

引用:孟涛,潘金泉. 糜烂性胃炎中年人群中医健康状态与幽门螺杆菌感染及胃镜下表现的相关性研究[J]. 湖南中医杂志,2021,37(11):18-20,39.

糜烂性胃炎中年人群中医健康状态与 幽门螺杆菌感染及胃镜下表现的相关性研究

孟涛,潘金泉

(福建中医药大学附属第二人民医院,福建 福州,350003)

[摘要] 目的:探讨糜烂性胃炎(CEG)中年人群不同中医健康状态、幽门螺杆菌(Hp)感染情况及胃镜下不同表现之间的关系。方法:选取 78 例 CEG 患者,对患者的一般资料、中医健康状态、Hp 感染情况以及胃镜下表现进行采集,将资料进行整理归纳,并进一步统计分析。结果:78 例患者中,已病态的病性要素为痰者有 35 例,为湿者有 29 例,为气虚者有 14 例。不同中医健康状态已病要素间患者糜烂形态比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),发生平坦型糜烂者气虚要素占比最高(100%),发生隆起型糜烂者痰要素占比最高(25.7%)。不同中医健康状态已病要素间患者在年龄、性别及 Hp 感染率间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:CEG 患者不同中医健康状态与胃镜下糜烂形态间存在一定相关性,可为糜烂性胃炎人群的健康状态辨识提供证据,为临床治疗及用药选择提供依据。

[关键词] 糜烂性胃炎;中医健康状态;幽门螺杆菌;胃镜

[中图分类号] R259.733 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.11.005

Traditional Chinese medicine health status of the middle-aged population with chronic erosive gastritis and its association with Helicobacter pylori infection and gastroscopic findings

MENG Tao, PAN Jinquan

(The Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, Fujian, China)

[Abstract] Objective: To investigate the association of traditional Chinese medicine (TCM) health status with Helicobacter pylori (Hp) infection and gastroscopic findings in the middle-aged population with chronic erosive gastritis (CEG). Methods: A total of 78 patients with CEG were enrolled, and related data were collected and a statistical analysis was performed, including general information, TCM health status, Hp infection, and gastroscopic findings. Results: Among the 78 patients, 35 had phlegm as disease factor, 29 had dampness as disease factor, and 14 had Qi deficiency as disease factor. There was a significant difference in the morphology of erosion between the patients with different TCM disease factors ($P < 0.05$); 100% of the patients with flat erosion had the factor of Qi deficiency, and 25.7% of the patients with protrusive erosion had the factor of phlegm. There were no significant differences in age, sex, and Hp infection rate between the patients with different TCM disease factors ($P > 0.05$). Conclusion: TCM health status is associated with the morphology of erosion under gastroscopy in patients with CEG, which provides a basis for identification of health status, clinical treatment, and medication in the population with CEG.

[Keywords] chronic erosive gastritis; traditional Chinese medicine health status; Helicobacter pylori; gastroscopy

糜烂性胃炎(chronic erosive gastritis, CEG)是指因多种原因介入,进而导致的损伤发生在胃黏膜肌层之上的胃炎^[1],多以胃黏膜充血水肿甚或糜烂、出血为主,可见发红的糜烂面,之上可见或不见黄

白、灰白苔覆盖,或伴有活动性出血或血痂^[2]。临床表现多以慢性上腹部胀闷、反酸、嗝气等不适为主,亦可无任何感觉^[3]。随着人们生活水平的提高,加之不良的饮食习惯,以及胃镜诊疗技术的提

升,我国 CEG 发病率不断上升^[4]。国外研究显示,其发病率已达上世纪七十年代的近三倍多,约为 17.3%^[5],且以中年患者发病率最高^[6],男女发病之比介于 6:1~3:1 之间^[7]。

当前针对 CEG 的中医健康状态要素研究较少,且本病因病程较长,容易伴发胃黏膜的萎缩、肠化甚至异型增生,可能发展为胃癌。国外研究亦有提出胃黏膜糜烂-增生-胃癌的假说^[8]。本研究通过探讨 CEG 中年人群不同中医健康状态要素、幽门螺杆菌(Hp)感染情况、内镜下不同表现之间的关系,为未来从中医学角度提升 CEG 人群的健康状态提供证据,为指导临床治疗及用药选择提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 78 例均为 2020 年 7 月 5 日至 2021 年 1 月 20 日于我院健康管理(治未病)中心进行体检的 CEG 患者。其中男 43 例,女 35 例;年龄 43~59 岁,平均(50.6±4.8)岁。

1.2 病例选择

1.2.1 西医诊断标准 内镜诊断标准参照《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》^[9]《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[10];Hp 诊断参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[11]中的有关标准。

1.2.2 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准;2)年龄>40 岁,且<60 岁;3)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.2.3 排除标准 1)内镜提示有上消化道活动性溃疡、出血或消化道肿瘤;2)1 个月以内服用过治疗 Hp 相关药物;3)合并呼吸、心、脑、肾、血液系统等严重原发病及严重精神障碍;4)处于妊娠期及哺乳期;5)不能清楚叙述自我症状或不能配合本研究观察。

1.3 观察指标及方法

1.3.1 中医健康状态要素 采用福建中医药大学参与研发的中医健康状态辨识系统(越人太空舱 Y6183-HQI)进行中医健康状态辨识评估。通过面部信息和舌象采集器(望诊)、声音采集器(听诊)、人机对答系统(问诊)和脉象采集器(切诊)收集受试者的健康信息,包括基本信息(如性别、出生年月、居住地等)、饮食起居、生活习惯、禁忌证及面色、舌象、脉象、声音等,并自动出具健康状态要素辨识结论,包括 16 种健康状态要素(包括心神、肺、湿、阴虚、阳亢、痰、血

虚、阳虚、气虚、气滞、寒、脾、热、心、肝、肾)的积分及其属于未病态、欲病态还是已病态。最终遴选所有研究对象入组时集中分布的 2~4 种已病态的中医健康状态病性要素作为评价指标。

1.3.2 Hp 感染情况 采用快速尿素酶试验。内镜检查后取胃黏膜组织 1 块,将活检组织放入试剂,观察试剂颜色的变化,若试剂酚红由黄色变为红色,则为阳性;颜色不变,则为阴性。

1.3.3 内镜检查 由内镜医师专人操作,观察糜烂病变的位置、形态等,并详细记录。

1.4 统计学方法 采用 Microsoft Excel 建立数据库,以统计软件 SPSS 进行数据统计分析。计量资料的多组间比较采用单因素方差分析,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料差异性比较采用非参数秩和检验,等级资料的行×列表相关性分析采用 Spearman 秩相关检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象集中分布的已病态的病性要素分布情况 本研究已对所有患者进行中医健康状态辨识,发现 CEG 患者已病态的病性要素主要为痰、湿、气虚。(见表 1)

表 1 78 例患者已病态病性要素分布情况

已病要素	例(%)
痰	35(44.9)
湿	29(37.2)
气虚	14(17.9)

注:存在 2 项或 2 项以上已病态病性要素者,纳入要素积分最高值所在组。

2.2 不同已病要素间一般资料比较 不同已病要素间性别、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表 2)

表 2 不同已病要素间一般资料比较

已病要素	例数	性别[例(%)]		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)
		男	女	
痰	35	24(68.6)	11(31.4)	51.2±5.0
湿	29	14(48.3)	15(51.7)	50.1±5.0
气虚	14	5(35.7)	9(64.3)	50.4±3.8
统计值		5.241		0.397
P 值		0.073		0.674

2.3 不同已病要素间 Hp 感染情况比较 Hp 感染率痰要素组最高(65.7%),湿要素组次之(55.2%),气虚要素组最低(35.7%),3 种要素比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表 3)

表3 不同已病要素间 Hp 感染情况比较[例(%)]

已病要素	例数	Hp(+)	Hp(-)
痰	35	23(65.7)	12(34.3)
湿	29	16(55.2)	13(44.8)
气虚	14	5(35.7)	9(64.3)
统计值		3.689	
P值		0.158	

2.4 不同已病要素间胃镜下表现比较 78例患者中平坦型糜烂67例(85.9%),隆起型糜烂11例(14.1%),不同已病要素间患者糜烂形态比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。发生平坦型糜烂者气虚要素组的占比最高(100%),发生隆起型糜烂者痰要素组占比最高(25.7%),湿要素组在两种糜烂形态占比中均居于次位。(见表4)

表4 不同已病要素间胃镜下表现比较[例(%)]

已病要素	例数	糜烂形态	
		隆起型	平坦型
痰	35	9(25.7)	26(74.3)
湿	29	2(6.9)	27(93.1)
气虚	14	0	14(100.0)
统计值		7.437	
P值		0.024	

3 讨论

CEG发病与多种因素有关,如Hp感染、十二指肠肠液及胆汁反流、免疫因素及非甾体消炎药(NSAID)等。中医学依据本病的特征将其归属于“痞满”“胃脘痛”“吐酸”等范畴。CEG病因包括外感、内伤、饮食、脾胃素虚等,病变部位主要在胃,与肝、脾二脏亦有关系,基本病机为脾胃运化不足,导致气机不利,病性多为本虚标实或虚实夹杂。

本研究发现CEG患者中医健康状态已病态的病性要素集中于痰、湿、气虚,与杨文娟等^[12]的研究结果基本相符。考虑本病初期,外来之邪,侵袭人体,导致气机不利,加之患者饮食不节,嗜食肥甘厚味,酿生痰、湿之邪,蕴而化热,熏蒸于胃黏膜局部,热盛肉腐,而生糜烂。而本病又多发于中年人群,该类人群多正气始衰,加之本病病程较长,邪正消长,易产生气虚之变。

苏青等^[13]认为宿主感染Hp后,由于菌群的入侵、定植,以及所引起的炎症、免疫反应,进而对胃黏膜屏障造成破坏。本研究中痰、湿要素组Hp感染率均为50%以上,与相关研究结果相似^[14-16],气虚要素组也有1/3以上患者感染Hp,差异无统计学

意义($P>0.05$)。Hp定植于胃内,阻碍局部气血运化,津液无法正常输布,变生痰湿,则局部发生糜烂。痰湿之邪与正气交争,则利于Hp生长繁衍^[17],两者互为因果,导致正气虚损,进而发生胃黏膜病变。

本研究中,平坦型糜烂占比高于隆起型糜烂。不同中医状态已病要素间,患者的糜烂形态比较,差异有统计学意义($P<0.05$),其中平坦型糜烂者气虚要素占比最高,隆起型糜烂者痰要素占比最高,湿要素组在2种糜烂形态占比中均居于次位。痰邪易阻气机,影响气血生化,湿热内生;痰又为有形之邪,易与他邪交结,停聚于局部,则易导致胃黏膜发生隆起型糜烂。湿邪因其弥漫之性,泛滥多处,不似痰邪易停聚于局部,故所生糜烂多为平坦型。以气虚要素为主者,邪实不甚,多表现为不足之象,故所生糜烂为平坦型。

本研究通过探究CEG中年人群中中医健康状态与Hp感染、胃镜下表现之间的相关性,初步了解CEG中年人群的一般中医健康状态容易出现偏颇的健康状态要素,且中医健康状态要素与胃镜下糜烂形态之间存在一定的相关性,可为未来提升CEG人群的中医健康状态提供证据,为指导临床治疗及用药选择提供依据。Hp感染情况在各要素组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),考虑其与研究例数不足、地域局限以及所选年龄限制有关。因此,将来可进行多中心、大样本研究以期得到更为完善的结果。

参考文献

- [1] 唐莉. 单兆伟益气清热护膜法治疗慢性糜烂性胃炎的思路[J]. 江苏中医药, 2015, 47(2): 19-20.
- [2] 申丽莎, 郭淑云. 糜烂性胃炎的中医诊疗进展[J]. 中医临床研究, 2017, 9(5): 136-139.
- [3] 周平平, 王彦刚, 集川原, 等. 国医大师李佃贵以化浊解毒方治疗慢性糜烂性胃炎经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(1): 103-105.
- [4] 王涛, 王萍, 白长川. 胃糜康治疗胃滞虚热型慢性胃炎伴糜烂临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34(13): 1985-1989.
- [5] ERKAN CAGLAR, BIROL BAYSAL, AHMET DOBRUCAL J. The changing pattern of upper gastrointestinal disorders by endoscopy: data of the last 40 years[J]. Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, 2014(2014): 262638.
- [6] 邓天好. 慢性糜烂性胃炎的中医药治疗概述[J]. 广西中医学院学报, 2008, 11(1): 69-71.

甲、银柴胡、青蒿、地骨皮。

3.5.2 肺肾气阴两虚证 本证的主要临床表现为: 干咳少痰或痰中带血, 咳则引腰背而痛, 或伴耳鸣耳聋, 行动气促, 不食不眠, 口咽干燥或嗜哑, 小便如常, 大便略溏, 舌红而干或有裂纹, 脉弦而带快。治宜引纳摄固, 补养真元, 予人参蛤蚧散加减治疗^[3]。常用药物: 参须、蛤蚧、黄芪、丹参、地黄炭、麦冬、百合、天花粉、石斛、天麻、山药、麦芽、鸡内金、山茱萸、炮姜、炙甘草、杜仲、补骨脂、款冬花、远志。方中参蛤散补肺肾, 定喘嗽; 地黄炭、山药、山茱萸滋阴补肾; 黄芪、丹参益气活血; 杜仲补肝肾、强筋骨; 炮姜、补骨脂引纳摄固养真元、止泻; 款冬花、远志止咳化痰; 天麻息风止痉、平抑肝阳、祛风通络; 麦芽、鸡内金健脾助化; 麦冬、百合滋阴润燥; 天花粉、石斛滋阴生津; 炙甘草养肺祛痰。表虚不固, 自汗出, 加浮小麦; 有肾炎病史者, 加山药; 双下肢酸软, 加核桃肉; 盗汗, 加糯米根、浮小麦; 咽干咽痛, 加蝉蜕、木蝴蝶。

3.5.3 肾阳虚水泛证 本证的主要临床表现为: 咳嗽喘满, 咳则腰背相引而痛, 甚则咳涎, 口咸, 形寒下肢冷, 面浮肢肿, 腰膝酸软而痛, 头眩心悸, 嗜卧懒言, 腹满肠鸣, 大便溏或鸡鸣泻(夜间大便次数较多), 小便短少, 或少腹弦急, 口不渴或渴喜热饮, 舌质淡胖, 苔白滑, 脉沉滑无力。治宜崇土制水、温阳利尿, 予真武汤加减治疗。常用药物: 茯苓、白术、白芍、附片、生姜、肉桂、苏叶、杏仁、法半夏、广陈皮、杜仲、牛膝、补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、甘草。

方中附片、茯苓温阳利水; 白术健脾化湿; 白芍养阴利尿、缓急止痛; 生姜温阳化湿; 肉桂、附片温振肾阳气; 苏叶散寒理气; 法半夏、广陈皮健脾化痰; 杏仁降气止咳平喘; 杜仲、牛膝补肝肾、强筋骨; 补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻温补脾肾、涩肠止泻; 甘草补脾益气、化痰止咳、缓急止痛、调和诸药。大便不畅, 欲便不便, 加锁阳; 咳而遗尿, 合用缩泉丸加人参、胡桃仁、炮姜; 胃脘疼痛, 加萆澄茄、隔山消、麦芽; 胸背闷胀, 加延胡索、五灵脂。

4 体 会

长期咳嗽, 不仅影响患者的工作和生活, 而且耗伤患者的气血, 损害患者的体质。刘老治疗本病辨证准确, 独辟蹊径, 选方灵活, 用药平淡见奇, 临床疗效显著。其认为治咳应以脾胃为中心, 用药时顾护脾胃, 防复发。强调益脾胃, 和营卫, 助元气, 固表阳以御外邪, 调脏腑以扶正气, 虽未用治咳嗽药物而达到了治咳嗽的目的, 即“见痰莫治痰, 见咳休治咳”。

参考文献

- [1] 刘光宪, 刘英哲. 刘炳凡医论医案[M]. 北京: 科学出版社, 2012: 174.
- [2] 刘炳凡. 黄帝内经临证指要[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 282-288.
- [3] 蔡铁如. 刘炳凡医案精华[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 24-27.
- [4] 刘炳凡. 中国百年百名中医临床家[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001: 25-26, 73-74.

(收稿日期: 2020-12-07)

(上接第 20 页)

- [7] 安晓霞, 王振刚, 卢杰夫, 等. 慢性糜烂性胃炎中医体质特点及其与胃黏膜微形态的相关性[J]. 广西中医药, 2019, 42(4): 1-4.
- [8] DU YQ, SU T, HAO JY, et al. Gastro-protecting effect of gefarnate on chronic erosive gastritis with dyspeptic symptoms[J]. Chin Med J(Engl), 2012, 125(16): 2878-2884.
- [9] 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]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [10] 张声生, 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.
- [11] 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.
- [12] 杨文娟, 林雪娟, 肖俊杰, 等. 基于证素辨证的慢性胃炎胃黏膜糜烂证素特征研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(11):

4909-4911.

- [13] 苏青, 徐三平. 幽门螺杆菌的研究进展[J]. 临床消化病杂志, 2014, 26(3): 132-133.
- [14] TANG HR, FAN YJ, LIU S. Helicobacter pylori infection and associated risk factors in Chengdu[J]. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban, 2014, 45(5): 823-826.
- [15] 孟欣颖, 赵东明, 周长宏, 等. 青岛市幽门螺杆菌现症感染率的调查分析[J]. 中国临床保健杂志, 2015, 18(5): 517-518.
- [16] PAN KF, ZHANG L, GERHARD M, et al. A large randomised controlled intervention trial to prevent gastric cancer by eradication of Helicobacter pylori in Linqu County, China: baseline results and factors affecting the eradication[J]. Gut, 2016, 65(1): 9-18.
- [17] 陈英, 丁国宁, 杨宇玲. 新疆昌吉地区 Hp 相关性慢性胃炎中医证型与 Hp 感染相关研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(4): 13-14.

(收稿日期: 2021-01-25)