



北京中醫藥大學

BEIJING UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

硕士学位论文

THESIS OF MASTER'S DEGREE

题目：慢性萎缩性胃炎中医证型分布和胃镜象以及病理象的关联性研究

专 业：中西医结合临床

研究方向：中西医结合防治恶性肿瘤

学术类型：学术型

学生姓名：曹志军

导 师：左明焕 主任医师

二〇一九年五月

独创性声明

本人声明所呈交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果，也不包含为获得北京中医药大学或其他教育机构的学位或证书而使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名：曹志军

签字日期：2019.6.3

学位论文版权使用授权书

本人完全了解北京中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，即：学校有权保留送交论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存论文。本人授权北京中医药大学将本人学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，并允许提交杂志社出版。

☒公开 ☐保密(____年____月)(保密的学位论文在解密后应遵守此协议)

学位论文作者签名：曹志军

导师签名：[Signature]

签字日期：2019.6.3

签字日期：2019.6.3

目录

摘 要	1
Absrtact	4
符号说明	8
文献综述	9
1 慢性萎缩性胃炎的西医研究	9
1.1 慢性萎缩性胃炎的流行病学研究	9
1.2 慢性萎缩性胃炎的病因	9
1.3 慢性萎缩性胃炎的诊断	11
1.4 慢性萎缩性胃炎的治疗	13
1.5 慢性萎缩性胃炎的疗效评价	15
2 慢性萎缩性胃炎的中医研究	16
2.1 慢性萎缩性胃炎的病因及病机	16
2.2 慢性萎缩性胃炎的辨证分型	18
2.3 慢性萎缩性胃炎的中药治疗	19
3 慢性萎缩性胃炎相关病理概述	20
3.1 慢性萎缩性胃炎胃镜与病理诊断的符合性研究	20
3.2 肠上皮化生分型意义与相关术语应用的研究	21
4 慢性萎缩性胃炎舌象、胃镜象相关性研究	21
4.1 慢性萎缩性胃炎与舌象关系的研究	21
4.2 慢性萎缩性胃炎胃镜象与中医证型、舌象的关系研究	23
4.3 慢性萎缩性胃炎 Hp 与舌象的关系研究	24
参考文献	26
前言	32

资料与方法	34
1 一般资料	34
2 诊断标准	34
2.1 胃镜诊断标准.....	34
2.2 病理诊断标准.....	34
2.3 舌象诊断标准.....	35
2.4 中医证候诊断标准.....	36
3 纳入及排除标准.....	37
4 方法.....	37
5 统计学处理.....	38
结果	39
1 患者的一般资料	39
2 中医证型与患者一般资料的相关性分析	39
2.1 中医证型情况.....	39
2.2 中医证型与患者性别的相关性	40
2.3 中医证型与患者年龄的相关性	41
2.4 中医证型与患者病程的相关性	42
3 中医证型与患者的胃镜象的相关性	42
3.1 中医证型与患者胃镜象表现的相关性.....	42
3.2 中医证型与患者胃镜下萎缩程度的相关性.....	43
3.3 中医证型与患者胃镜下形态的相关性.....	43
4 中医证型与患者病理象的相关性	44
4.1 中医证型与患者黏膜病理萎缩程度的相关性.....	44
4.2 中医证型与患者肠上皮化生程度的相关性.....	45
4.3 中医证型与患者上皮内瘤变的相关性.....	46

4.4 中医证型与患者炎症活动度的相关性	46
5 中医证型与患者 Hp 感染程度的相关性.....	47
讨论	48
1 慢性萎缩性胃炎患者的一般资料研究.....	48
2 中医证型与患者一般资料的相关性分析	49
3 中医证型与患者胃镜象的相关性	51
4 中医证型与患者病理象的相关性.....	53
5 中医证型与患者 Hp 感染程度的相关性	55
6 研究的创新性	55
结论	56
问题与展望	56
致谢	60

摘要

目的：通过观察慢性萎缩性胃炎中医证型分布特点和与胃镜象、病理象的关联性，总结规律，为将现代检查手段与中医辨证相结合提供了一定的理论借鉴和临床参考。

方法：本研究选取了 2018 年 1 月～2018 年 6 月于北京市丰台中西结合医院就诊的 120 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象，利用院内自制的观察表，记录患者中医证型、胃镜下特点、性别、年龄、病程、家族史以及既往史情况，同时分析患者的中医证型与性别、年龄、病程、胃镜象以及病理象之间的相关性。

结果：

1.患者的一般资料：（1）性别：120 例患者中，包括男性患者 55 例，女性患者 65 例；（2）年龄：51～60 岁的患者例数高达 48 例，占比 40.00%，其中以 50 岁以上患者例数居多；（3）病程：病程时间为 6～12 个月的患者例数最多为 49 例，占比 40.83%，其次为病程时间＜6 个月的患者，占比 33.33%；（4）中医证型：脾胃虚弱型是慢性萎缩性胃炎患者常见的中医证型，占比 30.83%（37/120），其次依次为肝胃不和型 21.67%（26/120）、胃阴不足型 20.00%（24/120）、脾胃湿热型 18.33%（22/120）以及胃络瘀阻型 9.17%（11/120）。

2.中医证型与患者一般资料的相关性：（1）与性别的相关性：不同中医证型患者的性别相比差异均无统计学意义（ $\chi^2=5.186$ ， $p=0.269$ ），但肝胃不和型的女性患者例数明显高于男性；（2）与年龄的相关性：不同中医证型患者的年龄相比差异有统计学意义（ $\chi^2=20.953$ ， $p<0.001$ ），其中脾胃虚弱型、胃络瘀阻型均以年龄为 60 岁以上患者居多，胃阴不足型和肝胃不和型均以年龄为 51～60 岁患者居多，脾胃湿热型则以 50 岁及以下患者居多；（3）与病程的相关性：不同中医证型患者的病程相比差异无统计学意义（ $\chi^2=0.528$ ， $p=0.971$ ）。

3.中医证型与胃镜象的相关性：（1）与胃镜象表现的相关性：52 例患者的胃镜象均表现为黏膜白相，占比 43.33%，其次依次为血管透见 29.17%（35/120）、黏膜粗糙 16.67%（20/120）以及颗粒增生 10.83%（13/120），各组之间相比差异无统计学意义（ $\chi^2=11.231$ ， $p=0.312$ ）；（2）与胃镜下萎缩程度的相关性：73 例患者的胃镜下萎缩程

度为Ⅰ级，占比 60.83%，42 例患者的胃镜下萎缩程度为Ⅱ级，占比 35.00%，5 例患者的胃镜下萎缩程度为Ⅲ级，占比 4.17%，脾胃虚弱型、胃络瘀阻型、脾胃湿热型和肝胃不和型患者的胃镜下萎缩程度均以Ⅰ级为主，胃阴不足型患者的胃镜下萎缩程度以Ⅱ级为主，各组之间相比差异无统计学意义（ $\chi^2=6.372$ ， $p=0.137$ ）；（3）与胃镜下形态的相关性：77 例患者的胃镜下表现为伴增生，占比 64.17%（77/120），其次依次为伴糜烂 51.67%（62/120）、伴出血 15.00%（18/120）、单纯性 15.00%（18/120）、伴胆汁反流 7.50%（9/120）和伴肥厚 0.83%（1/120），各中医证型均以伴增生为主要胃镜下形态，各组之间相比差异无统计学意义（ $\chi^2=12.724$ ， $p=0.889$ ）。

4.中医证型与病理象的相关性：（1）与黏膜病理萎缩程度的相关性：56 例患者的黏膜病理萎缩程度为中度，占比 46.67%，47 例患者的黏膜病理萎缩程度为轻度，占比 39.17%，17 例患者的黏膜病理萎缩程度为重度，占比 14.17%，不同中医证型患者的黏膜病理萎缩程度相比差异有统计学意义（ $\chi^2=17.850$ ， $p=0.001$ ），两两比较结果显示脾胃虚弱型与肝胃不和型患者的黏膜病理萎缩程度相比差异有统计学意义（ $p<0.001$ ）；（2）与肠上皮化生程度的相关性：57 例患者的肠上皮化生程度为轻度，占比 47.50%，55 例患者的肠上皮化生程度为中度，占比 45.83%，5 例患者的肠上皮化生程度为重度，占比 4.17%，不同中医证型患者的肠上皮化生程度相比差异有统计学意义（ $\chi^2=22.189$ ， $p<0.001$ ），脾胃虚弱型和胃络瘀阻型、脾胃虚弱型和肝胃不和型、胃络瘀阻型和脾胃湿热型患者的肠上皮化生程度相比差异有统计学意义（ $p<0.005$ ）；（3）与上皮内瘤变的相关性：95 例患者的上皮内瘤变结果显示为阴性，占比 79.17%，24 例患者为轻度上皮内瘤变，占比 20.00%，仅有 1 例患者为重度上皮内瘤变，占比 0.83%，不同中医证型患者的上皮内瘤变程度相比差异无统计学意义（ $\chi^2=4.106$ ， $p=0.392$ ）；（4）与炎症活动度的相关性：35 例患者炎症活动度为静止期，占比 29.17%，85 例患者的炎症活动度为活动期，占比 70.83%，不同中医证型患者的炎症活动度相比差异无统计学意义（ $\chi^2=6.920$ ， $p=0.140$ ）。

5.中医证型与患者 Hp 感染程度的相关性：59 例患者为 Hp 阴性，占比 49.17%，39 例患者为 Hp 轻度感染，占比 32.50%，8 例患者为 Hp 中度感染，占比 6.67%，14 例患者为 Hp 重度感染，占比 11.67%，不同中医证型患者的 Hp 感染程度相比差异无统计学意义（ $\chi^2=0.500$ ， $p=0.974$ ）。

结论：慢性萎缩性胃炎患者的中医证型主要以脾胃虚弱型为主，其次为肝胃不和型，胃络瘀阻型占比最低，且不同中医证型年龄分布有差异。从中医证型与患者的病理象关系来看，部分中医证型患者的黏膜病理萎缩程度和肠上皮化生程度存在显著差异，脾胃虚弱型较肝胃不和型更易出现胃黏膜病理萎缩，脾胃虚弱型和脾胃湿热型患者的肠上皮化生程度均以轻度为主，而其它证型则以中度为主。

关键词：慢性萎缩性胃炎；中医；辨证分型；胃镜象；病理象

Absrtact

Objective: By observing the distribution characteristics of TCM syndrome types of chronic atrophic gastritis and the correlation with gastroscopy and pathology, the paper summarizes the law, which provides a certain theoretical reference and clinical reference for the combination of modern examination methods and TCM syndrome differentiation.

Methods: In this study, 120 patients with chronic atrophic gastritis, who were treated in Fengtai Hospital of traditional Chinese and Western medicine from January 2018 to June 2018, were selected as the research objects. Using the self-made observation table in the hospital, the TCM syndrome type, characteristics under gastroscopy, gender, age, course time, family history and past history of the patients were recorded, and the TCM syndrome type, gender, age, course of disease of the patients were analyzed at the same time Correlation among time, gastroscopy and pathology.

Results:

1. General information of patients: (1) gender: among the 120 patients, there were 55male patients and 65 female patients. (2) age: the number of patients aged from 51 to 60 was up to 48, accounting for 40.00%, among which the number of patients over 50 years old was mostly higher. (3) course of disease: the number of patients with duration of 6 to 12 months was up to 49, accounting for 40.83%, followed by patients with duration of less than 6 months, accounting for 33.33%. (4) the TCM syndrome types: weak spleen and stomach type is a common TCM syndrome types of chronic atrophic gastritis patients, accounted for 30.83% (37/120), the second type of disharmony of liver and stomach with 21.67% (26/120), 20.00% (24/120), stomach Yin deficiency type, spleen and stomach syndrome of 18.33% (22/120) and gastric stasis winding resistance type (11/120), 9.17% of patients.

2. The correlation between TCM syndromes and patients' general data: (1) the correlation between gender and gender: there was no statistically significant difference between different TCM syndrome types ($\chi^2=5.186$, $p=0.269$). The number of female patients

with disharmony between liver and stomach was significantly higher than that of male patients. (2) and the correlation of age, compared to patients with different TCM syndrome types of age difference was statistically significant ($\chi^2=20.953$, $p<0.001$), the spleen and stomach weak, gastric stasis winding resistance are in the majority with age of patients over 60, stomach Yin deficiency and disharmony of liver and stomach have the majority with age of 51 ~ 60 patients, spleen and stomach syndrome in patients under 50 years old and is in the majority; (3) correlation with disease course: the age difference of patients with different TCM syndromes was not statistically significant ($\chi^2=0.528$, $p=0.971$).

3. Correlation between TCM syndromes and gastroscopy: (1) correlation with the manifestations of gastroscopy: Gastroscopy like 52 patients characterized by mucosa play, accounted for 43.33%, the second order for blood vessels and 29.17% (35/120), mucosal hyperplasia of rough 16.67% (20/120) and particles (13/120), 10.83%. The differences between the groups were not statistically significant ($\chi^2=11.231$, $p=0.312$). (2) correlation with the extent of gastroscopic atrophy: 73 patients under gastroscopy to I atrophy degree, accounted for 60.83%, 42 patients were under gastroscopy to II atrophy degree, accounted for 35.00%, 5 patients under gastroscopy to III atrophy degree, accounted for 4.17%. The degree of gastroscopic atrophy of the patients with spleen stomach weakness, stomach collaterals stasis, spleen stomach damp heat and liver stomach disharmony was mainly grade I, while the degree of gastroscopic atrophy of the patients with stomach yin deficiency was mainly grade II. There was no significant difference between the groups ($\chi^2=6.372$, $p=0.137$). (3) correlation with gastroscopic morphology: 77 patients showed hyperplasia under gastroscopy, accounting for 64.17% (77 / 120), followed by 51.67% (62 / 120) with erosion, 15.00% (18 / 120) with bleeding, 15.00% (18 / 120) with simplicity, 7.50% (9 / 120) with bile reflux and 0.83% (1 / 120) with hypertrophy. The main pattern was hyperplasia under gastroscopy in TCM syndrome groups. The difference was not statistically significant ($\chi^2 = 12.724$, $p = 0.889$).

4. Correlation between TCM syndromes and pathological images: (1) correlation with the degree of mucosal atrophy: Mucosa pathological degree of atrophy of the 56 patients for

the moderate, accounted for 46.67%, 47 patients, the mucosa pathological atrophy mild accounted for 39.17%, 17 patients with mucosal pathology for severe atrophy degree, accounted for 14.17%, patients with different TCM syndrome types of mucosa pathological atrophy was statistically significant difference in ($\chi^2=17.850$, $p=0.001$). The results showed that there was significant difference in the degree of pathological atrophy between the patients with spleen stomach weakness and those with liver stomach disharmony ($p<0.001$). (2) correlation with intestinal metaplasia: 57 cases of intestinal metaplasia of mild accounted for 47.50%, 55 cases of patients with intestinal metaplasia level is moderate, accounted for 45.83%, 5 patients with a severe intestinal metaplasia, accounted for 4.17%, patients with different TCM syndrome types of intestinal metaplasia level compared with the difference was statistically significant ($\chi^2=22.189$, $p<0.001$). There was significant difference in metaplasia degree of intestinal epithelium between the patients with spleen and stomach weakness and those with stomach collateral stasis, spleen and stomach weakness and liver stomach disharmony, stomach collateral stasis and spleen stomach damp heat ($p<0.005$). (3) and the correlation of intraepithelial neoplasia: 95 patients of intraepithelial neoplasia showed negative, accounted for 79.17%, 24 cases of mild intraepithelial neoplasia, accounted for 20.00%, only 1 patients of severe intraepithelial neoplasia, accounted for 0.83%, patients with different TCM syndrome types of intraepithelial neoplasia degree, there is no statistically significant difference in ($\chi^2=4.106$, $p=0.392$). (4) correlation with inflammatory activity: 35 patients with inflammatory activity as the stationary phase, accounted for 29.17%, 85 cases of inflammatory activity to activity, accounted for 70.83%, compared to patients with different TCM syndrome types of inflammatory activity there was no statistically significant difference ($\chi^2 = 6.920$, $p = 0.140$).

5. The correlation of TCM syndrome type and the degree of the patients with Hp infection: 59 patients with negative for Hp, accounted for 49.17%, 39 patients with mild infection of Hp, accounted for 32.50%, 8 patients for Hp, moderate infection accounted for 6.67%, 14 cases of patients with severe infection of Hp, accounted for 11.67%, compared to

patients with different TCM syndrome types of Hp infection degree there was no statistically significant difference ($\chi^2=0.500$, $p=0.974$).

Conclusion:The TCM syndrome types of chronic atrophic gastritis are mainly spleen and stomach weakness, followed by disharmony of liver and stomach, the lowest proportion of stomach collateral stasis, and the age distribution of different TCM syndrome types are different. According to the relationship between TCM Syndrome Types and pathological features of patients, there are significant differences in pathological atrophy degree of mucosa and metaplasia degree of intestinal epithelium in some TCM syndrome types. The pathological atrophy of gastric mucosa is more likely to occur in spleen stomach Asthenia Type than in liver stomach disharmony type. The metaplasia degree of intestinal epithelium in spleen stomach Asthenia Type and spleen stomach damp heat type is mainly mild, while the metaplasia degree of other syndrome types is mainly moderate.

Keywords: Chronic atrophic gastritis, The doctor of traditional Chinese medicine, Syndrome differentiation, Gastroscopy, The pathological

符号说明

英文缩写	英文全称	中文说明
CAG	Chronic Atrophic Gastritis	慢性萎缩性胃炎
Hp	Helicobacter pylori	幽门螺旋杆菌

文献综述

1 慢性萎缩性胃炎的西医研究

慢性萎缩性胃炎作为临床中的常见病和多发病，主要是指患者胃黏膜腺体由于出现萎缩而减少，或伴有纤维替代以及肠腺化生的一种黏膜慢性炎症。临床中，慢性萎缩性胃炎患者主要以上腹部疼痛、恶心、呕吐、食欲不振等为主要症状，由于其临床症状并无特异性，因此无法根据患者的临床症状进行诊断。

1.1 慢性萎缩性胃炎的流行病学研究

慢性萎缩性胃炎（Chronic Atrophic Gastritis）作为临床中常见的疾病类型，随着近年来其在临床中发病率的不断升高，针对慢性萎缩性胃炎的流行病学研究也日益增多。王暖凤等^[1]通过对黑龙江省大庆市的慢性萎缩性胃炎流行病学特点进行调查，发现在进行胃镜和胃粘膜检查的 2532 例患者当中，共检测 523 例慢性萎缩性胃炎患者，占比 20.66%，其中男性患者 302 例，占比 60.64%，发病年龄主要集中于 51 岁~60 岁，60 岁以后逐渐趋于下降。影响慢性萎缩性胃炎发病的因素主要包括幽门螺旋杆菌感染、吸烟、饮酒、饮食不规律以及水果摄入量低等，说明其与地区的生活和饮食习惯存在较高的关联性。刘京运等^[2]表示，慢性萎缩性胃炎发病随着年龄的增长而不断上升，不同年龄段的慢性萎缩性胃炎发病率也存在一定的差异性，而不同年龄慢性萎缩性胃炎患病的影响因素也存在一定的差异性。目前，国内的慢性萎缩性胃炎检出率约占胃镜总受检人数的 7.2%~13.8%，在胃癌高发地区，慢性萎缩性胃炎的检出率将达到 28.1%。

1.2 慢性萎缩性胃炎的病因

从慢性萎缩性胃炎患者的病因来看，早期针对慢性萎缩性胃炎病因和发病机制的研究中，认为其主要与胆汁反流、胃壁屏障破坏以及遗传等因素相关。戴威娜等^[3]在对慢性萎缩性胃炎的发病原因进行调查时，发现胆汁反流是慢性萎缩性胃炎的主要病因之一，其主要是因为胆汁中包含胆汁酸、胆盐以及溶血卵磷脂等损伤因子，因此会对胃黏膜表面带来不同程度的损害，破坏了胃黏膜中的磷脂以及胆固醇，使细胞的能量代谢受到了干扰，最终加重了胃黏膜的萎缩程度，引发了慢性萎缩性胃炎。Vannella Ldegn^[4]在研究指出，胃壁屏障破坏将引发慢性萎缩性胃炎的发生，由于胃黏膜当中存在表皮生长因子、黏膜屏障以及黏液等防卫因子，因此其可以产生血管扩张的作用，从而对胃黏膜的血流状态起到了改善作用，而一旦胃壁屏障受到破坏，则会导致胃黏膜的损伤因子持续增加，

如长期服用非类固醇类消炎药的患者，非类固醇类消炎药抑制黏膜前列腺素的合成，对黏膜的血液循环产生影响，最终形成慢性萎缩性胃炎。Adamu M A 等^[5]也发现，慢性萎缩性胃炎的发病机制与胃粘膜损伤因子以及胆汁反流具有明显的关联，其指出胃粘膜损伤因子由于作用于胃粘膜，会导致患者出现炎症反应，酗酒、刺激性食物以及抗炎药物的使用等因素均会造成胃粘膜损伤；在胆汁返流的影响中，由于患者出现幽门括约肌失调以及幽门受损等因素，导致患者胆汁返流，进一步造成胃泌素的释放，并且胃泌素会抑制括约肌收缩，加重胆汁返流症状，造成恶性循环，最终产生萎缩性病变。

随着针对慢性萎缩性胃炎研究的不断深入，大量研究学者逐渐发现慢性萎缩性胃炎的发病主要与年龄、饮食、遗传以及环境和幽门螺旋杆菌等因素相关。Zhu,S^[6]中指出，慢性萎缩性胃炎与营养因子的缺乏及胃粘膜循环的改变具有明显的关联，营养因子主要包括表皮生长因子、尿抑胃素以及胃泌素，其对于人体的胃粘膜具有保护作用，如果人体缺乏营养因子，将会导致胃粘膜的萎缩；同时维生素 B 族的缺乏同样会导致胃粘膜的萎缩。在微循环方面，萎缩性胃炎患者的胃粘膜血流量会呈现降低的趋势，胃粘膜血流量会促进新陈代谢以及营养物质的供应，在胃粘膜缺血的情况下，其不能有效的运用体内能量，会造成氢离子的堆积，进而造成胃粘膜上皮细胞的损伤，同时会造成腺体的萎缩，从而诱发疾病。王圆圆等^[7]中指出，慢性萎缩性胃炎的发病机制与年龄以及遗传因素具有明显的关联，在年龄因素方面，疾病多发于中年患者，且发病率呈现不断提升的趋势。另外，随着年龄的增长，幽门螺杆菌会呈现不断升高的趋势，其是造成患者发病的重要原因之一。在遗传因素的影响方面，慢性萎缩性胃炎患者的第一代亲属发病率较高，其可能与遗传基因具有明显的关联。

目前大量研究学者针对病因进行了研究和分析，其中被广泛认证的病因之一即为幽门螺旋杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp）感染。Malcolm Boyce^[8]认为慢性萎缩性胃炎与幽门螺杆菌具有明显的关联，并且对幽门螺杆菌的研究进展进行分析，在 1983 年，Warren 从人体胃粘膜中培养出幽门螺杆菌，证实其与慢性活动性胃炎具有明显的关联。在 1994 年，世界卫生组织将幽门螺杆菌列为致癌原，同时作者在对 150 例患者的研究中发现，幽门螺杆菌与患者腺体萎缩程度具有明显的关联，且认为其发病机制主要表现在以下几点：（1）幽门螺杆菌属于螺旋状，其可以穿过黏液层，充分的与粘膜上皮细胞接触；（2）幽门螺杆菌代谢产物具有较高的尿素酶活性，可以产生氨和氢氧化铵，毒性侵蚀胃粘膜上皮细胞；（3）幽门螺杆菌具有细胞毒基因，胃检中发现，患者 IL-1 和 IL-8 的

表达水平增高；（4）幽门螺杆菌会导致患者出现高胃泌素血症，增大患者细胞的转变机率；（5）幽门螺杆菌感染后会诱导机体产生免疫反应，加重胃粘膜的炎症。吴育美等^[9]在研究中指出，Hp 与慢性萎缩性胃炎存在密切的关系，且 Hp 与胃黏膜腺体的萎缩以及肠上皮化生甚至是胃癌的发生均存在一定的相关性；通过对 Hp 感染与慢性萎缩性胃炎关系的深入性分析，认为多数慢性胃炎患者在胃窦粘液层接近上皮细胞的表面，有大量的 Hp 存在；Hp 属于非侵袭性细菌，一般会定植在胃上皮细胞表面或是十二指肠上皮细胞表面，在医学技术的更新与发展下，Hp 致慢性萎缩性胃炎的机制，主要体现在 Hp 所包含的细胞空泡毒素、细胞毒素相关基因，两种毒性因子为分泌型蛋白毒素，空泡毒素与被感染胃上皮细胞的腐蚀程度有关；因此，该毒素与消化性溃疡、萎缩性胃炎等疾病的发生有相对密切的关系；细胞毒素阳性的 Hp 感染者，发展成慢性萎缩性疾病是正常人的 2 倍。Chen X Z^[10]从人的胃黏膜当中培养出了一定数量的 Hp 菌株，且发现菌株与慢性活动性胃炎存在较高的相关性，而从后续的研究中也发现，Hp 是诱发慢性活动性胃炎的主要因素，其主要是因为 Hp 为螺旋状，其结构为鞭毛结构，这种结构会导致细菌可以快速穿过机体的胃腔粘液层，从而与黏膜上皮细胞接触和定植。罗琴等^[11]学者发现，Hp 所产生的代谢产物以及毒性酶均伴有较高的尿素酶活性，其可以迅速促进尿素的分解，从而产生氨以及氢氧化铵，二者均会对胃黏膜上皮细胞产生直接毒性作用，最终造成细胞空泡变性，减少了胃黏膜腺体所分泌黏蛋白的含量，Hp 所产生的蛋白酶以及磷脂酶等均可以对胃粘液的主要成分粘液糖蛋白产生降解作用，导致黏液层的完整性受到了影响，影响了胃黏膜自身的粘液屏障，提高了胃黏膜与其他有害物质接触的风险，从而诱发慢性萎缩性胃炎。张佑红^[12]在报道中选取了 600 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象，针对患者的 Hp 感染情况进行了调查，结果发现胃镜下表现为黏膜为颗粒状或结节状患者的 Hp 感染率显著高于胃镜下表现以黏膜白相以及有血管暴露表现的患者，证实 Hp 感染与慢性萎缩性胃炎患者的胃镜下形态也存在一定的相关性。Campana D^[13]表示，Hp 虽然可以作为慢性萎缩性胃炎的主要病因之一，但却不能作为唯一的致病因素，慢性萎缩性胃炎的病因还包括患者的饮食习惯、自身的免疫因素、遗传因素以及体质因素等，部分长期从事金属接触工作的人群慢性萎缩性胃炎的发病率也相对较高。

1.3 慢性萎缩性胃炎的诊断

在慢性萎缩性胃炎疾病治疗前,采用科学合理的方式,实现对疾病的诊断,是提升疾病后期治疗水平的重要基础和前提。由于慢性萎缩性胃炎发病后,初期的症状表现无特征性,所以极容易出现漏诊、误诊的现象。《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[14]指出,结合患者临床表现及胃镜、病理等相关检查可进行慢性萎缩性胃炎诊断。

目前临床中对于慢性萎缩性胃炎的诊断方法较多,实验室检查、病理检查、胃镜检查,均是慢性萎缩性胃炎的重要检查方法。在实验室检查中,通过胃液分析的方式,可从低酸、无酸等方面,实现对疾病的诊断;在胃蛋白酶原测定方面,胃蛋白酶原由主细胞分泌,若患者有萎缩性胃炎疾病时,患者血液和尿液中的胃蛋白酶原含量将会减少,血清 pG I、pG I/pG II 降低,结合血清 Gastrin-17 测定可以判断萎缩的部位,胃体萎缩者血清 pG I、pG I/pG II 降低,而胃窦萎缩者,血清 Gastrin-17 降低,全胃萎缩者, pG I、pG I/pG II 及结合血清 Gastrin-17 均降低^[14]。

据胃镜所见结合病理检查结果,可作出萎缩范围和程度的诊断。慢性萎缩性胃炎内镜表现为粘膜红白相间,以白为主,皱襞变平甚至消失,粘膜血管显露,粘膜颗粒或结节状等基本表现。高清内镜结合放大内镜可使胃粘膜观察更为精细,能观察到胃小凹结构,采用 NBI、FICE、激光共聚焦显微内镜等检查对慢性胃炎的诊断和组织学变化分级具有较好的价值。

针对慢性萎缩性胃炎的诊断方法,不同的学者从其自身认知情况,展开了对慢性萎缩性胃炎诊断方法的研究。Wei W^[15]在报道中提到,慢性萎缩性胃炎患者在患病初期并无特异性的临床表现,因此很难引起患者的高度重视,影响了疾病的及时诊断和治疗。目前,临床中针对慢性萎缩性胃炎的诊断主要以胃镜检查 and 病理检查为主,胃镜检查主要观察患者胃黏膜的颜色以及黏膜的下血管透见情况、皱襞情况以及是否存在黏膜表面粗糙不平或有颗粒状和结节状。何美桂^[16]在报道中选取了 100 例接受胃镜检查且被诊断为慢性萎缩性胃炎患者的临床资料作为研究对象,针对患者的胃镜诊断结果与病理结果进行了对比分析,结果发现胃镜诊断与病理诊断的诊断符合率达到了 84%,且当患者的胃镜象表现为黏膜粗糙、血管透见、红白相间且以白相为主时,其诊断符合率最高,而这也为胃镜检查在慢性萎缩性胃炎临床诊断的广泛应用和推广奠定了基础。

近年来,随着胃镜检查在临床中的广泛应用,部分研究学者发现相较于胃镜检查,采取其他血清检测的方式不仅可以缩短检测时间,同时也可以减少胃镜对机体带来的损伤。惠文佳等人^[17]在临床中针对血清胃蛋白酶原检测与胃镜检查在慢性萎缩性胃炎中的临床诊断效果进行了对比分析,结果发现血清胃蛋白酶原(pG) I、pG II 水平及 pG I /pG II 比值(pGR)与胃镜检查的灵敏度分别为 66.0%、67.0%、74.8%,特异度分别为 62.7%、77.5%、80.4%,pGR 的诊断效果与胃镜诊断相比差异并无统计学意义,但 pGI 的诊断效果则显著低于 pGR 和胃镜诊断。孙雪飞^[18]分别研究了血清胃蛋白酶原与胃泌素在慢性萎缩性胃炎中的诊断价值,结果发现血清 pG 与 G-17 的异常表达在慢性萎缩性胃炎的诊断中发挥出了较好的诊断效果,但在临床中应当结合患者的胃镜或病理活检进一步明确检查结果,而患者是否伴有 Hp 感染也将对检查结果产生一定的影响。

1.4 慢性萎缩性胃炎的治疗

目前西医针对慢性萎缩性胃炎的治疗,主要以对症治疗为基本原则。Campana D 等^[19]在针对慢性萎缩性胃炎的治疗原则进行分析时,认为目前西医针对慢性萎缩性胃炎的治疗主要以对症治疗为主,即根据患者的临床症状不同,采取不同的方式对患者进行治疗,以此来缓解患者的临床症状,改善患者的生活质量,通过对患者胃黏膜病变的情况的改善,加强对患者的定期监测和诊断,以此来阻断疾病的恶变发展,为患者的疾病预后改善产生积极的影响。临床中,针对慢性萎缩性胃炎的治疗主要以一般治疗、抗 Hp 感染治疗、药物治疗、及手术治疗。

一般治疗,以消除发病诱因为主。保持心情舒畅、乐观;养成良好生活习惯,戒烟戒酒,避免进食辛辣刺激、腌制以及不新鲜食物;注意饮食卫生,避免幽门螺旋杆菌感染;避免药物对胃粘膜刺激,尤其是非甾体类抗炎药物等。

针对抗幽门螺杆菌的治疗方面,主要以阿莫西林、克拉霉素、铋剂、质子泵抑制剂为基础的三联、四联方案为主。安贺军^[20]在研究中认为,对于慢性萎缩性胃炎合并幽门螺杆菌的治疗,可以采用抗幽门螺杆菌的治疗方式,其在对 172 例患者的治疗中,对患者进行 1 年的随访,发现根除幽门螺杆菌的患者慢性萎缩性胃炎的发病率明显较低。韦曙霞^[21]针对叶酸联合抗幽门螺杆菌在慢性萎缩性胃炎中的治疗效果进行了研究,并选取了 100 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象,结果发现叶酸联合抗幽门螺杆菌可以有效提高慢性萎缩性胃炎患者的临床治疗效果。吴育美等^[22]研究学者针对呋喃唑酮与替硝唑分别联合奥美拉唑、左氧氟三联对老年 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的幽门螺旋杆菌根除

率进行了比较, 结果发现呋喃唑酮联合奥美拉唑、左氧氟的三联方案可以有效提高清除慢性萎缩性胃炎患者体内的幽门螺杆菌临床治疗效果。吴素江^[23]在报道中随机选取了 200 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象, 随机将其分为观察组和对照组, 对照组使用阿莫西林、克拉霉素以及雷贝拉唑进行治疗, 观察组在此基础上联合康复新液进行治疗, 结果发现观察组的治疗效果得到了显著的提升, 且治疗后的并发症发生率相对较低, 有利于改善患者的胃黏膜萎缩以及肠上皮化生等症状, 为阻止慢性萎缩性胃炎的癌前病变产生了积极的影响。孙艳玲^[24]选取了 68 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象, 分别接受阿莫西林联合果胶铋治疗和克拉霉素联合果胶铋治疗, 结果显示观察组的治疗总有效率为 87.5%, 且患者的症状好转时间以及不良反应发生率等均明显低于对照组, 说明阿莫西林联合果胶铋可以在慢性萎缩性胃炎患者的治疗中发挥出较好的治疗效果。

其它药物治疗方面: 在针对胃黏膜细胞增生的抑制治疗方面, 刘晶晶^[25]指出对于慢性萎缩性胃炎患者的治疗, 可以采用维甲酸, 其属于抵抗有丝分裂的药物, 可以抑制胃粘膜细胞的增生, 在试验中发现, 维甲酸可以治疗胃粘膜上皮化生, 并且其可以抑制 SGC-7901 细胞的生长, 临床实验表明, 其最大抑制率可以达到 52.7% 左右。周琦等^[26]发现辣椒素也可以实现对慢性萎缩性胃炎的有效治疗, 通过辣椒素在慢性萎缩性胃炎大鼠体内的研究实验, 发现辣椒素在进入人体后, 可以对胃黏膜产生较好的保护作用, 从而有效抑制胃黏膜细胞增生, 其可能是因为辣椒素通过与香草酸受体亚型 I 的结合, 从而激活了与受体相连的膜离子通道, 神经元及其纤维、上位细胞等均释放出内源性的保护物质, 从而发挥出了对胃黏膜细胞生长的抑制作用。

在对抗细胞凋亡的治疗方面, 史佳宁^[27]中指出对于慢性萎缩性胃炎的治疗, 采用 β -胡萝卜素, 可以提升患者的治疗效果。其主要是由于疾病的发病机制与细胞凋亡存在明显的关联, 在患者细胞凋亡的情况下, 会造成细胞增殖减少, 继而会降低胃癌的发病率。其在运用 β -胡萝卜素的治疗中, 发现其可以有效的改善患者的慢性萎缩性胃炎症状, 并且有效率达到 78% 以上, 内镜下行手术治疗慢性萎缩性胃炎, 可以有效的预防胃癌的发生。Wang X 等人^[28]选取了 78 例慢性萎缩性胃炎患者, 所有患者均为 Hp 感染阴性, 对患者使用叶酸和维生素 B₁₂ 进行治疗, 结果发现患者的治疗效果相对较高, 且患者经治疗后, 临床症状以及组织学变化均得到了显著的改善, 有利于患者的身体健康恢复。

此外,在慢性萎缩性胃炎治疗中,也可根据患者的实际情况,通过改善患者胃动力、减轻胆汁反流的方式,实现对疾病的治疗。首先,消胆胺药物。该药物在学术领域中也称之为考来烯胺,可在肠道与胆汁酸结合,形成螯合物,伴随粪便排出体内;而且应用此种药物后,所排出的胆酸量是正常排量的至少 3 倍。其次,硫糖铝药物。该药物在学术领域中也称之为胃溃宁,可与胃蛋白酶结合,实现对胃蛋白酶活性的抑制,且能快速与胃粘膜的蛋白结合,形成保护膜;可快速与胆汁酸、溶血卵磷脂结合,实现对胆汁反流的治疗。最后,铝碳酸镁。该药物作为新型的结合胆酸药物,可在酸性环境中快速与胆汁酸结合,从而有效减少胆汁酸对胃粘膜的损害,并不会影响胆汁酸在肝肠的循环。赵国伟等^[29]研究学者将 96 例慢性萎缩性胃炎患者纳入研究中,分别使用铝碳酸镁混悬剂和铝碳酸镁混悬剂联合胃炎 I 号方进行了治疗,结果发现观察组的治疗总有效率达到了 95.8%,且患者治疗后的症状积分均明显低于对照组,说明两种药物的有效联合对临床治疗效果的提升产生了积极的影响,可以有效改善患者的临床症状,具有较好的临床应用价值。

在医学临床中,手术治疗是慢性萎缩性胃炎的方式之一。手术治疗指征的掌握,对于手术效果的提升具有重要的影响。万晓梅^[30]在研究中分析了慢性萎缩性胃炎手术治疗的指征及其必要性,研究认为对慢性萎缩性胃炎确诊后可在内镜的直视下进行手术治疗,而常用的手术治疗方式为黏膜剥离术和黏膜切除术。此两种手术属于创伤性治疗,具有一定的危险性,且手术后的复发概率也较高。根据对内镜黏膜下剥离术应用的分析,临床具有争议性。为此应严格掌握手术指征,认为单纯灶状的中度和重度异性增生,是否需要接受手术治疗,是临床医生需要根据患者实际情况进行综合考虑的,需要考虑的具体手术指征包括患者的年龄、病程、胃粘膜状态等;部分患者在手术后复发萎缩性胃炎时,并不一定会在原位复发;此种复发现象,进一步提示了患者体质的重要性,若患者体质不改变,此种疾病的内在生存环境也将不会改变,无法有效根治慢性萎缩性胃炎,也就增加了胃癌的发生风险。因而,建议慢性萎缩性胃炎患者在进行手术治疗前,要在医生的指导下检查身体,从临床指征角度明确患者是否适合做手术。

1.5 慢性萎缩性胃炎的疗效评价

在慢性萎缩性胃炎治疗中,对疾病治疗疗效的评价,是评价治疗方法作用的重要依据。王东旺^[31]通过对慢性萎缩性胃炎疗效评价指标的分析,认为病理组织检查是慢性萎缩性胃炎疗效评价的金标准。上述学者在研究中同时指出,慢性萎缩性胃炎的萎缩程度,

呈现出分布不均匀的现象；所以临床中基本上很难做到对特定病灶的监测。在疗效评价时，可行胃黏膜定标活组织检查，将上述组织检查技术应用到胃黏膜定标的活组织检查中，能够有效对活组织检查部位进行标记与定位；同时获取与活组织检查的相关材料，对可疑病变进行相对精准的定位，提高疗效的评价，以助慢性萎缩性胃炎患者长期复查；就慢性萎缩性胃炎的定标部位而言，其主要的定标部位是胃窦小弯、胃体小弯等。

综上所述，从西医角度来看，慢性萎缩性胃炎的发病与幽门螺杆菌、年龄、生活环境等多种因素相关，患者的临床症状主要以上腹部疼痛、胀满、嗳气、食欲不振等消化症状为主，针对慢性萎缩性胃炎的临床诊断主要以胃镜诊断和病理学诊断为主，同时遵循对症治疗的基本原则，给予患者基础、对症治疗。Zagari R M^[32]认为，针对慢性萎缩性胃炎患者的治疗应当以患者的临床症状以及 Hp 感染情况选择有效的治疗方案，并在治疗期间叮嘱患者保持良好的饮食规律，避免进食辛辣、刺激的食物，而对伴有 Hp 感染的患者，应当接受抗 Hp 感染治疗，在增加患者黏膜营养的同时，提高临床治疗效果。

2 慢性萎缩性胃炎的中医研究

2.1 慢性萎缩性胃炎的病因及病机

慢性萎缩性胃炎在中医中并无明确的病名，在中医的范畴中，可以将其划分为痞满、胃痛、嘈杂以及腹胀等范畴。

“痞满”最早可追溯至《黄帝内经》中的“备化之纪，其病否”和“卑监之，其病留满瘕塞”，其中的“否”即为“痞”。在《伤寒论》中指出，胃中不和，心下痞硬，提出了慢性萎缩性胃炎的病因。在张景岳的《景岳全书 痞满》中提到“怒气暴伤，肝气未平而痞”，可见慢性萎缩性胃炎与七情失调具有明显的关联；在先天禀赋不足方面，其同样对疾病具有明显的影响，其主要是由于患者存在脾胃元气素虚，在《黄帝内经》中具有“胃不实”的记载。《脾胃论》中指出“老弱元气虚弱，饮食不消，脏腑不调，心下痞闷”。《素问 宣明五气篇》指出，“久卧伤气，久坐伤肉”，安逸过度会导致患者出现气血不畅，继而造成脾胃元气亏损，进而诱发为痞满。在外感邪气方面，中医认为风寒暑湿燥火属于邪气，对于脾胃具有明显的损伤，且会造成患者出现痞满。在《伤寒论》中指出“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞，按之自濡，但气痞耳”。

慢性萎缩性胃炎也属于“胃脘痛”的范畴，而胃脘痛的发生主要是由于受到了六淫外伤、情志不畅、饮食不节以及素体脾虚等因素影响，造成了机体胃气阻滞、胃失和降，不通则痛。随着传统中医学的快速发展，大量国内外研究学者针对慢性萎缩性胃炎的中医病因及病机进行了研究，并发现其可以总结为以下几方面：第一，外感风邪。《伤寒论》中有记载，“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞。按之自濡，但气痞耳”，邱智辉等^[33]在相关研究中指出，外感风邪会对机体的脾胃运行产生阻碍，而外感邪盛、正气不足，将会导致机体无力抗邪，邪气直中于里，脾胃纳化失和，最终形成痞满，诱发慢性萎缩性胃炎。第二，饮食失调。Dai Y 等^[34]国外研究学者认为饮食失调是诱发慢性萎缩性胃炎的主要病因，其主要是因为一旦人存在饮食过于生冷、过饥过饱或挑食等饮食习惯时，均会导致脾胃受损，胃部无法收纳，导致脾失运化，而生冷食物会导致脾胃阳气受损，肥甘厚味的食物会助湿产热，最终造成机体中焦运化失常，并出现痞满、纳呆等症状。第三，情志失调。杨义^[35]在对慢性萎缩性胃炎患者进行分析时，发现情志失调也将成为诱发疾病的主要病因，其主要是因为忧思可以伤脾，而怒气可以伤肝，七情六欲的变动均会对机体产生影响，临床经验表明，过度思虑会导致脾部受到影响，最终导致肝脾失调，情绪抑郁或者愤怒也将对肝脏产生影响，而脾胃气机失调，则发为本病。

从病机来看，慢性萎缩性胃炎的主要病位在胃，且与脾、肝密切相关，叶天士的《临证指南医案》中提出：“太阴湿土，得阳始运，阳明燥土，得阴始安。”其认为食用辛辣的食物，将会导致肝胃郁热，湿热中阻将会导致胃阴受灼，对胃黏膜产生了影响，导致腺体出现萎缩并减少。慢性萎缩性胃炎患者在发病后，存在肝主疏泄以及肝气条达失调等症状，孙青等^[36]人指出脾胃亏损是造成患者出现疾病的重要因素，脾胃是人体后天的根本，是气血的源头，如果患者出现脾胃亏损，则会造成气血生化缺乏源头，长此以往，必然会造成胃粘膜的萎缩。在作者对 362 例患者的研究中发现，对患者进行辨证分型，可以确定疾病的病机以及证型，认为脾胃虚弱是疾病发生的重要因素之一。同时从微观的角度而言，脾胃虚弱，会造成气血生化缺乏源头，难以滋养胃粘膜，继而容易导致患者出现腺体萎缩性病变。另外，孙青在研究中指出，患者气滞、食积以及痰湿均会诱发疾病，痞满属于以脾胃亏损为主的疾病，患者病程增加，会耗损脾胃的元气，造成脾胃功能异常，会加重食积和痰湿的症状，其认为痞满具有虚实错杂的特点，在治疗中，应该以扶正祛邪以及标本兼治的原则为主。从慢性萎缩性胃炎的病机来看，虽然痞满的发

病位置于胃，但其却与肝脏、脾等器官的病理性变化均存在一定的相关性。谢坤鹏^[37]在报道中指出，慢性萎缩性胃炎的病机主要表现在脾胃气机运化失常，病机具有虚实夹杂、寒热交错的主要特点，标本虚实，本虚则为脾胃亏虚，导致胃络失养，标实则为食积、痰阻、热郁，长期结聚成积，成为慢性萎缩性胃炎的发病病机。宗湘裕等人^[38]认为，脾胃虚衰、胃阴亏损是导致慢性萎缩性胃炎的主要病机，久病不愈、疲劳过度等均是导致脾胃虚弱的主要因素，而脾胃作为气血生化的主要来源，脾虚则会导致无力，造成气血亏虚，胃腑失养，日久而造成胃膜渐萎。Luo Y^[39]也指出，由于胃为阳腑，顾喜濡润，恶干燥，当阴津不足时，则会导致胃腑失养。

黄雅慧等^[40]人指出，血瘀是造成患者诱发疾病的重要病机，其主要是由于患者疾病周期较长，并且具有反复的特点，会逐渐影响患者的经络以及气血。在临床研究中，作者对大鼠进行实验，采用中药制剂阻癌胃泰来进行治疗，发现活血化瘀的成分可以抑制胃粘膜的损伤，改善临床组织病变。在《医林改错》中“元气既虚，不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”。可见，血瘀也是造成患者出现痞满的重要病因之一。

2.2 慢性萎缩性胃炎的辨证分型

Liu Y^[41]在对慢性萎缩性胃炎的中医辨证施治进行研究时，选取了 86 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象，通过采取中医四诊的方式对患者进行了辨证分型，并根据患者的中医证型不同采取了不同的治疗方式，结果发现各证型患者的治疗效果均达到了 90% 以上，说明通过采取辨证论治的方式，可以有效提高慢性萎缩性胃炎的临床治疗效果，且治疗安全性相对较高。杨旭峰^[42]认为，慢性萎缩性胃炎作为临床中常见的消化道疾病类型，其主要以胃黏膜腺体萎缩为临床症状，且大部分患者均合并中重度的肠上皮化生，严重时进展为胃癌，其通过对 80 例慢性萎缩性胃炎患者的辨证施治，将其分为了脾胃虚弱型、胃阴不足型、肝胃不和型、脾胃湿热型以及胃络瘀血型，分别使用益气和胃健脾方、清热生津补胃养阴方、疏肝健脾方、清热醒脾和中化湿方以及活络行气养血方进行治疗，结果发现患者的临床治疗效果观察组显著高于对照组，说明中医辨证施治对于患者的症状改善产生了积极的影响。王水琴等人^[43]在对慢性萎缩性胃炎患者的辨证论治进行研究时，将其分为了肝胃不和证、脾胃虚弱证、胃阴亏损证、气滞血瘀证以及郁热证，并发现根据患者的证型不同，应当采取不同的中药方剂进行治疗才能发挥出最好的治疗效果。赵洪武^[44]在报道中选取了 50 例患者，将其分为脾胃虚弱型、脾胃湿热型、胃阴亏虚型、气滞血瘀型、肝胃不和型，并分别使用不同药方进行了治疗，结果发现患

者的治疗总有效率达到了 92%，且治疗后仅有 2 例患者复发，进一步体现出了中医辨证论治在慢性萎缩性胃炎中的治疗价值。Aasarød K M 和 Song R 等人^[45-46]表示，中医认为慢性萎缩性胃炎属于“胃脘痛”“痞满”的范畴，在采取中医辨证施治的过程中，应当根据患者的证型不同制定不同的用药方案，比如针对脾胃虚弱型患者，应当以和中化湿、清热醒脾为治疗原则，针对肝胃不和型患者，应当以理气活血、和肝疏胃为治疗原则，针对气滞血瘀型患者，则应当以疏肝理气、活血化瘀为治疗原则。秦松林等^[47]学者在相关研究中针对近年来有关慢性萎缩性胃炎中医辨证论治的文献资料进行了搜集，结果发现临床中常见的中医证型包括脾胃虚弱型、肝胃不和型、胃络瘀血型以及胃阴不足型，在对患者进行治疗的过程中，不仅应当结合患者的证型，同时也应当根据患者的四诊结果适当加减用药，才能提高临床治疗效果。

2.3 慢性萎缩性胃炎的中药治疗

王丽等人^[48]表示，慢性萎缩性胃炎是一种常见的消化系统疾病，目前临床中主要以根除 Hp 为主要治疗思路，因此其选取了 76 例患者作为研究对象，分别使用维酶素片和维酶素片联合加味半夏泻心汤进行了治疗，结果发现患者的治疗组总有效率达到了 94.74%，且治疗后的 Hp 转阴率达到了 88.57%，说明半夏泻心汤在慢性萎缩性胃炎的治疗中具有较好的应用价值。傅念生^[49]在报道中针对 78 例慢性萎缩性胃炎患者的临床资料进行了分析，结果发现使用中药摩罗丹治疗患者的总有效率明显高于使用法莫替丁糖衣片治疗的患者，且从患者的不良反应发生情况来看，使用摩罗丹治疗的患者均未出现严重的不良反应，说明中药摩罗丹在慢性萎缩性胃炎的治疗中发挥出了较好的临床治疗效果。王雪梅^[50]选取了 76 例患者作为研究对象，随机将其分为观察组和对照组，前者使用加味香砂六君子汤进行治疗，后者使用维酶素片进行治疗，结果发现观察组的治疗总有效率达到了 92.1%，而对照组仅有 65.8%，说明加味香砂六君子汤在慢性萎缩性胃炎的治疗中具有较好的应用价值。杨韶华^[51]在报道中使用清胃活血丸对慢性萎缩性胃炎患者进行了治疗，并发现清胃活血丸可以发挥出清热祛湿、行气活血等功效，在慢性萎缩性胃炎的治疗中发挥出了确切的治疗效果。高雪松^[52]以萎胃复元汤为药物，针对 56 例慢性萎缩性胃炎患者进行了随机对照分组治疗，结果发现使用萎胃复元汤治疗患者的临床治疗总有效率达到了 96.43%，且患者的临床症状改善时间以及不良反应发生率均低于对照组，说明萎胃复元汤可以有效改善患者的临床症状，且具有较好的治疗安全性，发挥出了较好的治疗效果。

中医药治疗在慢性萎缩性胃炎中的应用,具有突出性的优势。魏玮^[53]在研究中,针对慢性萎缩性胃炎的中医药治疗优势展开了分析。其认为,中医药治疗疾病的优势,主要可概括为四个方面。其一,辨证论治下的个体化治疗优势。通过对慢性萎缩性胃炎的分析,其属于长期发展过程。在疾病治疗期间,容易受到饮食、情绪等因素的影响,导致病情反复。因而,结合疾病的病理分期和胃镜检查结果,对患者实施分阶段的辨证性治疗,比如活血化瘀、健脾益气等,可有效突出中医药治疗疾病的优势。其二,特效中药的治疗优势。在疾病进展期间,合并上皮内瘤变是胃癌前病变的重要表现。结合此种现象,给予针对性的特效中药,比如白花蛇舌草、三七和丹参等,均可有效实现对慢性萎缩性胃炎肿瘤细胞的抑制。其三,标本兼治的优势。作为本虚标实病,慢性萎缩性胃炎的主要治疗方式为食疗,且注重对疾病的预防。根据中医标本兼治的理念,发挥中药特效互补性的作用,改善患者的体质,从而达到治疗目的。其四,中医药治疗的毒副作用小。中医药可以从部分角度改变病理,降低毒副作用的同时,实现对患者长期治疗,其中以中医药加减方的优势最为突出。

综上所述,慢性萎缩性胃炎作为临床中发病率相对较高的消化内科疾病,近年来针对慢性萎缩性胃炎诊断及治疗研究的不断增多,疾病的临床检出率和治愈率均得到了有效的提升,尤其是近年来传统中医理念的应用和推广,更为慢性萎缩性胃炎的中医治疗工作开展奠定了良好的基础。关于慢性萎缩性胃炎的发病机制、诊断及治疗方法等,国内外学者根据其掌握的相关知识,展开了综合性的探究。本次研究中,根据对国内外关于慢性萎缩性胃炎的西医研究和中医研究,从比较全面的角度上掌握了医学领域中慢性萎缩性胃炎的临床诊断与治疗现状。此外,通过对目前国内外有关慢性萎缩性胃炎的病因、诊断及治疗研究,了解慢性萎缩性胃炎的西医治疗方法、中医治疗方法较多,分析不同治疗方法所取得的治疗效果,发现中医辨证施治是目前治疗慢性萎缩性胃炎的有效途径之一。而患者的中医证型与病理象和胃镜象是否存在一定的相关性,也将为临床治疗方案的选择提供理论依据,为日后慢性萎缩性胃炎的治疗奠定了良好的基础。

3 慢性萎缩性胃炎相关病理概述

3.1 慢性萎缩性胃炎胃镜与病理诊断的符合性研究

谭婷^[54]在研究中,分析了慢性萎缩性胃炎胃镜与病理诊断的符合性。在慢性萎缩性胃炎疾病中,胃镜是重要的检查手段之一。但就慢性萎缩性胃炎疾病的确诊来说,仍主

要依赖于病理组织学检查。上述学者为了明确胃镜与病理检查的相符性，对以往相关研究也展开了调研与分析。通过研究发现，当前我国不同地区慢性萎缩性胃炎的胃镜检查结果与病理检查结果，符合性与一致性并不是十分理想；刘丽娜^[55]通过探讨指出慢性萎缩性胃炎胃镜检查与病理诊断符合率为 76.4%。总结其原因：首先，胃镜检查结果主要是医生根据胃镜的提示，作出的经验性主观判断，对胃镜结果的视觉性判断，可能会对检查的结果产生影响。其次，活组织检查标本量不足。在活组织检查中，选取的组织较浅，其标本量存在明显不足的现象。最后，炎症的影响。当黏膜炎症较为明显时，在大量单核细胞浸润的影响下，腺体被抑制并萎缩，无法用肉眼进行有效的判断和鉴别。为此学者根据《中国慢性胃炎共识意见（2017）》的建议，对于慢性萎缩性胃炎活组织的检查，根据患者的实际病变情况，选择不同部位 2 块或是更多部位的活组织样本进行检查，若胃镜检查结果与病理诊断结果不符时，应以病理诊断作为金标准。

3.2 肠上皮化生分型意义与相关术语应用的研究

在慢性萎缩性胃炎疾病中，肠上皮化生分型对于胃癌的影响较大。慢性萎缩性胃炎患者未得到及时治疗，患者在疾病进展期合并肠上皮化生，极易诱发胃癌。李玲^[56]对肠上皮化生分型的意义展开了分析。临床中采用高铁二胺氧化酶、过碘酸技术，将肠上皮化生进行分型，I 型为完全性肠上皮化生，该型主要是以小肠型化生为主，突出表现为刷状缘的吸收上皮；II 型为不完全性肠上皮化生，该型主要为结肠柱状上皮化生，分泌的主要物质为唾液黏蛋白。在长期的不利环境下，肠上皮化生属于非肿瘤行为改变，但在胃内肠上皮化生部位，遗传学改变较为明显，所以在慢性萎缩性胃炎疾病中，因肠上皮化生发生胃癌的概率仍是较高的。肠上皮化生分布的范围、分级情况，与预后水平具有密切的关系。肠上皮化生分布的范围越广泛、分级程度越严重，发生胃癌的概率越高。此外，在慢性萎缩性胃炎中，其医学术语的使用不够统一，比如高级别、低级别上皮内瘤变、胃上皮内瘤变等。

4 慢性萎缩性胃炎舌象、胃镜象相关性研究

4.1 慢性萎缩性胃炎与舌象关系的研究

舌作为五官之一，与脏腑经络之间有着密切的内在联系，通常把舌分为舌尖、舌中、舌根、舌边等部分，心肺在上，因此舌尖主心和肺的病症；舌中左主胃，右主脾；舌根主肾与膀胱的疾病；舌边左主肝，右主胆。在疾病的发展过程中，舌象就像是一面镜子，

能够迅速客观地反映人体脏腑的虚实、气血的盛衰、疾病的性质、病情的发展以及疾病的预后等。舌质之色既能体现心主血脉的功能，又能反映全身气血是否旺盛。在 2000 多年前的《黄帝内经》中，舌与脾胃的关系就有了详尽的记载：“脾足太阴之脉，入腹属脾络胃，上膈。挟咽，连舌本，散舌下”、“脾气通于口，脾合则口能知五谷矣。上焦出于胃上口……上至舌，下注足阳明”在中医学数千年的发展史中，舌与脾胃的相关性逐步达到了客观化、形象化的程度。如章虚谷所言：“舌苔由胃中生气所现……胃中之生气如地上之微草也，若不毛之地，则土无生气矣”。又如吴坤安所说：“舌之苔，胃蒸脾湿上潮而生，故曰苔”。总之前贤多认为舌皆禀气于胃，苔为胃气所熏蒸，故脾胃病的舌像变化最突出，有舌为脾的外候之说。舌为脾之外候，指舌可以反映脾胃功能的强弱和病变，因脾开窍于口，而舌居口中司味觉，舌与脾胃关系密切。脾胃为后天之本、气血生化之源，舌质的变化能反映出脾胃功能的状态。舌苔为胃气熏蒸所成，脾胃功能失调可见舌之病变，脾肾阳虚表现为舌白娇嫩，脾胃湿热表现为舌色淡红、舌苔黄腻，脾虚表现为裂纹舌、舌淡胖。临床中，许多医学工作者从中医望诊的角度，对慢性萎缩性胃炎疾病进行判断。其中对舌象望诊，依据舌象的具体颜色和舌苔情况，可实现对疾病的诊断。

刘越洋^[57]对 150 例慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生和异型性增生的患者的舌象进行研究，发现慢性萎缩性胃炎伴轻度肠上皮化生患者典型的舌象为舌象为舌淡红有齿痕或胖嫩，舌苔多为腻苔；重度肠化生的典型舌象为舌暗红、有裂纹、少苔；中重度异型增生患者的典型舌象为舌暗红、舌面多有裂纹、花剥苔。说明舌象在慢性萎缩性胃炎癌前病变不同病理分型中有特异性表现，可作为早期诊断该病的客观指标。方华珍等^[58]针对舌诊在慢性萎缩性胃炎辨证诊疗中的价值进行了分析，结果发现在所选取的 102 例慢性萎缩性胃炎患者中，不同证型患者的舌象变化也存在一定的差异性，脾胃虚弱型患者的舌象主要以淡白舌为主，脾胃湿热型患者的舌象主要以红舌为主，胃阴不足型患者的舌象主要以红舌或红绛舌为主，肝胃不和型患者的舌象主要以淡红舌为主，胃络瘀血型患者的舌象多以暗舌为主；从舌苔来看，薄白苔多见于早期或恢复期，舌苔黄腻或变为灰黑苔，同时也可以提示病情严重。刘兴山等^[59]选取了 287 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象，针对不同舌质和不同舌苔患者的幽门螺杆菌感染情况进行了比较，结果发现患者的舌质主要以淡红舌和暗红舌为主，舌苔主要以薄黄苔为主。其中，暗红舌和紫暗舌

的幽门螺杆菌感染率相对较高，而黄腻苔的幽门螺杆菌感染率达到了 88.89%，说明舌象与慢性萎缩性胃炎患者的辨证和幽门螺杆菌感染均存在较高的关联性。

上述学者在研究中指出，根据对舌象的观察，可一定程度上判断胃黏膜的病变情况及慢性萎缩性胃炎的证型。不同慢性萎缩性胃炎患者，其所表现的舌象也不尽相同。单纯慢性萎缩性胃炎的患者，其舌颜色表现以红舌是最为常见的，淡红舌次之，而酱红舌与淡白舌是相对来说少见的；舌苔表现为：白厚苔、薄苔、黄厚苔最为常见。此外，慢性萎缩性胃炎患者合并疾病的不同，其舌颜色的表现也存在明显差异，慢性萎缩性胃炎合并糜烂的患者，暗红舌最多；慢性萎缩性胃炎合并胆汁反流的患者，红舌最多；单纯慢性萎缩性胃炎的患者，舌形多为胖大舌，相对应对舌苔为薄白苔，伴有胆汁反流患者的舌形多为瘦薄舌，相对应的舌苔为黄腻苔。

4.2 慢性萎缩性胃炎胃镜象与中医证型、舌象的关系研究

中医辨证是在中医理论的指导下，根据患者的临床资料以及临床症状进行准确的概括，以此来确定证候，而胃镜诊断是以患者的胃粘膜形态学改变以及活检的病理学诊断为依据，与患者的症状高度相关，同时也是中医传统诊断方法的现代化延伸，符合中医辨证的基本思路。因此，随着内镜技术在临床中的广泛应用，也应当加强胃镜诊断和中医辨证关系的深入研究和探讨，形成统一的辨证治疗规律，以此来提高临床诊断和治疗效果。

杨印智等^[60]选取了 120 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象，针对患者胃镜表现和中医辨证分型的关系进行了研究，并将患者分为了肝胃不和型、脾胃湿热型、脾胃虚寒型、胃阴不足型和胃络瘀血型，其中由于胃络瘀血型的患者人数过少，因此不参与组间比较。调查结果显示，慢性萎缩性胃炎患者胃镜下表现伴增生、伴糜烂的概率是极高的，而单纯性、伴出血、伴胆汁反流、伴肥厚也均有程度不一的分布，且各中医辨证分型与胃镜表现呈现一定的关系。邱智辉等^[61]认为，慢性萎缩性胃炎患者的胃镜表现与中医辨证分型之间存在较高的关联性，不同中医证型的慢性萎缩性胃炎患者胃腺体萎缩程度存在显著差异性，重度胃腺体萎缩主要以瘀证和虚证为主，中度胃腺体萎缩主要以虚实夹杂型为主，轻度胃腺体萎缩主要以实证型为主。程鹏^[62]对 315 例确诊为慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生或不典型增生的进行中医辨证分型，通过观察、比较不同中医分型患者的胃黏膜病理表现，发现脾虚气滞型慢性萎缩性胃炎患者最多见，其次依次为脾胃虚寒型、脾胃湿热型、肝胃不和型、胃阴不足型，频率最低的为胃络瘀阻型，表明慢性萎缩

性胃炎患者的胃黏膜病理表现与中医分型有着密切关系。代二庆^[63]通过对慢性萎缩性胃炎的分析,对胃镜象与舌象的关系展开了探讨,研究认为慢性萎缩性胃炎患者的胃镜象,多呈现出混杂式粘膜出血和水肿,在镜下的显示为红白相间的同时,以红色为主,红色表面附着灰白色的分泌物,仔细观察可见明显的局限性出血点。慢性萎缩性胃炎合并糜烂的患者,其胃黏膜不仅有水肿充血的现象,同时也能够见局部平坦性糜烂;合并胆汁反流的患者,在上述镜像表现的基础上,可见反流液,与炎性反应成正相关,炎性反应越重,反流液越多。随着慢性萎缩性胃炎疾病的进展,患者的舌质将会从红色转为绛色,代表着慢性萎缩性胃炎病程加重。通过对慢性萎缩性胃炎患者胃镜象的观察,胃镜像表现为黏膜出血和水肿的患者,其舌颜色多为淡红色、薄苔;胃镜像表现为黏膜充血、水肿及反流的患者,其舌颜色多为暗红色或青紫色、黄腻苔;胃镜象下患者的黏膜颜色为灰暗色,可见血管及黏膜粗糙,其舌颜色多为暗红色、少苔或是无苔。为此,根据胃镜象、舌象关系的分析,能够明确慢性萎缩性胃炎病情、病程情况,胃镜象表现情况,且患者的舌体、舌苔等也会随之出现相应的病理变化。

4.3 慢性萎缩性胃炎 Hp 与舌象的关系研究

通过对慢性萎缩性胃炎分析,慢性萎缩性胃炎与 Hp 之间存在较为密切的关系。尹丹萍^[64]通过对 Hp 与慢性萎缩性胃炎的分析,进一步探讨了 Hp 与舌象之间的关系;作为慢性萎缩性胃炎的主要病因, Hp 能够引起黏膜上皮细胞的炎性反应,舌象与黏膜病变具有较大的关系。所以,可以从间接上说明慢性萎缩性胃炎下 Hp 感染,与舌象也有一定的关系。通过对慢性萎缩性胃炎 Hp 感染患者的分析,发现患者以红舌和黄腻厚苔为主,长期在湿热环境的影响下, Hp 生长繁殖,引发炎性反应。脾胃气虚的患者,在胃镜检查下,其胃黏膜细胞表层黏液相对较少,并不适合 Hp 的生长和繁殖,所以此类患者的 Hp 感染率较低,而此类患者多以淡红舌和淡白舌为主,说明此类舌颜色的患者发生的 Hp 感染率更低,此外在舌苔方面,上述患者多以白薄苔为主,说明与白薄苔相比,白厚苔、黄薄苔、黄厚苔等,均更容易发生 Hp 感染的现象。由此能够看出,通过中医舌象望诊的方式,能够在一定程度上反映出慢性萎缩性胃炎胃镜下患者胃黏膜损伤的程度,是否有 Hp 感染及病情的变化规律,通过舌象的观察,可实现对慢性萎缩性胃炎的综合诊断。叶海潇^[65]指出易感染 Hp 的证型依次是:脾胃湿热证 > 胃络瘀血证 > 肝胃不和证 > 脾胃虚弱证 > 胃阴不足;幽门螺杆菌阳性患者,舌苔以薄黄苔、黄腻苔多见,与舌质无关;舌苔的变化可以反映胃粘膜炎症程度的不同,观察舌象变化对于慢性萎缩

性胃炎的疾病发展、Hp 感染、胃部炎症程度的判断具有一定的意义，反映了舌诊的客观性、科学性以及临床价值，对于临床用药也有重要指导作用。

参考文献

- [1]王暖凤, 初海坤, 黄树民,等. 慢性萎缩性胃炎患者临床流行病学分析[J]. 中国公共卫生, 2017, 33(7):1109-1111.
- [2]刘京运, 金世禄. 慢性萎缩性胃炎患病率与年龄的关系及发病的影响因素[J]. 川北医学院学报, 2017, 32(1):152-154.
- [3]戴威娜, 纪小龙. 慢性萎缩性胃炎的病因、病理诊断与胃镜诊断不一致因素分析[J]. 武警医学, 2010, 21(10):905-907.
- [4]Vannella L, Sbrozzivanni A, Lahner E, et al. Development of type I gastric carcinoid in patients with chronic atrophic gastritis.[J]. Alimentary pharmacology & Therapeutics, 2011, 33(12):1361-1369.
- [5]Adamu M A, Weck M N, Rothenbacher D, et al. Incidence and risk factors for the development of chronic atrophic gastritis: Five year follow-up of a population-based cohort study[J]. International Journal of Cancer, 2011, 128(7):1652.
- [6]Zhu,S.Effect of Astragalus polysaccharides on Chronic Atrophic Gastritis Induced by N-methyl-N' -nitro-N-nitrosoguanidine in Rats[J]. Drug Res (Stuttg),2013,13 (6) :198-199.
- [7]王圆圆, 刘雅楠, 唐天瀛,等. 胃肠道菌群与慢性萎缩性胃炎的关系概述[J]. 世界华人消化杂志, 2016, 22(10):1526-1531.
- [8]Malcolm Boyce,Andrew Netazepide, a gastrin/cholecystokinin - 2 receptor antagonist, can eradicate gastric neuroendocrine tumours in patients with autoimmune chronic atrophic gastritis[J]. Br J Clin pharmacol,2017,83(3):13-14.
- [9]吴育美, 李继昌, 刘海霞. 呋喃唑酮与替硝唑分别联合奥美拉唑、左氧氟沙星三联对老年 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎幽门螺旋杆菌根除率的比较研究[J].实用临床医药杂志, 2017, 21(13):32-35.

- [10]Chen X Z,Ben S,Andres C F,et al.Association of helicobacter pylori infection and chronic atrophic gastritis with risk of colonic,pancreatic and gastric cancer: A ten-year follow-up of the ESTHER cohort study[J].Oncotarget,2016,7(13):17182-17193.
- [11]罗琴,毛琦,杨作坤.不同含铋剂四联方案治疗慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染患者的疗效及对免疫功能的影响[J].内科,2017,12(2):257-259.
- [12]张佑红.慢性萎缩性胃炎胃镜下不同病理改变及幽门螺杆菌感染情况研究[J].基层医学论坛,2016,20(10):1341-1342.
- [13]Campana D,Ravizza D,Ferolla p,et al.Risk factors of type 1 gastric neuroendocrine neoplasia in patients with chronic atrophic gastritis.A retrospective,multicentre study.[J].Endocrine,2016,56(3):1-6.
- [14]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)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [15]Wei W,Yang Y,Hospital W.Current Situation of Diagnosis & Treatment for Chronic Atrophic Gastritis and Treating Advantages of Chinese Medicine[J].Journal of Traditional Chinese Medicine,2016,33(19):4578.
- [16]何美桂.慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照分析[J].大家健康旬刊,2017,11(3):100-101.
- [17]惠文佳,周春艳,刘卫东,等.血清胃蛋白酶原检测与胃镜检查对慢性萎缩性胃炎临床诊断价值的比较[J].检验医学,2017,32(3):169-172.
- [18]孙雪飞,何旭.血清胃蛋白酶原与胃泌素检测对慢性萎缩性胃炎的诊断价值[J].湖南师范大学学报(医学版),2016,13(5):115-117.
- [19]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, 2016, 51(1):1-9.

- [20]安贺军, 张波, 郭雁冰, 等.172 例慢性萎缩性胃炎中医证候学研究分析[J].辽宁中医药大学学报, 2015, 18(2):156-158.
- [21]韦曙霞. 叶酸联合幽门螺杆菌根除治疗慢性萎缩性胃炎的临床分析[J]. 数理医药学杂志, 2016, 29(5):689-690.
- [22]吴育美, 李继昌, 刘海霞. 呋喃唑酮与替硝唑分别联合奥美拉唑、左氧氟沙星三联对老年 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎幽门螺旋杆菌根除率的比较研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(13):32-35.
- [23]吴素江.康复新液联合雷贝拉唑治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].中国地方病防治杂志, 2014, 21(s2):207-208.
- [24]孙艳玲.阿莫西林联合果胶铋治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].心理医生, 2015, 21(23):71-72.
- [25]刘晶晶, 代二庆, 朱姣等.慢性萎缩性胃炎中医证候调查问卷的设计思路与内容[J].中医学报, 2015, 18(3):430-432.
- [26]周琦, 张其胜. 辣椒素对慢性萎缩性胃炎的作用[J]. 胃肠病学, 2015, 19(5):278-282.
- [27]史佳宁, 郝微微.慢性萎缩性胃炎癌前病变基因与中医证型相关性研究进展[J].南京中医药大学学报, 2015, 25(2):194-196.
- [28]Wang X,Ling L,Li S,et al.The Diagnostic Value of Gastrin-17 Detection in Atrophic Gastritis:A Meta-Analysis[J].Medicine,2016,95(18):3599.
- [29]赵国伟, 王文昌, 张焕虎.铝碳酸镁混悬剂联合胃炎 I 号方治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].中国处方药, 2017, 15(7):106-107.
- [30]万晓梅, 方红.阴式全子宫切除修补联合术式对重度子宫脱垂伴慢性萎缩性胃炎患者手术相关指标及并发症的影响[J].世界华人消化杂志, 2017, 24(36):88-89.
- [31]王东旺.莫沙比利与胃炎合剂联用对慢性萎缩性胃炎症状改善的疗效评价[J].抗感染药学, 2016, 25(3):686-688.

- [32]Zagari R M,Greenwood D C.Letter: questions regarding the diagnostic performance of serum assays for atrophic gastritis—Authors' reply[J].Alimentary pharmacology & Therapeutics,2017,46(11-12):1118.
- [33]邱智辉,黄毅斌,陈春雷,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变胃黏膜胃镜表现与中医分型的关系[J].海南医学,2016,27(14):2255-2257.
- [34]Dai Y,Zhang Y,Li D,et al.The efficacy of Jianpi Yiqi therapy for chronic atrophic gastritis: A systematic review and meta-analysis[J].plos One,2017,12(7):1906.
- [35]杨义.慢性萎缩性胃炎胃镜下表现与病理诊断的临床对照研究[J].中国继续医学教育,2017,9(1):69-70.
- [36]孙青,周晓虹.慢性萎缩性胃炎中医证型研究概况[J].四川中医,2014,26(3):174-176.
- [37]谢坤鹏.慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照研究[J].中外女性健康研究,2015,26(10):89.
- [38]宗湘裕,王万卷,刘宝珍,等.慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染、病理分级的相关性研究[J].现代中西医结合杂志,2015,24(4):370-372.
- [39]Luo Y,Chen J,Fang Y,et al.A case of Metaplastic atrophic gastritis in immune Dysregulation,polyendocrinopathy,Enteropathy,X-linked (IpEX) syndrome[J].Bmc pediatrics,2018,18(1):191.
- [40]黄雅慧,郭菊清,刘越洋,等.慢性萎缩性胃炎胃黏膜癌前病变病理变化与中医证型及Hp的相关性研究[J].中华中医药学刊,2014,19(6):1381-1383.
- [41]Liu Y,Xu W,Wang G,et al.Material basis research for Huangqi Jianzhong Tang against chronic atrophic gastritis rats through integration of urinary metabonomics and SystemsDock.[J].Journal of Ethnopharmacology,2018,223(16):4487-4489.
- [42]杨旭峰.中医辨证论治联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中国民间疗法,2016,24(2):64-65.

- [43]王水琴, 王岩花, 王菲.慢性萎缩性胃炎的中医辨证论治[J].中国药业, 2015, 23(12):125-127.
- [44]赵洪武.辨证论治慢性萎缩性胃炎 50 例[J].陕西中医, 2017, 38(7):911-912.
- [45]Aasarød K M,Mosti M p,Stunes A K,et al.Impaired skeletal health in patients with chronic atrophic gastritis[J].Scandinavian Journal of Gastroenterology,2016,51(7):1.
- [46]Song R,Shu J,Guozhen M A,et al.Discussion on Chinese Medicine Treatment of Chronic Atrophic Gastritis Based on Brain-Gut Interaction[J].Journal of Traditional Chinese Medicine,2017,32(8):227-228.
- [47]秦松林, 张晓娜, 魏敏惠. 浅谈慢性萎缩性胃炎的中医辨证论治[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,29(17):108-109.
- [48]王丽, 樊建强, 高建魁.加味半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效分析[J].家庭医药, 2016(8).
- [49]傅念生.中药摩罗丹治疗慢性萎缩性胃炎的疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2015(7):5-6.
- [50]王雪梅.76 例加味香砂六君子汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效分析[J].中医临床研究, 2014(32):116-117.
- [51]杨韶华.清胃活血丸治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].世界中医药, 2015(1):46-48.
- [52]高雪松.萎胃复元汤治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效分析[J].医学信息, 2014, 08(32):78-78.
- [53]魏玮, 杨洋.慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J].中医杂志, 2016, 57(1):36-40.
- [54]谭婷, 杨康.慢性萎缩性胃炎胃镜与病理诊断的符合率研究[J].湖北中医杂志, 2015, 24(11):61-62.

- [55]刘丽娜,狄建华.慢性萎缩性胃炎胃镜下与病理诊断的一致性分析[J]. 甘肃医药, 2013, 32 (10) : 773-774.
- [56]李玲, 赵治国, 郑鹏远, et al. Musashi-1 和尾型同源盒基因 2 在胃黏膜肠上皮化生中的表达及意义[J]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(3):277.
- [57]刘越洋, 黄雅慧, 王俊, 等. 慢性萎缩性胃炎癌前病变与中医舌象的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 23(5):351-354.
- [58]方华珍, 丁成华, 王玉臣, 等. 舌诊在慢性萎缩性胃炎辨证中的意义[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 16(4):416-418.
- [59]刘兴山, 郝筱倩, 杨斌. 中医舌诊、辨证在幽门螺杆菌相关慢性萎缩性胃炎诊治中的意义[J]. 中医研究, 2010, 23(1):32-34.
- [60]杨印智, 王继栓, 王晓琴, 等. 慢性萎缩性胃炎胃镜表现与中医辨证分型关系探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(10):1117-1118.
- [61]邱智辉, 黄毅斌, 陈春雷, 等. 慢性萎缩性胃炎癌前病变胃黏膜胃镜表现与中医分型的关系[J]. 海南医学, 2016, 27(14):2255-2257.
- [62]程鹏, 查安生. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜病理与中医证型之间的相关性研究[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(15):52-52.
- [63]代二庆, 杨楠, 沈志红, 等. 64 例慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜象、病理象相关性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 24(3):458-461.
- [64]尹丹萍, 张玉强, 巩霞. Hp 感染及口服非甾体抗炎药与消化性溃疡并发出血之间的关系研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 25(34):11-12.
- [65]叶海潇. 从舌象辨治慢性萎缩性胃炎[D]. 辽宁: 辽宁中医药大学. 2012.

前言

慢性萎缩性胃炎作为临床中常见的消化内科疾病，其主要是由于胃黏膜上皮以及腺体出现了萎缩，或数量减少，从而导致胃黏膜变薄，黏膜基层增厚，以及不典型增生为表现的一种消化系统疾病^[1]。慢性萎缩性胃炎患者主要以贫血、恶心、食欲不振以及上腹部疼痛等为主要症状，临床症状并无特异性，严重时将诱发癌症，是一种癌前病变表现^[2]。临床中，慢性萎缩性胃炎的检出率约为 10%，多见于中老年人群，其中约有 0.5~1% 的患者将进展为胃癌^[1]，而这也为疾病的早期诊断和治疗提出了更高的要求。中医中并无慢性萎缩性胃炎相关病名，根据其临床表现，该病归属于“胃脘痛”、“胃痞”的范畴，其病因主要与饮食失调、情志失调、外感风邪等因素密切相关^[3]。近年来，随着慢性萎缩性胃炎在临床中发病率的不断升高，如何实现对疾病的有效诊断和治疗也成为了大量研究学者所关注的内容^[4-5]。中医药在慢性萎缩性胃炎的诊疗中发挥着重要作用。目前，临床中针对慢性萎缩性胃炎的中医证型常见分类为 5 种，分别为脾胃虚弱型、胃络瘀阻型、胃阴不足型、肝胃不和型和脾胃湿热型，而根据患者中医证型的不同，采取的治疗方式也存在一定的差异性^[6]。但中医治疗注重辨证论治，这需要医者拥有大量经验的积累和反复的临床实践，对于临床初学者及西医学者往往难度较大。因此将现代技术与中医传统理论相结合，使中医诊疗精准化，不仅能够进一步完善慢性萎缩性胃炎的诊疗方案，还能为中医治疗的现代化研究做基础。因此，有必要加强对慢性萎缩性胃炎患者的中医证型分布情况分析，并通过其与患者胃镜象以及病理象的相关性分析及慢性萎缩性胃炎主要致病因素 Hp 感染情况分析，进一步为临床辨证诊疗方案的选择提供依据，对提高治疗疗效、判断预后、防止癌变的发生有着重要意义。

慢性萎缩性胃炎作为一种常见病、多发病，其多见于中老年患者^[7]。慢性萎缩性胃炎作为常见的胃癌癌前疾病，如何加强对慢性萎缩性胃炎的有效治疗已经逐渐成为世界各国所面临的公共卫生问题^[8]。近年来，国内外大量对慢性萎缩性胃炎临床诊断及治疗的研究，尤其是在中医治疗方面，其治疗效果较为确切，且患者治疗后的并发症发生率相对较低，因此被广泛应用于临床治疗中，并取得了较好的临床治疗效果^[9-10]。从目前研究来看，西医在本病的治疗上，目前无特效的口服药物，主要以增强胃蠕动，促进胃排空，协助胃、十二指肠运动，防止胆汁返流，调节和恢复胃肠运动，增加胃黏膜更新，提高细胞再生能力，增强胃黏膜对胃酸的抵抗能力，达到保护胃黏膜作用^[11]，有的国外研究学者从中医角度对慢性萎缩性胃炎的临床治疗进行了研究，结果发现三九胃泰等中

药制剂对慢性萎缩性胃炎可以发挥出较好的治疗效果^[12]。国内针对慢性萎缩性胃炎的治疗研究主要以中药治疗为主，部分研究学者通过采取辨证施治的方式进行治疗，结果发现患者的治疗总有效率可达到 90% 以上，且患者治疗后的复发率以及并发症发生率均相对较低，对于降低疾病的癌变发生率产生了积极的影响^[13-15]。

辨证论治是中医治疗用药的基础，根据不同的中医证型可采用不同的治疗方案。通过本研究对慢性萎缩性胃炎中医证型分布及其与胃镜象和病理象相关性的分析，将进一步为慢性萎缩性胃炎的中医辨证治疗方案选择提供有效的依据，使临床医师可以结合患者的中医证型，以此来分析患者的胃镜象及病理象，选择适合患者的临床治疗方案，有利于促进临床治疗效果的提升，从而改善慢性萎缩性胃炎患者的疾病转归，有利于降低我国的胃癌发生率。

资料与方法

1 一般资料

本研究选取了 2018 年 1 月至 2018 年 6 月于北京市丰台中西结合医院就诊的 120 例慢性萎缩性胃炎患者作为研究对象，所有研究对象均签署知情同意书。

2 诊断标准

2.1 胃镜诊断标准

以中华中医药学会脾胃病分会 2010 年提出的《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[16]中的胃镜诊断依据作为诊断标准：（1）粘膜颜色变化，正常为橘红色，萎缩时为灰白色或者灰色，同一部位的粘膜深浅不一致，灰黄或者灰白的地方带有小红点，粘膜萎缩的范围可能是局部、弥漫或者小灶性，境界常不明显。（2）血管透见：萎缩时可见粘膜小血管，病情严重的患者可见粘膜下大血管，观察时要掌握好胃内压力；（3）腺体萎缩后，腺窝会增生出肠上皮细胞，黏膜层变厚，难以见到粘膜下血管，并且粘膜表面出现粗糙不平的现象以及结节僵硬感。以上符合其一即可诊断。

胃镜象包括患者的胃镜下粘膜表现、胃镜下粘膜萎缩程度以及胃镜下粘膜形态：（1）胃镜下表现主要观察患者胃粘膜在胃镜下的状态表现，包括黏膜白相、血管透见、黏膜粗糙和颗粒增生；（2）胃镜下粘膜萎缩程度的判定标准如下：① I 级：颗粒较细，部分血管透见，表现为单发灰色肠上皮化生结节；② II 级：颗粒中等，血管连续均匀可见，表现为多发灰色肠上皮化生结节；③ III 级：颗粒粗大，皱襞均消失，血管可达表层，弥漫灰色肠上皮化生结节；（3）胃镜下粘膜形态分类方法：①单纯性慢性萎缩性胃炎：红白相间且以白为主，皱襞变平或消失，血管显露；②慢性萎缩性胃炎伴增生：黏膜表现为颗粒状或结节状；③慢性萎缩性胃炎伴糜烂：黏膜受损，病变处可伴有渗出物覆盖，或可沿皱襞出现条状糜烂性红斑；④慢性萎缩性胃炎伴出血：黏膜处可见点状瘀斑或渗血；⑤慢性萎缩性胃炎伴肥厚：皱襞粗大，充气后无法平展；⑥慢性萎缩性胃炎伴胆汁反流：皱襞可见红斑或水肿，胃腔内可见胆汁，且于幽门口黏膜处可见牛肉状红色。

2.2 病理诊断标准

以中华中医药学会脾胃病分会 2010 年提出的《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[16]中的病理组织学诊断依据作为诊断标准：（1）萎缩，萎缩程度以固有腺体减少 1/3

来进行计算：0 表示固有腺体未减少；+表示固有腺体减少不超过 1/3；++固有腺体减少处于 1/3-2/3 之间；+++表示固有腺体减少超过 2/3。（2）肠化：0 表示无肠化；+表示肠化区占腺体和表面上皮 1/3 以下；++表示占据 1/3-2/3 之间；+++表示 2/3 以上。

2.3 舌象诊断标准

参照《中医诊断学》^[17]制定舌象观察标准，将其分为舌质和舌苔两部分：

（1）舌质：观察舌质必须观察舌色和舌形：

①舌色：

A.淡红舌：舌色淡红润泽；

B.淡白舌：舌色偏白，较淡红更为浅淡，严重者全无血色；

C.红舌：舌色略深于淡红，偏为暗红；

D.绛舌：舌色略深于红舌，深红且晦暗；

E.紫舌：舌色淡紫或青紫，严重者伴有青紫色瘀点或瘀斑。

②舌形：

A.正常舌：胖瘦、老嫩、大小均适中；

B.胖、瘦舌：舌体较宽且厚或伸舌满口为胖大舌；舌体较窄且薄为瘦薄舌；

C.裂纹舌：舌面伴有形状大小不一的裂纹，且裂纹内并无舌苔覆盖；

D.齿痕舌：舌体边缘可见细微的锯齿状，为牙齿压迫所形成的痕迹；

E.点、刺舌：舌面上伴有红色星点即为点舌；舌面出现红色点刺，且触摸后棘手，为舌乳头凸起导致，称为刺舌。

（2）舌苔：观察舌苔颜色和苔质：

①苔色：

A.白苔：舌苔颜色发白；

B.黄苔：舌苔颜色发黄；

C.灰黑苔：舌苔颜色浅黑为灰即为灰苔，舌苔颜色深灰或为黑即为黑苔，因为二者不明显，因此统称为灰黑苔。

②苔质：

A.薄厚苔：可透过舌苔隐约观察到舌质即为薄苔，无法看到即为厚苔；

B.腐腻苔：苔质细密，无法刮脱，且舌面上覆盖一层黏腻的粘液即为腻苔；苔质疏松，可轻易揩去，舌面如同豆腐渣堆积即为腐苔；

C.剥苔：若舌苔剥落后，剥苔处光滑且无苔即称为花剥苔；舌苔全部剥落称为光剥苔；舌面无苔且光洁如镜称为镜面舌；

D.润燥苔：舌苔润泽，不滑不燥即为润苔；苔质湿滑，舌面津液较多即为滑苔；舌苔干燥即为燥苔。

2.4 中医证候诊断标准

以中华中医药学会脾胃病分会 2010 年提出的《慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见》^[16]中的中医证候分类标准作为诊断标准。舌象标准参照《中医诊断学》^[17]。

（1）脾胃虚弱型：主证：胃脘胀满或者隐痛，胃部喜按喜暖，大便稀溏，乏力，舌象观察可见淡白舌，舌形为齿痕舌，舌苔以薄白苔为主；次证：食少，气短，懒言，呕吐清水，口淡，脉细弱。对于证候的诊断，主证必备，加次证 2 项及以上即可诊断。

（2）胃络瘀阻型：主证：胃脘胀满、刺痛、痛有定处，舌象观察可见紫舌，舌苔以薄黄苔为主；次证：黑便、面色暗滞、脉弦涩。对于证候的诊断，主证必备，加次证 2 项及以上即可诊断。

（3）胃阴不足型：主证：胃脘胀满、灼痛、胃中嘈杂、口干以及饥不思食，舌象观察可见红舌或绛舌，舌苔多为薄白苔或剥苔；次证：食少、干呕、脉细和大便干燥。对于证候的判断，主证必备，加次证 2 项及以上即可诊断。

(4) 脾胃湿热型：主证：胃脘胀满、口苦、胀痛、恶心呕吐，舌象观察可见红舌，舌苔以黄腻苔为主；次证：胃脘灼热、尿黄、脉滑数、口臭、胸闷。对于证候的判断，主证必备，加次证 2 项及以上即可诊断。

(5) 肝胃不和型：主证：胃脘胀满、胀痛、泛酸以及嗳气，舌象观察可见舌色为淡红舌，舌苔以薄白苔为主；次证：胸闷、大便不畅、脉弦。对于证候的判断，主证必备，加次证 2 项及以上即可诊断。

3 纳入及排除标准

纳入标准：(1) 年龄在 18-70 岁之间；(2) 病理检查符合 CAG 的西医诊断标准；(3) 入组前 7 天内未接受任何中医中药治疗；(4) 不合并其他严重疾病或并发症；(5) 患者知情同意本次研究且签署知情同意书。以上任何一项不符合者不能纳入统计。

排除标准：(1) 正在参加其他临床试验或研究者；(2) 已知存在消化性溃疡、胃息肉、胃肠道肿瘤、胆囊炎、胰腺炎、肝肾功能不全、糖尿病、腹部大手术史或严重的心、肺疾病等其他类似临床症状的疾病；(3) 病理诊断疑有恶变者；(4) 处于重度焦虑抑郁状态或有精神疾病的患者；(5) 哺乳期或妊娠期妇女。符合以上任何一项的患者不能纳入统计。

4 方法

(1) 本研究选取 2018 年 1 月至 2018 年 6 月北京市丰台中西结合医院就诊的符合纳入标准的 CAG 患者，收集患者的姓名、性别、年龄、病程、家族史、既往史等一般资料，以及内镜下所见情况及病理诊断结果、HP 感染情况，并收集中医四诊资料进行中医辨证分型，采用 SPSS19.0 统计软件分析资料和证候分布特征，并观察各证型与胃镜象及病理象的相关性。

(2) 中医辨证：由 10 年以上临床年资的主治医师或副主任医师，在自然光线、安静状态下，对患者进行辨证分型，详细填写调查表。

(3) 胃镜检查：

由 10 年以上临床年资的主治医师或副主任医师进行胃镜检查。

检查前准备：患者于胃镜检查前至少禁食 8 小时，并于检查前 10 分钟含服利多卡因胶浆 10ml，5 分钟之后咽下；

采用日本奥林巴斯-290 型电子胃镜进行检查并保存图像；

在胃镜下分别于胃窦、胃角、胃体小弯侧及可疑病灶处各取病理组织一块活检。

（4）观察并记录病变部位、红斑、色泽、粘膜水肿、出血点/斑、渗出、粘膜形态等胃镜下粘膜表现、胃镜下粘膜萎缩程度以及胃镜下粘膜形态情况，详细填写调查表。

（5）分析并探索 CAG 五种中医证型分布与胃镜象及病理象之间的关系。

5 统计学处理

使用 SPSS19.0 统计软件对统计数据统计分析，所有资料都为计数资料，无序分类计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验，多个样本率的多重比较采用卡方分割法，等级资料组间差异采用非参数检验，选取双侧检验，检验水准 $\alpha = 0.05$ ，以 $p < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

结果

1 患者的一般资料

纳入的 120 例患者中，男性患者 55 例，女性患者 65 例；从患者的年龄来看，18～30 岁患者 2 例，31～40 岁患者 8 例，41～50 岁患者 27 例，51～60 岁患者 48 例，>60 岁患者 35 例，其中大于 50 岁患者 83 例，占 69.17%，平均年龄为（58.97±6.82）岁；从患者的病程时间来看，病程时间<6 个月患者 40 例，6～12 个月患者 49 例，2～4 年患者 28 例，≥5 年患者 3 例，其中，病程在 12 月内的患者 89 例，占到 74.17%；有家族史患者 63 例，无家族史患者 57 例；有既往史病例 53 例，无既往史患者 67 例。患者一般资料见表 1。

表 1 患者的一般资料

	一般资料	例数（n）	占比（%）
性别	男	55	45.83
	女	65	54.17
年龄	18～30 岁	2	1.67
	31～40 岁	8	6.67
	41～50 岁	27	22.50
	51～60 岁	48	40.00
	>60 岁	35	29.17
	<6 个月	40	33.33
	6～12 个月	49	40.83
病程	2～4 年	28	23.33
	≥5 年	3	2.50
家族史	有	63	52.50
	无	57	47.50
既往史	有	53	44.17
	无	67	55.83

2 中医证型与患者一般资料的相关性分析

2.1 中医证型情况

结合患者的临床症状表现、舌质舌苔综合分析，可将慢性萎缩性胃炎患者分为五个中医证型，即脾胃虚弱型、胃络瘀阻型、胃阴不足型、脾胃湿热型、肝胃不和型。从患者的中医证型分布情况来看，脾胃虚弱型是慢性萎缩性胃炎患者常见的中医证型，共有 37 例患者为脾胃虚弱型，占比 30.83%，其次依次为肝胃不和型 21.67%（26/120）、胃

阴不足型 20.00%(24/120)、脾胃湿热型 18.33%(22/120)以及胃络瘀阻型 9.17%(11/120), 120 例慢性萎缩性胃炎患者中的不同证型例数分布情况, 见图 1。

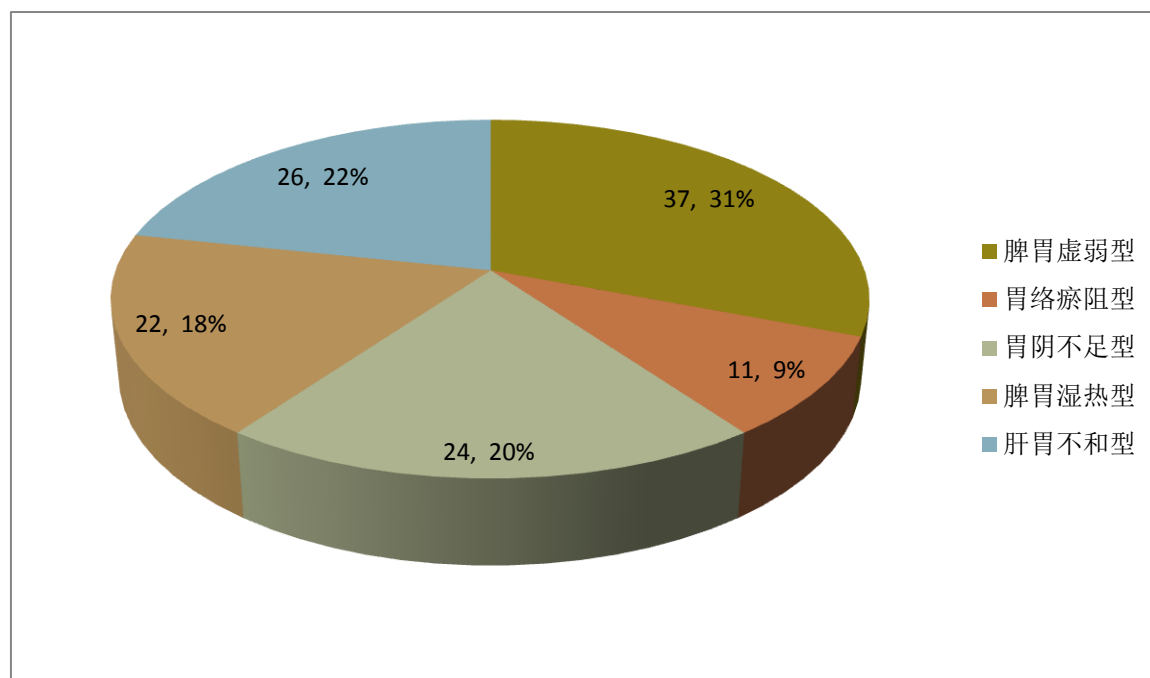


图 1 中医证型情况分布

2.2 中医证型与患者性别的相关性

中医证型与患者性别的分布情况见图 2, 对中医证型与患者性别进行相关性分析, 结果显示不同中医证型患者的性别分布差异无统计学意义 (表 2, $\chi^2=5.186$, $p=0.269$), 可见患者性别不是本病中医证型的影响因素。

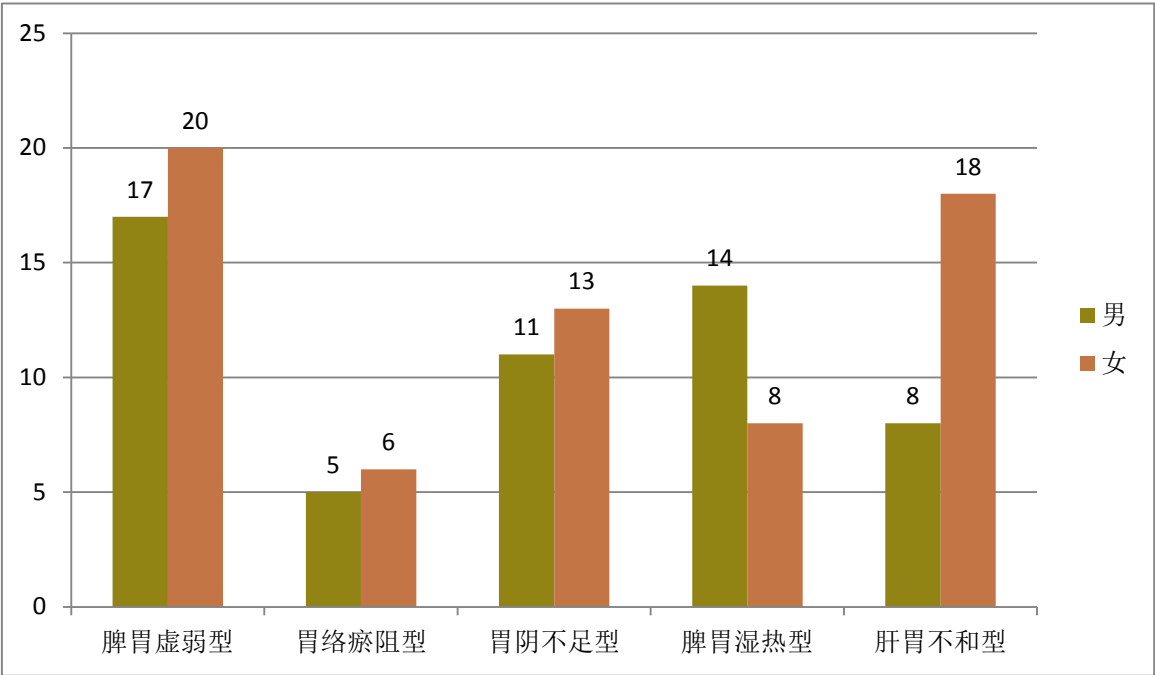


图 2 中医证型与患者性别的分布情况

表 2 中医证型与患者性别的相关性

中医证型	n	性别[n(%)]		χ^2	p
		男	女		
脾胃虚弱型	37	17 (45.95)	20 (54.05)	5.186	0.269
胃络瘀阻型	11	5 (45.45)	6 (54.55)		
胃阴不足型	24	11 (45.83)	13 (54.17)		
脾胃湿热型	22	14 (63.64)	8 (36.36)		
肝胃不和型	26	8 (30.77)	18 (69.23)		

2.3 中医证型与患者年龄的相关性

从中医证型与患者年龄的相关性来看，不同中医证型患者的年龄分布差异有统计学意义（表 3， $\chi^2=20.953$ ， $p < 0.001$ ），表明各组患者年龄分布不全相等。进而进行两两比较，由于重复多次的假设检验会增大犯第一类错误的概率，因此必须重新规定检验标准，检验水准 $\alpha'=\alpha/N$ ， $N = C_k^2$ ，其中 k 为参加检验的组数。因有 5 种中医证型进行两两比较， $k=5$ ， $N = C_5^2=10$ ， $\alpha'=\alpha/10=0.05/10=0.005$ 。对 5 组分别进行两两比较，结果显示：脾胃虚弱型（ 60.1 ± 7.6 ）、胃络瘀阻型（ 63.2 ± 5.8 ）、肝胃不和型（ 54 ± 4.9 ）均和脾胃湿热型（ 46.5 ± 2.7 ）患者年龄分布差异有统计学意义， $p=0.001 < 0.005$ 。

表 3 中医证型与患者年龄的相关性

中医证型	n	年龄[n(%)]					χ^2	p
		18~30 岁	31~40 岁	41~50 岁	51~60 岁	>60 岁		
脾胃虚弱型	37	1 (2.70)	1 (2.70)	7 (18.92)	13 (35.14)	15 (40.54)	20.953	< 0.001
胃络瘀阻型	11	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (9.09)	4 (36.36)	6 (54.55)		
胃阴不足型	24	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (33.33)	14 (58.33)	2 (8.33)		
脾胃湿热型	22	1 (4.55)	5 (22.73)	8 (36.36)	6 (27.27)	2 (9.09)		
肝胃不和型	26	0 (0.00)	2 (7.69)	3 (11.54)	11 (42.31)	10 (38.46)		

2.4 中医证型与患者病程的相关性

从中医证型与患者病程的相关性来看,不同中医证型患者的病程相比差异无统计学意义 ($\chi^2=0.528$, $p=0.971 > 0.05$), 不同中医证型患者病程分布, 见表 4。

表 4 中医证型与患者病程的相关性

中医证型	n	病程[n(%)]				χ^2	p
		<6 个月	6~12 个月	2~4 年	≥5 年		
脾胃虚弱型	37	12 (32.43)	15 (40.54)	9 (24.32)	1 (2.70)	0.528	0.971
胃络瘀阻型	11	4 (36.36)	4 (36.36)	3 (27.27)	0 (0.00)		
胃阴不足型	24	7 (29.17)	10 (41.67)	6 (25.00)	1 (4.17)		
脾胃湿热型	22	8 (36.36)	9 (40.91)	5 (22.73)	0 (0.00)		
肝胃不和型	26	9 (34.62)	11 (42.31)	5 (19.23)	1 (3.85)		

3 中医证型与患者的胃镜象的相关性

3.1 中医证型与患者胃镜象表现的相关性

通过对 120 例患者的胃镜象资料搜集, 结果发现有 52 例患者的胃镜象均表现为黏膜白相, 占比 43.33%, 其次依次为血管透见 29.17% (35/120)、黏膜粗糙 16.67% (20/120) 以及颗粒增生 10.83% (13/120), 各组之间相比差异无统计学意义 ($\chi^2=11.231$, $p=0.312 > 0.05$), 见表 5。

表 5 中医证型与患者胃镜象相关性

中医证型	n	胃镜象[n(%)]				χ^2	p
		黏膜白相	血管透见	黏膜粗糙	颗粒增生		
脾胃虚弱型	37	23 (62.16)	9 (24.32)	4 (10.81)	1 (2.70)	11.231	0.312
胃络瘀阻型	11	4 (36.36)	1 (9.09)	1 (9.09)	5 (45.45)		
胃阴不足型	24	8 (33.33)	9 (37.50)	6 (25.00)	1 (4.17)		
脾胃湿热型	22	8 (36.36)	6 (27.27)	5 (22.73)	3 (13.64)		
肝胃不和型	26	9 (34.62)	10 (38.46)	4 (15.38)	3 (11.54)		

3.2 中医证型与患者胃镜下萎缩程度的相关性

通过对 120 例患者的胃镜下萎缩程度资料搜集，结果发现有 73 例患者的胃镜下萎缩程度为 I 级，占比 60.83%，42 例患者的胃镜下萎缩程度为 II 级，占比 35.00%，5 例患者的胃镜下萎缩程度为 III 级，占比 4.17%，从不同中医证型患者的胃镜下萎缩程度来看，脾胃虚弱型、胃络瘀阻型、脾胃湿热型和肝胃不和型患者的胃镜下萎缩程度均以 I 级为主，胃阴不足型患者的胃镜下萎缩程度以 II 级为主，各组之间相比差异无统计学意义（表 6， $\chi^2=6.372$ ， $p=0.173 > 0.05$ ）。

表 6 中医证型与患者胃镜下萎缩程度的相关性

中医证型	n	胃镜下萎缩程度[n(%)]			χ^2	p
		I 级	II 级	III 级		
脾胃虚弱型	37	27 (72.97)	9 (24.32)	1 (2.70)	6.372	0.173
胃络瘀阻型	11	7 (63.64)	4 (36.36)	0 (0.00)		
胃阴不足型	24	10 (41.67)	12 (50.00)	2 (8.33)		
脾胃湿热型	22	14 (63.64)	7 (31.82)	1 (4.55)		
肝胃不和型	26	15 (57.69)	10 (38.46)	1 (3.85)		

3.3 中医证型与患者胃镜下形态的相关性

通过对 120 例患者的胃镜下形态资料搜集，结果发现患者的胃镜下形态主要以伴增生为主，共有 77 例患者表现为伴增生，占比 64.17% (77/120)，其次依次为伴糜烂 51.67% (62/120)、伴出血 15.00% (18/120)、单纯性 15.00% (18/120)、伴胆汁反流 7.50% (9/120) 和伴肥厚 0.83% (1/120)，见图 3。

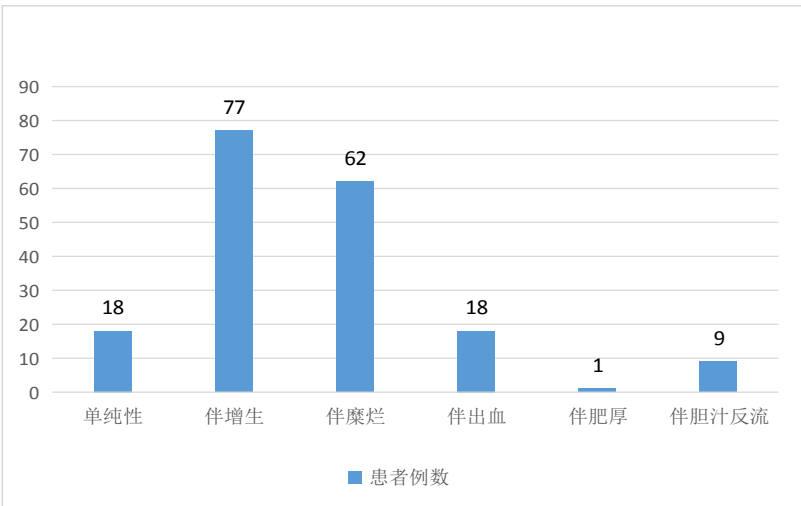


图 3 患者的胃镜下形态分布情况

从不同中医证型患者的胃镜下形态来看，各中医证型均以伴增生为主要胃镜下形态，各组之间相比差异无统计学意义（表 7， $\chi^2=12.724$ ， $p=0.889 > 0.05$ ）。

表 7 中医证型与患者胃镜下形态的相关性[n(%)]

中医证型	n	胃镜下形态						χ^2	p
		单纯性	伴增生	伴糜烂	伴出血	伴肥厚	伴胆汁反流		
脾胃虚弱型	37	8 (21.6)	20 (54.0)	18 (48.6)	6 (16.2)	0 (0.00)	1 (2.70)	12.724	0.889
胃络瘀阻型	11	0 (0.00)	7 (63.6)	6 (54.5)	3 (27.2)	0 (0.00)	1 (9.09)		
胃阴不足型	24	2 (8.33)	21 (87.5)	15 (62.5)	3 (12.5)	1 (4.17)	3 (12.5)		
脾胃湿热型	22	3 (13.6)	14 (63.6)	11 (50.0)	3 (13.6)	0 (0.00)	1 (4.55)		
肝胃不和型	26	5 (19.2)	15 (57.6)	12 (46.1)	3 (11.5)	0 (0.00)	3 (11.5)		

4 中医证型与患者病理象的相关性

4.1 中医证型与患者黏膜病理萎缩程度的相关性

从患者黏膜病理萎缩程度来看，120 例患者中共有 56 例患者的黏膜病理萎缩程度为中度，占比 46.67%，47 例患者的黏膜病理萎缩程度为轻度，占比 39.17%，17 例患者的黏膜病理萎缩程度为重度，占比 14.17%，见图 4。其中脾胃虚弱型患者黏膜病理萎缩程度以轻度为主，占比 62.16%（23/37），胃络瘀阻型、胃阴不足型、脾胃湿热型、肝胃

不和型患者黏膜病理萎缩程度以中度为主，占比分别 54.55%（6/11）、58.33%（14/24）、54.55%（12/22）、50.00%（13/26）。

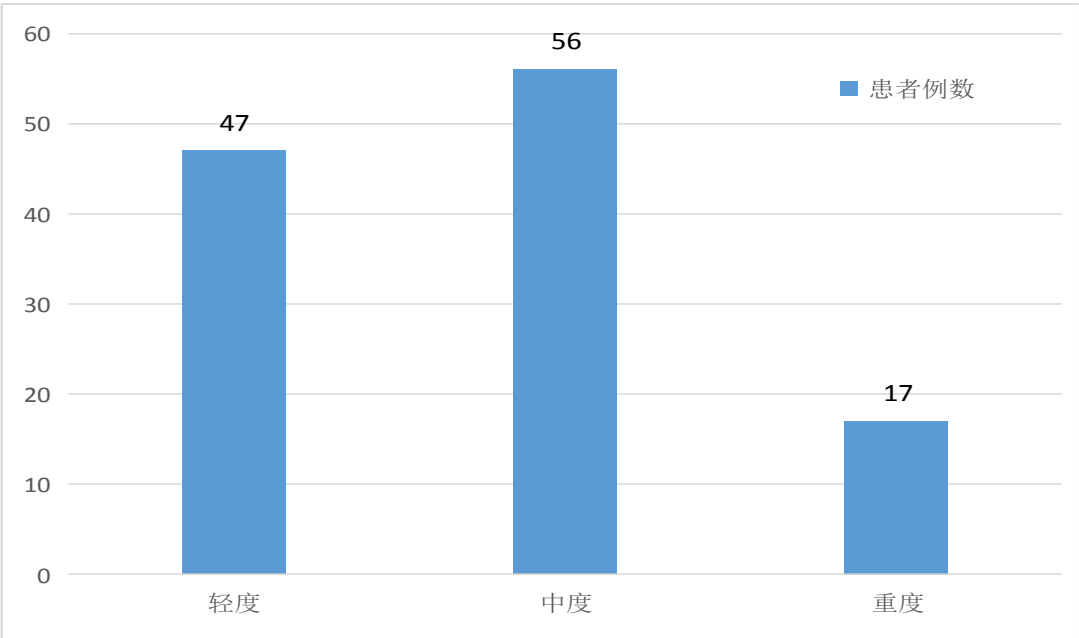


图 4 患者的黏膜病例萎缩程度分布情况

对中医证型与黏膜病理萎缩程度进行相关性分析，发现不同中医证型患者的黏膜病理萎缩程度相比差异有统计学意义（表 8， $\chi^2=17.850$ ， $p=0.001$ ），表明各组中医证型黏膜病理萎缩程度不全相等，进而进行两两比较，发现脾胃虚弱型和肝胃不和型患者黏膜病理萎缩程度差异有统计学意义， $p<0.001$ 。

表 8 中医证型与患者黏膜病理萎缩程度的相关性

中医证型	n	黏膜病理萎缩程度[n(%)]			χ^2	p
		轻度	中度	重度		
脾胃虚弱型	37	23（62.16）	11（29.73）	3（8.11）	17.850	0.001
胃络瘀阻型	11	3（27.27）	6（54.55）	2（18.18）		
胃阴不足型	24	6（25.00）	14（58.33）	4（16.67）		
脾胃湿热型	22	10（45.45）	12（54.55）	0（0.00）		
肝胃不和型	26	5（19.23）	13（50.00）	8（30.77）		

4.2 中医证型与患者肠上皮化生程度的相关性

120 例患者中，患者的病理结果显示仅有 3 例患者未出现肠上皮化生，其中有 57 例患者的肠上皮化生程度为轻度，占比 47.50%，55 例患者的肠上皮化生程度为中度，占比 45.83%，5 例患者的肠上皮化生程度为重度，占比 4.17%。其中脾胃虚弱型（67.57%，

25/37)、脾胃湿热型(68.18%, 15/22)患者肠上皮化生程度以轻度为主,胃络瘀阻型(90.91%, 10/11)、胃阴不足型(62.50%, 15/24)、肝胃不和型(53.85%, 14/26)患者肠上皮化生程度以中度为主,不同中医证型患者的肠上皮化生程度相比差异有统计学意义($\chi^2=22.189$, $p<0.001$) (表 9)。两两比较发现,脾胃虚弱型和胃络瘀阻型、脾胃虚弱型和肝胃不和型、胃络瘀阻型和脾胃湿热型患者肠上皮化生程度差异有统计学意义, $p<0.005$ 。

表 9 中医证型与患者肠上皮化生程度的相关性[n(%)]

中医证型	n	肠上皮化生程度				χ^2	p
		阴性	轻度	中度	重度		
脾胃虚弱型	37	2 (5.41)	25 (67.57)	9 (24.32)	1 (2.70)	22.189	<0.001
胃络瘀阻型	11	0 (0.00)	1 (9.09)	10 (90.91)	0 (0.00)		
胃阴不足型	24	0 (0.00)	9 (37.50)	15 (62.50)	0 (0.00)		
脾胃湿热型	22	0 (0.00)	15 (68.18)	7 (31.82)	0 (0.00)		
肝胃不和型	26	1 (3.85)	7 (26.92)	14 (53.85)	4 (15.38)		

4.3 中医证型与患者上皮内瘤变的相关性

120 例患者中有 95 例患者的上皮内瘤变结果显示为阴性, 占比 79.17%, 24 例患者为轻度上皮内瘤变, 占比 20.00%, 仅有 1 例患者为重度上皮内瘤变, 占比 0.83%, 不同中医证型患者的上皮内瘤变程度相比差异无统计学意义($\chi^2=4.106$, $p=0.392>0.05$), 不同中医证型患者上皮内瘤变分布, 见表 10。

表 10 中医证型与患者上皮内瘤变的相关性

中医证型	n	上皮内瘤变情况[n(%)]			χ^2	p
		阴性	轻度	重度		
脾胃虚弱型	37	31 (83.78)	6 (16.22)	0 (0.00)	4.106	0.392
胃络瘀阻型	11	9 (81.82)	2 (18.18)	0 (0.00)		
胃阴不足型	24	19 (79.17)	4 (16.67)	1 (4.17)		
脾胃湿热型	22	19 (86.36)	3 (13.64)	0 (0.00)		
肝胃不和型	26	17 (65.38)	9 (34.62)	0 (0.00)		

4.4 中医证型与患者炎症活动度的相关性

120 例患者中共有 35 例患者炎症活动度为静止期，占比 29.17%，85 例患者的炎症活动度为活动期，占比 70.83%，从中医证型与患者的炎症活动程度相关性来看，不同中医证型患者的炎症活动度相比差异无统计学意义（ $\chi^2=6.920$ ， $p=0.140 > 0.05$ ），不同中医证型患者炎症活动度分布，见表 11。

表 11 中医证型与患者炎症活动度的相关性

中医证型	n	炎症活动度[n(%)]		χ^2	p
		静止	活动		
脾胃虚弱型	37	16 (43.24)	21 (56.76)	6.920	0.140
胃络瘀阻型	11	4 (36.36)	7 (63.64)		
胃阴不足型	24	4 (16.67)	20 (83.33)		
脾胃湿热型	22	6 (27.27)	16 (72.73)		
肝胃不和型	26	5 (19.23)	21 (80.77)		

5 中医证型与患者 Hp 感染程度的相关性

120 例患者中共有 59 例患者为 Hp 阴性，占比 49.17%。Hp 阳性者中，39 例患者为 Hp 轻度感染（32.50%），8 例中度感染（6.67%），14 例 Hp 重度感染（11.67%）。经统计分析，各组患者的 Hp 感染程度无统计学意义（表 12， $H=0.500$ ， $p=0.974 > 0.05$ ），说明 Hp 感染不影响本病患者中医证型。

表 12 中医证型与患者 Hp 感染程度的相关性

中医证型	n	Hp 感染程度[n(%)]				H	p
		阴性	轻度	中度	重度		
脾胃虚弱型	37	19 (51.35)	12 (32.43)	1 (2.70)	5 (13.51)	0.500	0.974
胃络瘀阻型	11	5 (45.45)	3 (27.27)	0 (0.00)	3 (27.27)		
胃阴不足型	24	12 (50.00)	8 (33.33)	2 (8.33)	2 (8.33)		
脾胃湿热型	22	10 (45.45)	8 (36.36)	2 (9.09)	2 (9.09)		
肝胃不和型	26	13 (50.00)	8 (30.77)	3 (11.54)	2 (7.69)		

讨论

从中医角度来看,慢性萎缩性胃炎归属于“胃脘痛”以及“胃痞”等范畴,早在《内经》中便提出了“痞”、“满”等概念,而疾病的病名与诊断和治疗均存在一定的相关性^[18]。目前,大量研究学者针对慢性萎缩性胃炎的中医辨证施治进行了研究,从临床角度来看,临床中针对慢性萎缩性胃炎的中医证型研究则主要以脾胃虚弱型、胃络瘀阻型、胃阴不足型、肝胃不和型和脾胃湿热型为主^[19]。

1 慢性萎缩性胃炎患者的一般资料研究

近年来,随着临床中对于慢性萎缩性胃炎研究的不断增多,针对患者的发病机制研究也不断增多。从患者的性别来看,大量研究学者在研究中均证实了慢性萎缩性胃炎与机体的性别并无显著的相关性^[20],但对于中医证型为肝胃不和型的患者,女性的发病率显著高于男性^[21],其可能是因为“女子以肝为先天”,肝主疏泄,从而起到助消化、畅情志等功能,甚至还将对女性的月经调节产生影响,而正是受到女子生理特点的影响,导致女性会出现经前气血旺盛,而经后气血虚的情况,从而造成肝失调达或柔顺之性缺失,诱发肝气郁滞、肝火偏旺等,致使脾胃运化功能失调^[22]。肝病最先传脾土,中医学有“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之说。肝失疏泄,使脾胃腐熟、运化的功能出现失调的现象。在情志不遂的影响下,患者容易出现肝气郁结和气机不利的现象。木不疏土是肝病的重要病机,受肝气郁结的影响,患者胃气不降,可见腹胀腹痛、厌食早饱等症状,通过疏肝理气和清泻肝火的方式,可有效促使肝与胃之间的平衡,提高脾胃病治疗效果和水平。王艳^[23]在报道中指出个体的精神因素也将对消化功能产生一定的影响,因此在慢性萎缩性胃炎患者中,由于男性和女性的生理病理基础不同,在发病上可能也存在一定的差异性。本研究 120 例患者中,包括男性患者 55 例,女性患者 65 例,女性患者人数略高于男性,肝胃不和型女性患者例数明显高于男性,但患者的性别相比差异无统计学意义($p>0.05$),本结果显示慢性萎缩性胃炎的发病与患者的性别并无显著相关性。但在病例数上女性多于男性,提示我们临床对于女性病人要注重疏肝理气的治疗,同时在预防疾病方面对女性患者进行保持心情舒畅等健康宣教。

部分研究学者认为,慢性萎缩性胃炎属于一种退行性改变,随着机体年龄的不断增长,这种退行性改变也将呈现出明显的发展趋势,这也使慢性萎缩性胃炎的发病与机体的年龄存在一定的相关性^[24]。而从中医角度来看,是因为年龄的增加会导致机体的气血

衰减,脾肾亏虚,气血津液不足,无法濡养胃络,而这也与现代医学中的胃黏膜萎缩和局部供血不足等研究相关。从本研究患者的年龄分布来看,其中以 50 岁以上患者例数居多,占比 69.17%,说明慢性萎缩性胃炎多见于中老年人群,这与部分研究学者的研究结果基本一致^[25]。

从患者的发病时间来看,病程时间大于 12 个月的患者例数为 31 例,占比 25.83%,病程时间为 6~12 个月的患者例数最多为 49 例,占比 40.83%,其次为病程时间<6 个月的患者 40 例,占比 33.33%,病程时间为 12 个月以内的患者占比高达 74.16%。然而,由于慢性萎缩性胃炎患者并无特异性临床症状,起病隐匿,因此本研究所统计的患者病程可能与患者的实际病程存在一定的差异,但从研究结果中依然可以看出慢性萎缩性胃炎属于一种慢性疾病,机体多会经历由炎性细胞逐渐向深浸润过程,以及腺体逐渐从完整至萎缩的病理性过程。如果尽早发现,尽早治疗,可以阻止疾病的进一步发展,阻止癌变,积极把握治疗时机,中西医结合治疗,特别是中医药的干预,非常重要。

从患者的中医证型分布情况来看,脾胃虚弱型是慢性萎缩性胃炎患者常见的中医证型,共有 37 例患者为脾胃虚弱型,占比 30.83%,其次依次为肝胃不和型 21.67%(26/120)、胃阴不足型 20.00%(24/120)、脾胃湿热型 18.33%(22/120)以及胃络瘀阻型 9.17%(11/120)。此研究表明 CAG 中医证型以脾胃虚弱最多见,《杂病源流犀烛·肿胀源流》说:“痞满,脾病也。本由脾气虚,及气郁不能运行,心下痞塞满。”脾胃后天之本,气血化生之源,脾胃亏虚,机体阴阳气血化生受限,胃失濡养,固有腺体减少、萎缩。近年来,国内外大量研究学者针对慢性萎缩性胃炎患者的中医证型分布情况进行了研究,且大部分临床研究^[26]均显示脾胃虚弱型是慢性萎缩性胃炎患者的主要证型。此研究中肝胃不和位居其次,原因可能与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,脾胃升降失调,气机阻滞不通,而发病。《景岳全书·痞满》曰:“怒气暴伤,肝气未平而痞”。本研究胃络瘀阻型占比较少,提示我们临床治疗时活血化瘀法应慎用,应仔细审查证候选方用药。

2 中医证型与患者一般资料的相关性分析

在对中医证型与患者一般资料的相关性进行研究时,本研究分别选取了患者的性别、年龄以及病程作为分析对象,并得出结果如下:

(1) 与性别的相关性：从中医证型与患者性别的相关性来看，不同中医证型患者的性别相比差异均无统计学意义 ($\chi^2=5.186$, $p=0.269$)，尽管如此从同中医证型内的性别分布情况来看，肝胃不和型的女性患者例数明显高于男性。目前，临床中针对中医证型与患者性别之间的研究相对较多，且在学术界依然存在一定的争议，部分研究学者认为慢性萎缩性胃炎中医证型与患者的性别存在显著的相关性，且大部分中医证型的性别分布均以女性为主^[27]。也有研究学者表示慢性萎缩性胃炎中医证型与患者的性别并无相关性^[28]，但临床中均普遍认为肝胃不和型慢性萎缩性胃炎患者中，女性患者人数显著高于男性，其可能与女性自身的生理结构存在一定的相关性^[29]。“女子以肝为先天”，肝主疏泄，条畅气机，若肝气郁滞，肝火旺盛等，使肝失调达，日久克脾土，出现“痞满”“胃痛”等。提示我们治疗时“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，在疏肝解郁的同时，注重于健脾和胃。

(2) 与年龄的相关性：从中医证型与患者年龄的相关性来看，不同中医证型患者的年龄相比差异有统计学意义 ($\chi^2=20.953$, $p<0.001$)，其中脾胃虚弱型、胃络瘀阻型均以年龄为 60 岁以上患者居多，胃阴不足型和肝胃不和型均以年龄为 51~60 岁患者居多，脾胃湿热型则以 50 岁及以下患者居多，通过对不同中医证型患者年龄的两两比较，可以发现脾胃湿热型与脾胃虚弱型、胃络瘀阻型、肝胃不和型患者的年龄分布存在差异，脾胃湿热型则多见于青年患者，脾胃虚弱型和胃络瘀阻型多见于老年患者，肝胃不和型多见于中年患者，其可能与不同年龄阶段机体自身的特点相关；如老年人多表现为脾胃虚弱型和胃络瘀阻型，其可能是因为人在步入老年后，脏腑功能减退，后天之本衰退，加之受到内外邪气侵袭等因素的影响，从而诱发疾病。青年人经常饮食不调，膏粱厚味，酿成湿热，致使湿热蕴脾胃而发病。中年人受工作、生活压力等多重因素影响，情志不畅，肝气过旺，失于疏泄，影响脾胃，从而诱发疾病。因此，临床上对老年患者要强调健脾胃治疗，常用方剂如六君子汤、参苓白术散等；肝胃不和应以疏肝理气、和胃降逆治疗为主，可运用柴胡舒肝散和平胃散等；青年人要注重于祛除实邪，脾胃湿热应以清热化湿、理气和中治疗为主，可运用清中汤等；胃络瘀阻应以活血化瘀、行气止痛为主，运用失笑散加味等。

(3) 与病程的相关性：从中医证型与患者病程的相关性来看，不同中医证型患者的病程相比差异无统计学意义 ($\chi^2=0.528$, $p=0.971$)，说明中医证型与患者的病程并无显著的相关性，更加提示我们临床治疗时要辨证论治。

3 中医证型与患者胃镜象的相关性

在临床慢性萎缩性胃炎治疗进展中,采用中医药治疗的方式,可以缓解疾病症状,提高疾病治疗效果。胃镜象可被视为中医望诊的延伸,掌握中医证候与胃镜的关系,借助胃镜象辅助患者的中医辨证诊断,结合患者的实际病症情况,制定合理的治疗方案。本研究在分析中医证型与患者胃镜象相关性的过程中,分别针对中医证型与患者胃镜象表现、胃镜下萎缩程度以及胃镜下形态的相关性进行了分析,并得出结论如下:

(1) 与胃镜象表现的相关性:通过对 120 例患者的胃镜象资料搜集,结果发现有 52 例患者的胃镜象均表现为黏膜白相,占比 43.33%,其次依次为血管透见 29.17% (35/120)、黏膜粗糙 16.67% (20/120) 以及颗粒增生 10.83% (13/120),各组之间相比差异无统计学意义 ($\chi^2=11.231$, $p=0.312$)。从不同中医证型患者的胃镜象来看,脾胃虚弱型患者的胃镜象以黏膜白相多见 62.16% (23/37),胃络瘀阻型患者的胃镜象以颗粒增生多见 45.45% (5/11),胃阴不足型患者的胃镜象以血管透见多见 37.50% (9/24),肝胃不和型患者的胃镜象以血管透见多见 38.46% (10/26),现代医学认为,单纯性慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜由于腺体被破坏,黏膜变薄,呈现出黏膜下层疏松结缔组织的颜色,致使胃镜下表现粘膜变白,继而黏膜下血管可透见,病情进展进而伴有胃小凹上皮增生,胃镜下表现粘膜粗糙或呈颗粒状,病情进一步发展相继出现肠上皮化生、上皮内瘤变。从中医角度来看,患者的胃镜象则是患者中医望诊的进一步延伸,本研究 CAG 胃镜象以黏膜白相检出率最高,中医五色之中,白色主虚、主寒,在内外邪气耗损脾胃元气下,则呈现出正气不足、黏膜白相等脾胃虚弱之象。病情进展,郁热伤胃阴,加之脾胃运化功能减弱,阴血生化乏源,继而出现胃阴不足之象,从而表现为粘膜变薄,血管透见,腺体萎缩加重,病深日久,病变由气入血,由经入络,导致血络不通,瘀血内结,而表现为黏膜粗糙、颗粒增生,且上皮内瘤变阳性率较高。慢性萎缩性胃炎的胃镜象由黏膜白相、血管透见到黏膜粗糙、颗粒增生,腺体萎缩程度由轻到重,肠上皮化生和上皮内瘤变的发生率由低到高的进展规律,与其中医病机由实到虚、病位由气入血、病情由轻到重的演变过程大致相符,故胃镜象可作为中医辨病的重要依据。

(2) 与胃镜下萎缩程度的相关性:通过对 120 例患者的胃镜下萎缩程度资料搜集,结果发现有 73 例患者的胃镜下萎缩程度为 I 级 (见图 5),占比 60.83%,42 例患者的胃镜下萎缩程度为 II 级 (见图 6),占比 35.00%,5 例患者的胃镜下萎缩程度为 III 级,

占比 4.17%，从不同中医证型患者的胃镜下萎缩程度来看，脾胃虚弱型、胃络瘀阻型、脾胃湿热型和肝胃不和型患者的胃镜下萎缩程度均以 I 级为主，胃阴不足型患者的胃镜下萎缩程度以 II 级为主，各组之间相比差异无统计学意义 ($\chi^2=6.372$, $p=0.137$)。何美桂^[30]发现，慢性萎缩性胃炎患者在发病初期的病情均相对较轻，且患者多以实证为主，病位多在气在经，并以肝胃不和型为主要证型，萎缩程度相对较轻，且患者很少伴有肠上皮化生以及上皮内瘤变。而随着病程时间的不断延长，则会导致病入血入络，内外邪气逐渐对机体的脾胃元气产生影响，使患者表现为正气不足、脾胃虚弱之证，黏膜白相较为多见，且腺体萎缩程度不断加重。

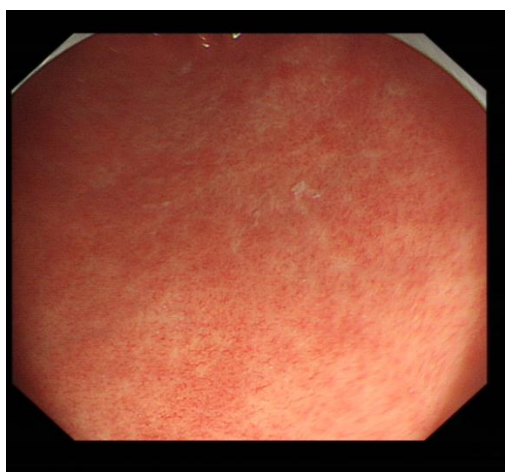


图 5 萎缩程度为 I 级

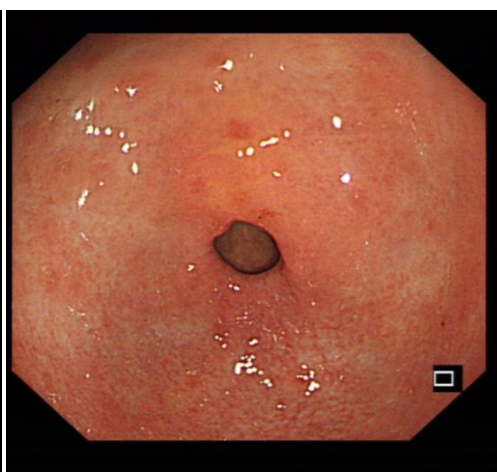


图 6 萎缩程度为 II 级

(3) 与胃镜下形态的相关性：通过对 120 例患者的胃镜下形态资料搜集，结果发现患者的胃镜下形态主要以伴增生为主，共有 77 例患者表现为伴增生，占比 64.17% (77/120)，其次依次为伴糜烂 51.67% (62/120)、伴出血 15.00% (18/120)、单纯性 15.00% (18/120)、伴胆汁反流 7.50% (9/120) 和伴肥厚 0.83% (1/120)，从不同中医证型患者的胃镜下形态来看，各中医证型均以伴增生为主要胃镜下形态，各组之间相比差异无统计学意义 ($\chi^2=12.724$, $p=0.889$)。临床中伴胆汁返流患者症状表现明显，伴胆汁反流患者多表现胃脘胀痛、舌红、苔黄腻、脉滑数，Xia Z M 等人^[31]在从中医角度进行分析时，发现“邪在胆，逆在胃”，一旦机体内出现肝胃不和，则会导致肝气疏泄失常，胆汁横逆入胃，使患者出现胆汁反流的胃镜下形态，这与本研究的研究结果基本一致。提示我们对于伴有胆汁反流者，要注重于疏肝利胆治疗，根据辨证给与柴胡疏肝散、温胆汤等治疗。

4 中医证型与患者病理象的相关性

在分析中医证型与患者病理象的相关性时,本研究分别针对中医证型与患者黏膜病理萎缩程度、肠上皮化生程度、上皮内瘤变程度以及炎症活动度之间的相关性进行了分析,并得出结论如下:

(1) 与黏膜病理萎缩程度的相关性:从患者黏膜病理萎缩程度来看,120 例患者中共有 56 例患者的黏膜病理萎缩程度为中度,占比 46.67%,47 例患者的黏膜病理萎缩程度为轻度,占比 39.17%,17 例患者的黏膜病理萎缩程度为重度,占比 14.17%,其中脾胃虚弱型患者黏膜病理萎缩程度以轻度为主,其余中医证型患者黏膜病理萎缩程度以中度为主。通过对中医证型与患者黏膜病理萎缩程度相关性的分析,结果发现不同中医证型患者的黏膜病理萎缩程度相比差异有统计学意义($\chi^2=17.850$, $p=0.001$),从两两比较结果来看,脾胃虚弱型与肝胃不和型患者的黏膜病理萎缩程度相比差异有统计学意义($p<0.001$),余不同中医证型患者的黏膜病理萎缩程度差异无统计学意义。提示脾胃虚弱型较肝胃不和型患者更易出现胃黏膜病理萎缩,与脾胃虚弱,胃失濡养有密切关系,提示临床上注重后天之本的重要性。

(2) 与肠上皮化生程度的相关性:120 例患者中,患者的病理结果显示仅有 3 例患者未出现肠上皮化生,其中有 57 例患者的肠上皮化生程度为轻度(见图 7),占比 47.50%,55 例患者的肠上皮化生程度为中度(见图 8),占比 45.83%,5 例患者的肠上皮化生程度为重度,占比 4.17%,其中脾胃虚弱型、脾胃湿热型患者肠上皮化生程度以轻度为主,胃络瘀阻型、胃阴不足型、肝胃不和型患者肠上皮化生程度以中度为主,不同中医证型患者的肠上皮化生程度相比差异有统计学意义($\chi^2=22.189$, $p<0.001$),从两两比较结果来看,脾胃虚弱型和胃络瘀阻型、脾胃虚弱型和肝胃不和型、胃络瘀阻型和脾胃湿热型患者的肠上皮化生程度相比差异有统计学意义($p<0.005$)。CAG 伴癌前病变是一个慢性发展过程,胃黏膜固有腺体的萎缩、肠化总是经历一个由轻到重的逐渐演变过程。脾胃虚弱是发病的基础,脾气虚弱,运化失司,湿邪内生是发生萎缩、肠化的启动因素。湿邪阻滞,胃络瘀阻,津液生化不足,阴虚血瘀也是发生重度肠化的重要病机,临床上应尽早胃镜检查,以便早期发现癌前病变,积极治疗,防止癌变。

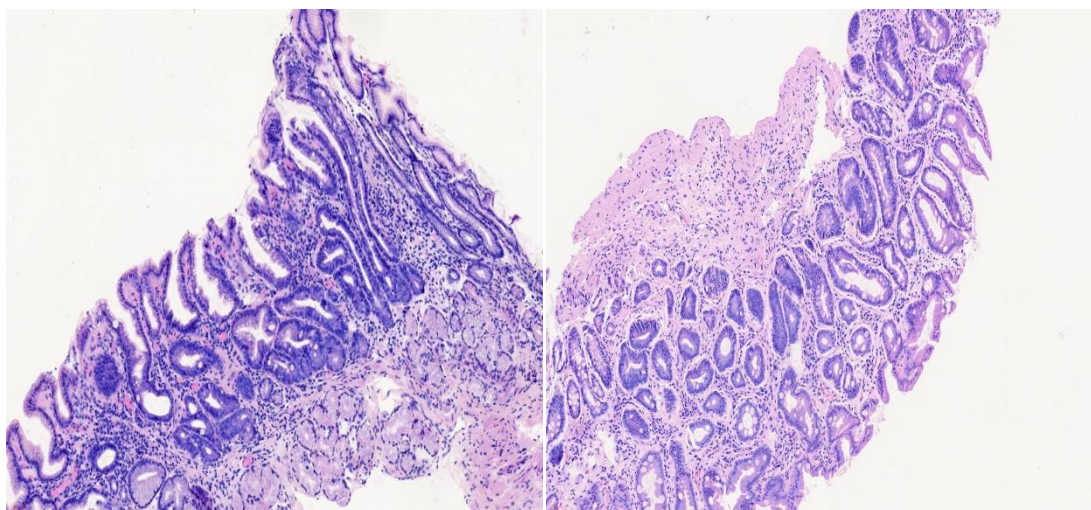


图 7 轻度肠上皮化生

8 中度度肠上皮化生

（3）与上皮内瘤变的相关性：120 例患者中有 95 例患者的上皮内瘤变结果显示为阴性，占比 79.17%，24 例患者为轻度上皮内瘤变（见图 9），占比 20.00%，仅有 1 例患者为重度上皮内瘤变，占比 0.83%，不同中医证型患者的上皮内瘤变程度相比差异无统计学意义（ $\chi^2=4.106$ ， $p=0.392$ ）。

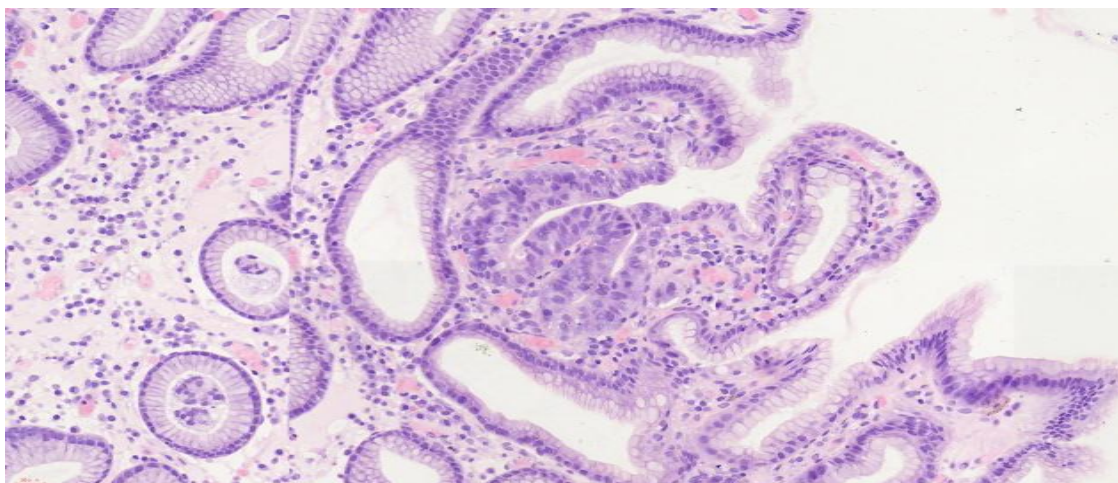


图 9 轻度上皮内瘤变

（4）与炎症活动度的相关性：120 例患者中共有 35 例患者炎症活动度为静止期，占比 29.17%，85 例患者的炎症活动度为活动期，占比 70.83%，从中医证型与患者的炎症活动程度相关性来看，不同中医证型患者的炎症活动度相比差异无统计学意义（ $\chi^2=6.920$ ， $p=0.140$ ）。本结果提示慢性萎缩性胃炎无论虚实寒热，多会出现炎症活动，经治疗后如果炎症消除或处于静止，对判断疗效也可提供重要依据。

5 中医证型与患者 Hp 感染程度的相关性

从中医证型与患者的 Hp 感染程度相关性来看, 120 例患者中共有 59 例患者为 Hp 阴性, 占比 49.17%, 39 例患者为 Hp 轻度感染, 占比 32.50%, 8 例患者为 Hp 中度感染, 占比 6.67%, 14 例患者为 Hp 重度感染, 占比 11.67%, 从中医证型与患者 Hp 感染程度的相关性来看, 不同中医证型患者的 Hp 感染程度相比差异无统计学意义 ($\chi^2=0.500$, $p=0.974$)。近年来, 随着临床中针对慢性萎缩性胃炎与 Hp 感染相关性研究的不断增多, 针对慢性萎缩性胃炎患者是否均伴有 Hp 感染也存在一定的研究争议, 但从本次研究的结果中来看, 不同中医证型患者 Hp 感染程度差异无统计学意义, 提示 Hp 感染可能是诱发慢性萎缩性胃炎的主要病因, 但却并不是导致慢性萎缩性胃炎的唯一病因。

6 研究的创新性:

本课题结合了中医证型、现代科学诊断方法等, 从中医证型入手, 探讨了慢性萎缩性胃炎的中医证型与其年龄、胃镜象、病理象的相关性, 为将现代检查手段与中医辨证相结合提供了一定的理论借鉴和临床参考。

结论

慢性萎缩性胃炎患者的中医证型主要以脾胃虚弱型为主，其次为肝胃不和型，胃络瘀阻型占比最低，且不同中医证型年龄分布有差异。

从中医证型与患者的病理象关系来看，部分中医证型患者的黏膜病理萎缩程度和肠上皮化生程度存在显著差异，脾胃虚弱型较肝胃不和型更易出现胃黏膜病理萎缩，脾胃虚弱型和脾胃湿热型患者的肠上皮化生程度以轻度为主，而其它证型则以中度为主。

问题与展望

由于病例采集范围有限，时间较短，样本量也较小，不能完全反应 CAG 的临床特征，今后将进一步扩大病例采集范围，增加样本量，进行更有说服力的研究以增加结果的准确性。

参考文献

- [1]袁涛.益气活血养阴治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].光明中医, 2016, 31(21):3136-3137.
- [2]李军,周萍,兆咏彬.胃镜和病理检查在慢性萎缩性胃炎诊断中的应用[J].中国民族民间医药, 2015, 24(24):99-100.
- [3]孙金锋,霍丙胜,郎岩,等.胃镜检查慢性萎缩性胃炎和病理诊断的相关性分析[J].健康之路, 2017, 19(8):120.
- [4]Liu X,Liu J,Yanru D U,et al.LI Diangui's Medication Characteristics in Treating Chronic Atrophic Gastritis with Intestinal Metaplasia[J].Journal of Traditional Chinese Medicine,2017,336(27):581-583.
- [5]徐建峰.慢性萎缩性胃炎胃镜表现与病理诊断结果的临床对比研究[J].临床医药文献电子杂志, 2016, 3(56):11130.
- [6]刘丽萍.对比慢性萎缩性胃炎胃镜诊断与病理诊断结果[J].临床医药文献电子杂志, 2017, 18(94):18470.
- [7]冯其敏.胃镜检查慢性萎缩性胃炎和病理诊断的相关性分析[J].养生保健指南, 2017, 23(35):120.
- [8]邓少珍,莫秀清.慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染、病理分级的相关性研究[J].中国现代药物应用, 2015, 24(14):249-250.
- [9]黄倩.胃镜与病理诊断慢性胃炎的临床一致性分析[J].中国保健营养, 2017, 27(31):273-274.
- [10]王广平.慢性萎缩性胃炎的胃镜检查与病理诊断的相关性[J].临床医药文献电子杂志, 2017, 4(25):4795.
- [11]李俊青.参七消痞颗粒对 MNNG 负荷多因素致大鼠慢性萎缩性胃炎的干预作用及机制探讨[D].北京:北京中医药大学, 2013: 19-20.

- [12]Tang X D,Zhou L Y,Zhang S T,et al.Randomized double-blind clinical trial of Moluodan,for the treatment of chronic atrophic gastritis with dysplasia.[J].Chinese Journal of Integrative Medicine,2016,22(1):9.
- [13]王伟,朱方石,吴晓燕.慢性萎缩性胃炎中医药治法分类研究[J].世界华人消化杂志,2008,16(32):3692-3695.
- [14]易平钰,朱方石.慢性萎缩性胃炎中医治法分布及方剂运用规律[J].世界华人消化杂志,2011,27(36):3696-3699.
- [15]艾春花,黄铭涵.慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜、胃黏膜病理及幽门螺旋杆菌感染的相关性研究[J].云南中医学院学报,2016,39(5):57-61.
- [16]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(3):207-209.
- [17]长春中医学院.中医诊断学[M].吉林人民出版社,1984.
- [18]刘庆生,桑怡,蔡丹莉,等.慢性萎缩性胃炎中医证型与病理 Hp 感染关系分析[J].浙江临床医学,2015,17(12):2121-2123.
- [19]刘志朝.萎缩性胃炎的胃镜检查与病理诊断的对比分析[J].中医学报,2014,26(12):468.
- [20]Liese AD, Ma X, Maahs DM, et al. Physical activity, sedentary behaviors, physical fitness, and their relation to health outcomes in youth with type 1 and type 2 diabetes:a review of the epidemiologic literature[J]. Journal of Sport and HealthScience,2013,2(1):21-38.
- [21]孙青.慢性萎缩性胃炎中医证型分布规律研究[D].南京:南京中医药大学,2014:11-14.
- [22]Yang G T,Zhao H Y,Kong Y,et al.Correlation between serum vitamin B12 level and peripheral neuropathy in atrophic gastritis[J].World Journal of Gastroenterology,2018,24(12):1343-1352.

- [23]王艳.胃镜诊断慢性萎缩性胃炎的临床分析[J].现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 25(7):8-9.
- [24]朱日, 孙国庆, 沙筠, 等.肠化型慢性萎缩性胃炎与幽门螺杆菌及中医证型关系的研究[J].新中医, 2012, 21(7):36-37.
- [25]陈琳, 程维峰, 凌晨, 等.慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照分析[J].医药前沿, 2017, 7(8):144-145.
- [26]张小勇.慢性胃炎胃镜病理与中医证型相关研究[J].实用中医内科杂志, 2014(10):5-6.
- [27]杨茂升, 刘永贵.慢性萎缩性胃炎的胃镜和病理诊断的相关性分析[J].深圳中西医结合杂志, 2014, 24(6):32-33.
- [28]Gao X,Zhang Y,Brenner H.Associations of Helicobacter pylori infection and chronic atrophic gastritis with accelerated epigenetic ageing in older adults.[J].British Journal of Cancer,2017,117(8):492.
- [29]张金丽, 王春浩, 周文平, 等.慢性萎缩性胃炎 6 种证型胃镜像和病理学表现研究[J].中医杂志, 2012, 53(11):942-944.
- [30]何美桂.慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断对照分析[J].大家健康旬刊, 2017, 11(3):100-101.
- [31]Xia Z M,Menglian Wu M D,Dan Z,et al.The relationship of interpersonal sensitivity and depression among patients with chronic atrophic gastritis: The mediating role of coping styles[J].Journal of Clinical Nursing,2018,27(5):3-6.

致谢

时光荏苒，转眼已到毕业时。许多给予我帮助的人，很多熟悉的形影或许将永远刻在脑海中，自此不在出现在我的生活中……。此刻，总有一种依依不舍之情和物是人非的感伤……想对身边的同学、朋友、老师以及接受我诊治的患者……所有与我有过交集的人、所有我认识的人和认识我的人，说一声谢谢！相聚是缘，拼搏与坚持、辛酸与欢乐、失去与获得，都融入到这段时光，散落于每个角落，直至永恒。我欣慰地知道，多年以后这里依然会充盈着我的气息，承载着我的欢乐和收获，对此我满怀感激。

本课题研究及学位论文是在我的导师的悉心指导下完成。她严肃的科学态度，严谨的治学精神，精益求精的工作作风，深深地感染和激励着我，使我受益终身。在此向左老师致以诚挚的谢意和崇高的敬意。同时也要感谢参与本课题的师长、同事、同学，正是由于你们的帮助和支持，我才能克服一个一个的困难和疑惑，直至本文的顺利完成。

在此，回首过去历历在目，有多少可敬的师长、同学、朋友给了我莫大的帮助，在这里请接受我诚挚的谢意！同时感谢我的父母、家人对我的坚定支持和无言的奉献！

最后，衷心感谢各位专家、教授给予我的指导和帮助。

谢谢！