

慢性萎缩性胃炎 6 种证型胃镜像和病理学表现研究

张金丽 王春浩 周文平 何 华 李佃贵*

(河北医科大学研究生学院, 河北省石家庄市中山东路 361 号, 050017)

基金项目: 河北省教育厅科学研究青年基金项目(2010265)

* 通讯作者: zhangjinli916@163.com, (0311)85990187

[摘要] 目的 观察慢性萎缩性胃炎(CAG)6种证型胃镜像和病理学表现,探讨其与浊毒的相关性。方法 将入选的311例CAG患者辨证分为6个证型:浊毒内蕴证(62例)、肝胃不和证(84例)、脾胃虚弱证(37例)、脾胃湿热证(75例)、胃络瘀阻证(23例)、胃阴不足证(30例)。由专职医师进行胃镜检查和组织活检,记录其内镜下形态学表现,比较不同证型胃镜像与病理学表现。结果 浊毒内蕴证与其他5种证型胃镜像比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);与浊毒内蕴证比较,肝胃不和证、脾胃虚弱证、胃络瘀阻证病理学表现差异均有统计学意义($P < 0.05$),脾胃湿热证、胃阴不足证病理学表现差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 CAG各证型在胃镜像形态学、病理组织学的变化存在着特异性,浊毒内蕴证在内镜下主要表现为隆起结节、糜烂、黏膜粗糙,病理多伴有肠上皮化生和(或)不典型增生。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;浊毒;胃镜像;病理学表现;中医证型

Gastroscopy Images and Pathological Findings in Chronic Atrophic Gastritis with Six Kinds of Chinese Medicine Syndrome

ZHANG Jinli, WANG Chunhao, ZHOU Wenping, HE Hua, LI Diangui

(Hebei Medical University, Hebei Province 050017)

ABSTRACT Objective To observe the gastroscopy images and pathological findings in chronic atrophic gastritis (CAG) with six kinds of Chinese medicine syndrome and analyze its relationship with turbidity-toxin. **Methods** Totally 311 CAG patients were divided into 6 kinds of Chinese medicine syndrome, i. e. 62 cases of turbidity-toxin brewing internally syndrome, 75 cases of spleen-stomach damp-heat syndrome, 37 cases of spleen-stomach deficiency syndrome, 84 cases of liver-stomach disharmony syndrome, 23 cases of stasis obstructing the network vessels of the stomach syndrome and 30 cases of insufficiency of stomach yin syndrome. The gastroscopy images and pathological findings were recorded and analyzed with gastroscopy and biopsy. **Results** The differences between turbidity-toxin brewing internally syndrome and other five syndromes in gastroscopy images were statistically significantly ($P < 0.05$). Comparing with turbidity-toxin brewing internally syndrome, the pathological findings had statistical significance in liver-stomach disharmony syndrome, spleen-stomach deficiency syndrome and stasis obstructing the network vessels of the stomach syndrome ($P < 0.05$). There was no significant difference in the pathological findings as comparing turbidity-toxin brewing internally syndrome with spleen-stomach damp-heat syndrome and insufficiency of stomach yin syndrome ($P > 0.05$). **Conclusion** There exists specificity in Chinese medicine syndrome, gastroscopy image and pathological findings in CAG. The main gastroscopy images of turbidity-toxin brewing internally syndrome are uplift nodules, erosion and rough mucosa, often accompanied with intestinal metaplasia and (or) dysplasia in pathology.

Keywords chronic atrophic gastritis; turbidity-toxin; endoscopy; pathology; syndrome identification

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)主要表现为胃黏膜的固有腺体数量减少甚至消失,并伴有纤维组织增生、黏膜肌增厚,甚者胃黏膜变薄,在此基础上伴有肠上皮化生和(或)不典型增生称为胃癌前期病变^[1]。现代医学对CAG伴肠上皮化生至今尚无特异性的干预治疗措施和方法,主要以对症治疗、追踪观察和手术治疗为主且临床治疗效果不佳,而中医在辨证论治理论的指导下,在阻断、逆转肠上皮化生的治疗上显示出广阔的发展前景。浊毒致病论即以中医病因学的理论为基础而提出浊毒发病机理^[2],李佃贵教授以浊毒学说防治

CAG,取得了较好的疗效,可使部分肠上皮化生和异型增生减轻或消失,从而扭转了胃癌癌前病变难以逆转的观点,使胃癌的药物预防成为可能^[3-4]。本研究通过对CAG各证型胃镜像、病理组织学的观察、对比,旨在为CAG的中医辨证治疗和浊毒理论临床应用提供依据。

1 临床资料

1.1 诊断标准

CAG诊断标准参照中华医学会消化病分会《中国慢性胃炎共识意见》^[1]。中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]分为脾胃湿热证、脾胃虚

弱证、肝胃不和证、胃络瘀阻证、胃阴不足证。脾胃湿热证(主症:胃脘胀满,胀痛,口苦,恶心呕吐,舌质红、苔黄腻;次症:胃脘灼热,口臭,尿黄,胸闷,脉滑数);胃络瘀阻证(主症:胃脘胀满,刺痛,痛处拒按,痛有定处,舌质暗红或有瘀点、瘀斑;次症:黑便,面色暗滞,脉弦涩)。具备以上两证主症两项和次症两项即为浊毒内蕴证。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准和中医辨证标准;年龄20~76岁;病程3~20年;患者知情同意。

排除标准:凡合并消化性溃疡、胃黏膜有重度异型增生或病理诊断疑有恶变者;合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者及妊娠和哺乳期患者。

1.3 一般资料

选择2010年9月至2011年6月河北省中医院消化科住院及门诊CAG患者311例,其中浊毒内蕴证62例,男30例,女32例,平均年龄(52.09±7.31)岁,平均病程(13.26±5.58)年;肝胃不和证84例,男40例、女44例,平均年龄(56.80±7.38)岁,平均病程(11.57±5.82)年;脾胃虚弱证37例,男19例、女18例,平均年龄(57.15±6.35)岁,平均病程(12.36±4.92)年;脾胃湿热证75例,男40例、女35例,平均年龄(53.61±7.49)岁,平均病程(13.06±6.59)年;胃络瘀阻证23例,男14例、女9例,平均年龄(55.85±6.55)岁,平均病程(12.51±4.57)年;胃阴不足证30例,男14例、女16例,平均年龄(53.11±9.55)岁,平均病程(11.96±3.85)年。各组患者一般资料比较差异无统计学意义($P<0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 分型方法

对入选的CAG患者由河北省中医院两名主任中医师进行中医辨证分型,制定完善的病例报告(CRF)表进行记录,两名主任中医师一致性检验结

果良好。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 胃镜像观察 由专职医师进行胃镜检查,电子胃镜为Olympus-GIF 260(日本Olympus公司),并详细记录其内镜下征象,并于胃窦大小弯距幽门约2~4cm处各钳取组织一块,活检组织用10%甲醛固定。

2.2.2 病理检查 活检组织由同一病理医师进行常规石蜡包埋、切片、Hp染色及诊断,Olympus CX21光学显微镜(日本Olympus公司)。并对不同证型胃镜像与病理学表现进行观察和对比。

2.3 统计学方法

采用SPSS 17.0统计软件进行数据处理,计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 CAG 6种证型胃镜像比较

表1示,浊毒内蕴证以结节隆起、糜烂、黏膜粗糙多见,共46例,占74.19%;肝胃不和证以红斑渗出、出血点、胆汁反流多见,共65例,占77.39%;脾胃虚弱证以红斑渗出、黏膜粗糙多见,共22例,占59.46%;脾胃湿热证以红斑渗出、黏膜粗糙、糜烂多见,共52例,占69.33%;胃络瘀阻证以出血点多见,共12例,占52.17%;胃阴不足证以红斑渗出多见,共18例,占60.00%。与浊毒内蕴证比较,其他5种证型胃镜像差异均有统计学意义($P<0.05$)。

3.2 CAG 6种证型病理结果比较

表2示,与浊毒内蕴证比较,肝胃不和证、脾胃

表2 CAG 6种证型病理结果比较[例(%)]

证型	例数	黏膜萎缩	肠上皮化生	异型增生
浊毒内蕴	62	7(11.29)	38(61.29)	17(27.42)
肝胃不和	84	48(57.14)*	21(25.00)*	15(17.86)*
脾胃虚弱	37	20(54.05)*	14(37.84)*	3(8.11)*
脾胃湿热	75	15(20.00)	43(57.33)	17(22.67)
胃络瘀阻	23	14(60.87)*	7(30.43)*	2(8.70)*
胃阴不足	30	4(13.33)	18(60.00)	8(26.67)

注:与浊毒内蕴证比较,* $P<0.05$

表1 CAG 6种证型胃镜胃镜像比较[例(%)]

证型	例数	胆汁反流	红斑渗出	出血点	粗糙	黏膜糜烂	结节隆起
浊毒内蕴	62	4(6.45)	7(11.29)	5(8.06)	11(17.74)	15(24.19)	20(32.26)
肝胃不和	84	12(14.29)*	37(44.05)*	16(19.05)*	6(7.14)*	9(10.71)*	4(4.76)*
脾胃虚弱	37	3(8.10)*	13(35.14)*	4(10.81)*	9(24.32)*	5(13.51)*	3(8.10)*
脾胃湿热	75	7(9.33)*	18(24.00)*	9(12.00)*	21(28.00)*	13(17.33)*	7(9.33)*
胃络瘀阻	23	0*	6(26.09)*	12(52.17)*	3(13.04)*	1(4.35)*	1(4.35)*
胃阴不足	30	2(6.67)*	18(60.00)*	2(6.67)*	4(13.33)*	3(10.00)*	1(3.33)*

注:与浊毒内蕴证比较,* $P<0.05$

虚弱证、胃络瘀阻证病理学表现差异均有统计学意义($P < 0.05$),而脾胃湿热证、胃阴不足证的病理结果差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

CAG 主要以上腹胀痛、嗳气、乏力纳少为主要表现,属中医学“胃脘痛”、“嘈杂”、“嗳气”、“痞证”等范畴。我们发现 CAG 主要病机是“浊毒”内蕴^[6]。本病可由外感之邪内陷损伤脾胃,或过食膏粱厚味损伤脾胃,或因先天禀赋不足脾胃素虚,或情志不畅致肝郁气滞均可致脾胃运化失司,蕴湿生热,日久酿生毒邪,浊毒之邪损伤胃络,致使黏膜萎缩,终致 CAG 浊毒证胃镜病理改变。本病病位在胃,涉及肝、脾,浊毒之邪壅滞中焦是本病病机之关键。

现有的 CAG 中医分型有脾胃湿热证、脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃络瘀阻证、胃阴不足证 5 种证型^[7],李佃贵教授^[3-4]在治疗 CAG 的临床实践中,总结出“浊毒”学说,认为浊毒既是一种致病因素,又是一种病理产物,与脾胃关系甚为密切^[3]。本研究发现浊毒证胃镜像多为隆起结节、糜烂、黏膜粗糙,与其他 5 型比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);浊毒内蕴证病理表现多呈中、重度萎缩较多,多伴有肠上皮化生和(或)不典型增生,与浊毒内蕴证比较,肝胃不和证、脾胃虚弱证、胃络瘀阻证病理表现差异均有统计学意义($P < 0.05$)。故本研究认为 CAG 浊毒证是独立与其他证型之外的又一新证型。CAG 浊毒内蕴证在内镜下主要表现为为隆起结节、糜烂、黏膜粗糙,病理多伴有肠上皮化生和(或)不典型增生。

CAG 的临床诊断及治疗无论是中医还是西医都需要胃镜检查 and 病理检查明确诊断和观察疗效。我们研究 CAG 中医浊毒内蕴证和脾胃湿热证、脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃络瘀阻证、胃阴不足证的胃镜像及病理学表现,为浊毒理论提供客观辨证依据,也为中医治疗 CAG 的客观化、系统化积累了经验。

本研究结果表明,CAG 各临床证型与其在胃镜像形态学、病理组织学的变化存在着相关性,在中医辨证论治 CAG 时参考胃镜下形态学及病理组织学的变化是对传统中医辨证的补充和尝试。浊毒证型及其在胃镜和病理的特异表现在临床诊治 CAG 的过程中应当引起重视。

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].胃肠病学,2006,11(11):674-684.
- [2]王正品,李佃贵,杜艳茹,等.浊毒致病论与现代中医病因学[J].中医杂志,2010,51(1):12-13.
- [3]王彦刚,李佃贵.浊毒论治慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生疗效观察[J].中国全科医学,2009,12(1B):157-159.
- [4]李佃贵,李海滨,裴林,等.慢性萎缩性胃炎从浊毒论治[J].四川中医,2004,22(1):17-18.
- [5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:148-150.
- [6]张红磊,张红霞,李占彪,李佃贵以浊毒论治萎缩性胃炎学术思想述要[J].山西中医,2010,26(2):3-4.
- [7]中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中医杂志,2010,51(8):749-753.

(收稿日期:2011-08-16;修回日期:2011-09-25)

[编辑:侯建春]

(上接第 941 页)

- [5]Almahameed A,Bhatt DL. Contemporary management of peripheral arterial disease: III. Endovascular and surgical management[J]. Cleve Clin J Med,2006,73(Suppl 4):S45-51.
- [6]Balmer H,Mahler F,Do DD,et al. Balloon angioplasty in chronic critical limb ischemia: factors affecting clinical and angiographic outcome[J]. J Endovasc Ther,2002,9(4):403-410.
- [7]Koizumi A,Kumakura H,Kanai H,et al. Ten-year patency and factors causing restenosis after endovascular treatment of iliac artery lesions[J]. Circ J,2009,73(5):860-866.
- [8]庄百溪,张童,马鲁波,等.股动脉粥样硬化介入治疗与球囊扩张成形的疗效比较[J].中华普通外科杂志,

2009,24(6):455-458.

- [9]赵启凤,袁红,赖茂文.血府逐瘀汤药理和临床应用的研究进展[J].中华实用中西医杂志,2003,16(3):1205-1206.
- [10]董国菊,刘剑刚,史大卓,等.气血并治方胶囊治疗颈动脉粥样硬化的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2008,3(1):29-31.
- [11]马鲁波,刘剑刚,史大卓,等.气血并治方及其配伍对高血脂血症大鼠血管活性物质的影响[J].中国实验方剂学杂志,2006,12(4):32-35.
- [12]鞠上,杨博华,崔云,等.益气活血、化痰解毒中药配合常规治疗防治糖尿病下肢血管病变 PTA 术后再狭窄[J].中国中西医结合杂志,2010,30(9):901-904.

(收稿日期:2011-07-13;修回日期:2011-10-25)

[编辑:叶晨]