

引用:李强斌,安云,陈伟刚.慢性萎缩性胃炎中医证型与癌变风险的相关性研究[J].湖南中医杂志,2021,37(8):9-11.

慢性萎缩性胃炎中医证型与癌变风险的相关性研究

李强斌,安云,陈伟刚

(广州市番禺区中医院,广东 广州,511400)

[摘要] 目的:研究慢性萎缩性胃炎(CAG)中医证型与癌变风险的相关性。方法:将2016—2020年在广州市番禺区中医院消化内科就诊的1020例CAG患者进行回顾性研究,分析患者中医证候及分布规律,比较不同证型患者的肠上皮化生率、上皮瘤变率和Hp感染率。结果:脾胃湿热证、肝脾不和证的肠上皮化生率及上皮瘤变率均高于脾胃虚弱证、胃阴不足证、胃络瘀血证,差异均有统计学意义($P<0.01$);脾胃湿热证、肝脾不和证、胃络瘀血证的Hp感染率高于脾胃虚弱证、胃阴不足证,差异均有统计学意义($P<0.01$)。logistic回归分析结果显示,肠上皮化生、上皮瘤变、Hp感染均为CAG癌变的单影响因素($P<0.05$)。结论:不同中医证型的CAG患者癌变风险存在差异,中医证型的运用对癌变风险的临床评估具有一定的参考意义。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;证型;癌变风险;相关性

[中图分类号] R259.733⁺.2 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.003

Association between traditional Chinese medicine syndrome type and risk of carcinogenesis in chronic atrophic gastritis

LI Qiangbin, AN Yun, CHEN Weigang

(Panyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 511400, Guangdong, China)

[Abstract] Objective: To investigate the association between traditional Chinese medicine (TCM) syndrome type and risk of carcinogenesis in chronic atrophic gastritis (CAG). Methods: A retrospective analysis was performed for 1020 patients with CAG who attended Department of Gastroenterology, Panyu Hospital of Traditional Chinese Medicine, from 2016 to 2020, and TCM syndromes and their distribution were analyzed. Intestinal metaplasia rate, intraepithelial neoplasia rate, and Helicobacter pylori (Hp) infection rate were compared between the patients with different syndrome types. Results: The patients with spleen-stomach damp-heat syndrome or incoordination between the liver and the spleen had significantly higher intestinal metaplasia rate and intraepithelial neoplasia rate than those with deficiency of spleen and stomach, stomach-Yin deficiency, or blood stasis in stomach collaterals ($P<0.01$), and the patients with spleen-stomach damp-heat syndrome, incoordination between the liver and the spleen, or blood stasis in stomach collaterals had a significantly higher Hp infection rate than those with deficiency of spleen and stomach or stomach-Yin deficiency ($P<0.01$). The logistic regression analysis showed that intestinal metaplasia, intraepithelial neoplasia, and Hp infection were single influencing factors for CAG carcinogenesis ($P<0.05$). Conclusion: The risk of carcinogenesis varies among CAG patients with different TCM syndrome types, and the application of TCM syndrome types provides a certain reference for clinical evaluation of the risk of carcinogenesis.

[Keywords] chronic atrophic gastritis; syndrome type; risk of carcinogenesis; association

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)多由于Hp感染等原因引起胃黏膜固有腺萎缩,常伴有肠上皮化生、异型增生及胃部炎症反应症状^[1]。流行病学调查显示,全国胃镜下CAG的检出率约为10%~30%^[2]。世界卫生组织将CAG定义为胃癌前病变,但临床上少见CAG癌变病例^[3],因此对CAG患者进行癌变相关风险评估具

有重要意义。中医证型常用于CAG及相关胃癌的诊治,但其对CAG风险相关性的资料尚缺乏^[4-5]。本文通过纳入临床病例探讨CAG患者中医证型与癌变风险的相关性,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将2016—2020年在我院消化内科就诊的CAG患者1020例进行回顾性研究,均符合

《临床诊疗指南·消化系统疾病分册》^[6]中 CAG 的诊断标准。其中男 556 例,女 464 例;Hp 感染 570 例,肠上皮化生 481 例,上皮瘤变 636 例。该研究通过我院伦理委员会批准后实施。

1.2 纳入标准 1) 诊断明确,并进行电子胃镜取病理活检,明确患者肠上皮化生、上皮瘤变和 Hp 感染情况;2) 年龄 19~70 岁;3) 有相关危险因素。

1.3 排除标准 1) 消化道溃疡、癌变或伴其他严重疾病累及全身者;2) 妊娠期、备孕期及哺乳期妇女。

2 研究方法

组织院内有相关资质的主治及以上职称医师对纳入研究的 CAG 患者进行中医证候分型,并对不同证型的患者进行归类整理和数据分析。

2.1 辨证标准 符合《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[7]中 CAG 的辨证分型标准。1) 脾胃虚弱证。胃脘不适,面色萎黄,食少纳呆,神疲倦怠,舌淡、苔薄白,舌边有齿痕,脉细弱。2) 肝脾不和证。胃脘不适伴胸胁胀满或窜痛,时欲太息,情志抑郁或急躁易怒,纳差,腹胀便溏,或发作性腹痛腹泻,舌苔白腻,脉弦。3) 脾胃湿热证。胃脘部胀满疼痛,嘈杂灼热,头晕目眩,头重如裹,身重肢倦,恶心呕吐,不思饮食,口渴口苦,小便色黄,大便不畅。舌质红,舌体胖、边有齿痕,苔黄腻,脉沉滑。4) 胃阴不足证。胃脘部隐隐作痛,上腹部不适,脘胀微微,灼热不适,嘈杂似饥,消瘦食少,五心烦热,口干咽燥,大便秘结。舌质红、少苔或无苔少津,脉细数。5) 胃络瘀血证。胃脘胀满刺痛,痛有定所,拒按,肌肤甲错,舌暗有瘀斑瘀点,脉涩或沉弦。

2.2 数据处理 采用 SPSS 21.0 软件对获得的数据进行分析,其中计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。检验水准设定为 $\alpha=0.05$ 。

3 研究结果

3.1 辨证分型结果 根据中医辨证标准对患者进行分型,1020 例患者中,脾胃虚弱证 307 例,肝脾不和证 268 例,脾胃湿热证 203 例,胃阴不足证 222 例,胃络瘀血证 20 例,占比分别为 30.10%、26.27%、19.90%、21.76%、1.96%。(见表 1)

表 1 辨证分型结果

证型	例数(例)	占比(%)
脾胃虚弱证	307	30.10
肝脾不和证	268	26.27
脾胃湿热证	203	19.90
胃阴不足证	222	21.76
胃络瘀血证	20	1.96

3.2 不同证型患者肠上皮化生情况比较 对不同证型患者肠上皮化生情况进行分析,脾胃湿热证、肝脾不和证肠上皮化生率分别为 87.19%、78.36%,高于脾胃虚弱证(44.30%)、胃阴不足证(47.75%)、胃络瘀血证(35.00%),差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表 2)

表 2 不同证型患者肠上皮化生情况比较

证型	例数(例)	肠上皮化生例数(例)	占比(%)
脾胃虚弱证	307	136	44.30 ^a
肝脾不和证	268	210	78.36
脾胃湿热证	203	177	87.19
胃阴不足证	222	106	47.75 ^a
胃络瘀血证	20	7	35.00 ^a

注:与肝脾不和证、脾胃湿热证比较,^a $P<0.01$ 。

3.3 不同证型患者上皮瘤变情况比较 对不同证型患者上皮瘤变情况进行分析,脾胃湿热证、肝脾不和证上皮瘤变率分别为 64.53%、78.36%,高于脾胃虚弱证(21.17%)、胃阴不足证(30.63%)、胃络瘀血证(35.00%),差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表 3)

表 3 不同证型患者上皮瘤变情况比较

证型	例数(例)	上皮瘤变例数(例)	占比(%)
脾胃虚弱证	307	65	21.17 ^a
肝脾不和证	268	210	78.36
脾胃湿热证	203	131	64.53
胃阴不足证	222	68	30.63 ^a
胃络瘀血证	20	7	35.00 ^a

注:与肝脾不和证、脾胃湿热证比较,^a $P<0.01$ 。

3.4 不同证型患者 Hp 感染情况比较 对不同证型患者 Hp 感染情况进行分析,脾胃湿热证、肝脾不和证、胃络瘀血证 Hp 感染率分别为 77.34%、86.94%、75.00%,高于脾胃虚弱证(36.48%)、胃阴不足证(23.87%),差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表 4)

表 4 不同证型患者 Hp 感染情况比较

证型	例数(例)	Hp 感染例数(例)	占比(%)
脾胃虚弱证	307	112	36.48
肝脾不和证	268	233	86.94 ^a
脾胃湿热证	203	157	77.34 ^a
胃阴不足证	222	53	23.87
胃络瘀血证	20	15	75.00 ^a

注:与脾胃虚弱、胃阴不足证比较,^a $P<0.01$ 。

3.5 影响 CAG 癌变单因素分析 肠上皮化生、上皮瘤变以及 Hp 感染均为 CAG 癌变的单影响因素,差异具有统计学意义($P<0.05$)。(见表 5)

表5 影响CAG癌变单因素分析

危险因素	非癌变组(n=837)	癌变组(n=183)	t值/ χ^2 值	P值
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	53.26 $\pm$ 7.25	54.97 $\pm$ 5.08	1.027	>0.05
性别(男/女,例)	458/379	98/85	1.328	>0.05
肠上皮化生[例(%)]	530(63.32)	170(92.90)	9.281	<0.05
上皮瘤变[例(%)]	347(41.46)	183(100.00)	10.518	<0.05
Hp感染[例(%)]	477(56.99)	151(82.51)	8.027	<0.05

4 讨 论

CAG是众多慢性胃炎中常见的病种之一,因胃黏膜的反复破坏而引起胃黏膜及黏膜基层的改变,并常常被认定为癌前病变^[8]。据《中国慢性胃炎共识意见解读》^[9]所示,多数CAG的发病患者可无任何症状,常难以诊断及进行统计学分析,临床常采用胃镜及活检病理结果作为诊断依据^[10]。西医学认为,绝大多数CAG患者的病因归咎于Hp感染,因此其治疗主要是抗Hp治疗,辅以胃黏膜保护剂、抑制胃酸分泌类药物等,但临床疗效往往具有单一性,研究显示,CAG患者经常规西药治疗后,常出现其他系统病变情况^[11]。

中医学认为,CAG的发生与脾胃气机升降密切相关,脾胃主运化水谷精微,脾胃之气受损,则出现“腹胀满,膈咽不通,食饮不下”的症状。中医辨证分析与CAG中胃黏膜的病理分型也有密切关联^[12]。虚实夹杂证常见于肠上皮化生等引起的活动性炎症,郁热湿阻证则多见于肠上皮增生。Hp的感染在辨证分型中的体现尤为突出。相关研究显示,Hp感染与否与证候分型关系密切,其中本虚标实证者Hp感染率相对最高^[13]。中医证型对CAG的诊治及癌变风险分析有重大参考价值,但尚无临床运用实例^[14-15]。

本研究将1020例CAG患者分为脾胃虚弱证、肝脾不和证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证,将不同证型患者肠上皮化生率、上皮瘤变率和Hp感染率进行比较分析,其中脾胃湿热证、肝脾不和证患者的肠上皮化生率、上皮瘤变率和Hp感染率均高于其他证型患者。通过单因素结合多因素Logistic回归分析发现肠上皮化生、上皮瘤变以及Hp感染均为影响CAG患者癌变的因素,表明脾胃湿热证、肝脾不和证分型患者癌变可能性远大于脾胃虚弱证、胃阴不足证、胃络瘀血证分型患者。CAG的发生与脾胃气机升降密切相关,脾胃之气受损,气机郁滞,是CAG最为重要的发病因素和病理因素;而笔者也在研究过程中发现CAG患者常出现情志抑郁或痰湿、食积、热郁、瘀血等症状,这可能

与脾胃气滞有关。此外,本研究结果所示胃络瘀血证患者癌变可能性与大部分文献结果不相符,这可能与发病地区、环境、气候、地域生活习惯等因素相关,但由于本研究胃络瘀血证患者样本量过少,研究结果存疑。

综上,本研究结果认为不同中医证型CAG患者癌变风险存在差异,中医证候的运用对癌变风险的评估具有一定的临床意义。但由于本实验样本量偏少,实验结果存在局限性,因此仍需大量实验数据分析加以佐证。中医辨证为CAG癌变风险的评估提供了新思路。

参考文献

- [1] 安振涛,奚肇宏,严展鹏,等.慢性萎缩性胃炎中医证候规范化与客观化研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(3):76-79.
- [2] 李国春,李春婷,黄蓝洋,等.结构方程模型在慢性萎缩性胃炎中医证候分型中应用[J].中国卫生统计,2007,24(4):357-360.
- [3] 杨洋,瞿先侯,杨敏,等.慢性萎缩性胃炎患者中医证候分型与癌变风险的相关性[J].中医杂志,2020,61(4):48-53.
- [4] CAMPANA D,RAVIZZA D,FEROLLA P,et al. Clinical management of patients with gastric neuroendocrine neoplasms associated with chronic atrophic gastritis: a retrospective, multicentre study[J]. Endocrine, 2015, 51(1): 1-9.
- [5] 楼焕进,夏陈伟.慢性萎缩性胃炎的病理诊断与中医证型分析[J].中医药临床杂志,2007,19(3):81-82.
- [6] 中华医学会.临床诊疗指南·消化系统疾病分册[M].北京:人民卫生出版社,2007:1-4.
- [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].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [8] YIN GY,ZHANG WN,SHEN XJ,et al. Study on the pathological basis of classification of spleen deficiency in chronic gastritis[J]. Chinese medical Journal, 2004, 117(8): 1246-1252.
- [9] 刘文忠.《中国慢性胃炎共识意见》解读[J].中国全科医学:医生读者版,2011,14(12):11-12.
- [10] GY LIN,C YI,XJ SHEN,et al. Study on the pathological basis of classification of spleen deficiency in chronic gastritis[J]. Chinese Medical Journal, 2004, 117(8): 1246-1252.
- [11] 陆为民.慢性萎缩性胃炎中医特色疗法[J].北京:人民军医出版社,2012:153.
- [12] 贺梅娟.慢性萎缩性胃炎癌前病变中医证候分布特点及益气化痰解毒法干预机制的研究[D].北京:北京中医药大学,2015.
- [13] YAMENG ZHANG,CHAO LI,SHANMEI SUN,et al. Screening and identification of molecular targets involved in preventing gastric precancerous lesions in chronic atrophic gastritis by qilianshu decoction[J]. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2019(2): 1-3.
- [14] 刘建辉.中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及其对中医症状积分的影响[J].数理医药学杂志,2020,33(2):267-268.
- [15] 梁春耕,肖定洪.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].中国医药科学,2020,10(23):66-68,96.

(收稿日期:2021-03-22)