酮治疗脾虚型功能性消化不良55例[J].浙江中医杂志,2021,56(12):894-895.
- [18] 陈炜,陈婉姬,杨明华.胃复春片对功能性消化不良大鼠胃肠功能的影响[J].中国现代应用药学,2019,36(7):829-832.
- [19] 夏菲珍,许丰.胃复春片联合莫沙必利对功能性消化不良患者胃容受和内脏高敏感性的影响[J].中国现代医生,2020,58(32):45-48.
- [20] 徐晴.摩罗丹联合三七粉治疗胃癌前病变的疗效评价研究及初步机制探索[D].北京:中国中医科学院,2022.

(收稿日期:2023-06-12)

(上接第48页)

- [14] 张瑞芬,党林林,王智业,等.慢性萎缩性胃炎中医辨证结合微观辨证的研究进展[J].中国中医药科技,2022,29(3):519-521.
- [15] 张瑞芬,任国华,牛兴东.牛兴东基于“肝胃同治”治疗脾胃病经验[J].中国民间疗法,2021,29(11):25-28.
- [16] 房静远,杜奕奇.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [17] 李军祥,陈諝,吕宾,等.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.
- [18] Yin Y, Liang HL, Wei N, et al. Prevalence of chronic atrophic gastritis worldwide from 2010 to 2020: an updated systematic review and meta-analysis[J]. Ann Palliat Med, 2022, 11(12):3697-3703.

(收稿日期:2023-05-15)