

胆汁反流性胃炎患者中医体质与证型的相关性研究

盛莉¹ 徐斌¹ 龙惠珍²

(1 金华市中心医院传统医学中心 2 浙江省中医院 浙江 金华 321000)

【摘要】目的 明确胆汁反流性胃炎患者中医体质与中医证型的分布情况,探讨其中医体质、证型及其与胃粘膜病理类型的相关性,为中医辨证治疗提供理论依据与预防措施。方法 采用临床问卷调查的研究方法,对 100 例胃镜下确诊患者进行中医体质及证候问卷调查,根据相关标准确定各位患者的中医体质和证型,最后整理归纳,综合分析。结果 1) 中医证型以湿热中阻证最多见,占 33%,其次是肝胃郁热证,占 25%;中医证型与胃粘膜病理类型有相关性 ($P=0.027<0.05$ 有统计学意义)。2) 中医体质主要是兼夹气郁气虚质,占 15%,其次为气郁质和气阳两虚质,各占 11%;3) 中医体质为阴虚质者其证型多表现为胃阴不足证 ($P<0.05$);中医体质为阳虚患者和阴阳两虚质者其证型多表现为脾胃虚弱证 ($P<0.05$);中医体质为痰湿质者其证型多表现为湿热中阻证 ($P<0.05$);中医体质为平和质者,其证型多表现为肝胃不和证 ($P<0.05$)。结论 胆汁反流性胃炎中医证型以湿热中阻证、肝胃郁热证最为多见;中医体质主要为气虚气郁质,其次为气郁质和气阳两虚质;浅表性胃炎以肝胃郁热证、肝胃不和证为主,活动性胃炎以湿热中阻证、脾胃虚弱证为主,萎缩性胃炎伴肠化或异型增生则均以湿热中阻证为主;胆汁反流性胃炎患者中医证型形成与中医体质有一定的内在相关性。

【关键词】胆汁反流性胃炎,中医证型,中医体质,病理类型

胆汁反流性胃炎是由多种原因引起的十二指肠内胆汁等反流入胃,胆酸破坏了胃粘膜屏障,导致粘膜充血、水肿、糜烂等炎症改变。典型临床表现上腹部胀满或疼痛,进餐加重,可伴有呕吐、泛酸、形体消瘦。本病系属中医“胃脘痛”、“嘈杂”、“呕苦”等范畴,病机总属肝失疏泄,胃失和降,胆汁随胃气上逆。本研究通过观察胆汁反流性胃炎患者中医体质、证候类型及病理类型的分布,探讨不同体质与证候之间的相关性,为胆汁反流性胃炎中医辨证施治和预防提供理论依据,以进一步发挥中医药治疗此类患者的优势。

1 资料与方法

1.1 病例的选择

(1) 西医诊断标准 参照人卫出版社《实用中医消化病学》第 1 版 诊断标准:(1)反复发作的上腹部隐痛,或胸骨后疼痛,或伴胆汁性呕吐,食欲减退,体重减轻,贫血等。(2)可伴上腹部或剑突下轻压痛,一般压痛不剧烈。(3)参照 1990 年第 9 届悉尼世界胃肠病学大会上提出胃镜下诊断标准:皱壁有红斑、红肿,胃腔内有胆汁,幽门口附近粘膜呈牛肉样红色,皱壁明显红肿甚至呈息肉样。

1.1.2 纳入标准 符合胆汁反流性胃炎西医诊断标准,年龄 18-80 岁,自愿参与调查,签署知情同意书。

1.1.3 排除标准 1) 病理诊断疑有癌变及其他外科情况者,有胃切除或者胆囊摘除患者;2) 临床不能配合者;3) 妊娠期、哺乳期妇女;4) 有严重的呼吸系统和心脑血管系统疾病患者。

1.2 研究对象 从 2015 年 1 月至 2016 年 2 月在相关科室及门诊做胃镜检查的患者。选取明确胆汁反流性胃炎患者 100 例,其中男性 42 例,女性 58 例,年龄 18-78 岁,平均年龄 45.45 岁。

1.3 观察方法

1.3.1 中医体质分类与判定 参考 2009 年中华中医药学会《中医体质分类与判定》共有平和质、气虚质、阴虚质、阳虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质 9 种体质以及其体质计分方法与判定标准。

1.3.2 中医辨证 参照《中药新药临床研究指导原则》及近 10 年胆汁反流性胃炎的中医证候相关研究文献,拟定肝胃不和、肝胃郁热、湿热中阻、瘀血阻络、脾胃虚弱、胃阴不足 6 个证型。收集四诊资料,并由 2 名中医副高以上专家判断中医证型。

1.3.3 一般资料 包括患者姓名、性别、年龄、联系电话、饮食、烟酒嗜好。

1.4 统计学方法

采用 Microsoft Excel 建立数据库;使用 SPSS 17.0 统计软件分析,用频数对中医证候及中医体质的出现率进行描述,计数资料的

比较用 χ^2 检验,多因素采用 Logistic 回归进行统计分析。以 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 纳入的 100 例胆汁反流性胃炎患者,其中男性占 42%,女性占 58%;年龄以中青年为主,占 75%;胃粘膜病理类型以浅表性胃炎为主,占 60%。(详见表 1)。

表 1 胆汁反流性胃炎患者的一般情况

组别	例数	占比比例%
性别		
男	42	42%
女	58	58%
年龄		
<=20 岁	5	5%
>20 且 <=40 岁	33	33%
>40 且 <=60 岁	42	42%
>60 岁	20	20%
病理类型		
浅表性	60	60%
活动性	10	10%
萎缩性	8	8%
萎缩伴肠化	18	18%
异型增生	4	4%

2.2 中医证型分布及其与病理类型相关性

2.2.1 中医证型分布 由以下统计结果可见,胆汁反流性胃炎患者以湿热中阻最多见,占 33%,(详见表 2)

表 2 胆汁反流性胃炎患者中医证型分布情况

证型	例数	占比比例%
肝胃不和	16	16%
肝胃郁热	25	25%
湿热中阻	33	33%
脾胃虚弱	16	16%
胃阴不足	7	7%
瘀血阻络	3	3%
合计	100	100%

2.2.2 中医证型与胃粘膜病理类型相关性

本研究结果显示,胆汁反流性胃炎患者胃粘膜病理表现大部分为浅表性胃炎,经 Kruskal-Wallis 检验,各中医证型与胃粘膜病理类型有相关性 ($X^2=12.622, P=0.027$), $P<0.05$ 有统计学意义,由此可见浅表性胃炎以肝胃郁热、肝胃不和、湿热中阻为主,活动性胃炎以湿热中阻、脾胃虚弱为主,萎缩性胃炎伴肠化以湿热中阻证为主,异型增生主要出现在湿热中阻证。湿热中阻证所表现的胃粘膜病理类型以浅表性为主,其次为萎缩伴肠化,与整体样本胃粘膜病

理类型分布一致。(详见表3)

表3 中医证型与胃粘膜病理类型的分布关系

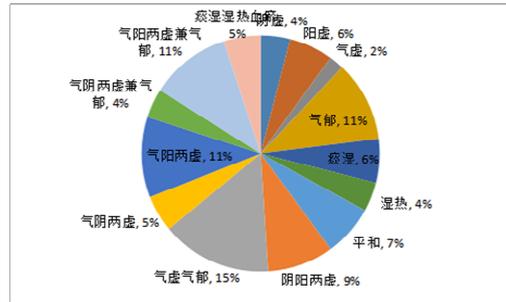
证型	HP		浅表性	活动性	萎缩性	萎缩伴肠化	萎缩肠化异型增生	合计
	(+)	(-)						
肝胃不和	3	13	14	0	2	0	0	16
肝胃郁热	7	18	17	2	1	5	0	25
湿热中阻	7	26	14	4	1	10	4	33
脾胃虚弱	2	14	8	4	2	2	0	16
胃阴不足	2	5	5	0	2	0	0	7
瘀血阻络	1	2	2	0	0	1	0	3
合计	22	78	60	10	8	18	4	100

注: 经卡方检 $X^2=12.622, P=0.027$ 提示各中医证型与胃粘膜病理类型有相关性

2.3 中医体质分布及其相关性

2.3.1 中医体质分布情况

由以下统计结果显示, 100 例胆汁反流性胃炎患者中医体质主要为气虚气郁质, 占 15%, 其次为气郁质、气阳两虚质、气阳两虚兼气郁, 各占 11%。(详见图 1)



2.3.2 中医体质与证型的相关性

1)、阴虚质

定义阴虚质为二分类变量(以是否为标准, 0 为否, 1 为是), 以阴虚质作为因变量, 以 6 个证型作为自变量(同样以是否作为标准, 0 为否, 1 为是), 进行二项分类 Logistic 回归分析。结果表明阴虚质与胃阴不足证型有相关性, 提示中医体质为阴虚患者其证型多表现为胃阴不足证。(详见表 4)

图 1 中医体质分布图

表 4 100 例胆汁反流性胃炎患者阴虚质与中医证型的相关性分析

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)	Exp(B)的 95% C.L	
							上限	下限
胃阴不足	2.901	1.100	6.952	1	.008	18.200	2.106	157.317
常量	-3.818	.715	28.523	1	.000	.022		

2)、阳虚质

医体质为阳虚患者其证型多表现为脾胃虚弱证。(详见表 5)

相同分析方法, 结果表明阳虚质与脾胃虚弱有相关性, 提示中

表 5 胆汁反流性胃炎患者阳虚质与中医证型的相关性

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)	Exp(B)的 95% C.L	
							上限	下限
脾胃虚弱	2.615	.920	8.087	1	.004	13.667	2.254	82.864
常量	-3.714	-3.714	26.925	1	.000	.024		

3)、气虚质

见表 6)

相同分析方法, 结果表明气虚质与各证型无明显相关性。(详

表 6 胆汁反流性胃炎患者气虚质与中医证型的相关性

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)
常量	-3.892	.714	29.687	1	.000	.020

表 7 胆汁反流性胃炎患者气郁质与中医证型的相关性

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)
常量	-2.091	.320	42.794	1	.000	.124

4)、气郁质

同上述分析方法, 结果表明气郁质与各证型无明显相关性。(详见表 7)

5)、痰湿质

同上述分析方法, 结果表明痰湿质与湿热中阻证有相关性, 提示中医体质为痰湿质患者其证型多表现为湿热中阻证。(详见表 8)

表 8 胆汁反流性胃炎患者痰湿质与中医证型的相关性

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)	Exp(B)的 95% C.L	
							上限	下限
湿热中阻	2.467	1.118	4.865	1	.027	11.786	1.316	105.526
常量	-4.190	1.008	17.291	1	.000	.015		

6)、平和质

同上述分析方法, 结果显示平和质的胆汁反流性胃炎患者与肝

胃不和有明显相关性, 提示中医体质为平和质患者, 其证型可表现为肝胃不和证。(详见表 9)

表 9 胆汁反流性胃炎患者平和质与中医证型的相关性

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)	Exp(B)的 95% C.L	
							上限	下限
肝胃不和	1.829	.869	4.428	1	.035	6.231	1.134	34.246
常量	-3.296	.588	31.424	1	.000	.037		

7)、兼夹体质阴阳两虚质 性,提示中医体质为阴阳两虚质患者其证型多表现为脾胃虚弱证。同上述分析方法,结果表明阴阳两虚质与脾胃虚弱证有相关性(详见表10)

表 10 胆汁反流性胃炎患者阴阳两虚质与中医证型的相关性

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)	Exp(B)的 95% C.L	
							上限	下限
脾胃虚弱	1.661	.739	5.055	1	.025	5.267	1.238	22.413
常量	-2.760	.461	35.821	1	.000	.063		

8)、兼夹体质气虚、气郁质 性。(详见表11)同上述分析方法,结果表明气虚气郁质与各证型无明显相关性。

表 11 胆汁反流性胃炎患者气虚气郁质与中医证型的相关性

	B	S.E	Wals	df	Sig	Exp(B)
常量	-1.735	.280	38.363	1	.000	.176

3、分析与讨论

研究表明胆汁酸与胃溃疡、Barretts 食管、残胃癌和食管腺癌密切相关^[1],但碱性反流性胃炎的发病机制至今仍不明确。我国传统医学依据辨证论治,检方用药,对此类胃炎的治疗有着重大贡献,不少研究表明中医中药对治疗不同证型的此类患者有显著疗效^[2-4]。中医体质学说作为中医理论基础的重要组成部分,决定是否对某种致病因素或病邪的易感性和从化性,从而决定病证的形成、传变和转归,甚至更能决定论治原则。

本课题通过对 100 例胆汁反流性胃炎患者进行调查,探讨此类患者中医证型与体质及其与胃粘膜病理类型的相关性。研究结果表明,入选的 100 例胆汁反流性胃炎患者以湿热中阻证最多见(占 33%),其次是肝胃郁热证(占 25%)。一方面现代人饮食不节或饮食不洁,嗜食肥甘厚味,损伤脾胃;另一方面生活、工作压力大,情绪焦躁或郁郁寡欢,导致肝木克脾土,脾胃中焦运化失常,湿邪留滞,湿邪郁久化热,则成为湿热。“气有余便是火”,肝气郁结日久化热则形成肝胃郁热证。

胆汁反流性胃炎患者胃黏膜病理表现大部分为浅表性胃炎(占 60%),经 Kruskal-Wallis 检验,各中医证型与胃粘膜病理类型有相关性($P=0.027<0.05$),这与以往研究相符。可见大多数 BRG 患者胃粘膜病理表现仍为浅表性胃炎;而进一步发展的萎缩伴肠化以湿热中阻证和肝胃郁热证为主。鄙人认为湿性粘滞,缠绵难愈,胆汁作为致病因子,长期刺激胃黏膜,可使胃黏膜由浅表性炎症转变为萎缩性炎症伴肠上皮化生。

研究表明,此类患者兼夹体质占 60%,兼夹体质中又以气郁质占多数,占 30/60,而单纯体质以气郁质为主,占 11/40。可见胆汁反流性胃炎患者体质多为兼夹体质,且患者常表现出的情致异常特点。兼夹体质中气虚气郁质占 15/60,气阳两虚质占 11/60,这可能与现代人较少运动有关,“久卧伤气、久坐伤肉”,“七情六欲之过则伤元气”,形成气阳两虚质;加之长期的紧张情绪,心情抑郁,形成气虚气郁质。

本研究对胆汁反流性胃炎患者中医体质与证型进行相关性分析,结果显示中医体质与中医证型具有相关性,由此说明体质可影响证型的形成。若素为阴虚体质,外邪入侵,虚者更虚,患病后证

型多从阴虚而化,表现为胃阴不足证;若素体为阳虚,影响脾胃的运化水谷、运化水液等功能,则临床表现为脾胃虚弱证;若素为痰湿体质,湿困脾,脾失于运化,则水液停滞中焦,成为湿邪,内外湿邪郁久化热,形成湿热中阻证;若素为平和质,本无对致病因素的易感性和倾向性,故当肝郁失于疏泄,则胃气上逆,形成胆汁反流性胃炎。而其中气郁质其证型表现多样,可见单纯兼夹气郁质患者并无固定证型。中医用肝郁气滞来解释情志不畅,长期的情绪压抑,精神紧张,影响肝的疏泄功能,肝气不疏,胆汁不循常道,可随胃气上逆,或肝郁化火,或木盛克土,损伤脾胃,脾虚生湿,脾湿日久化热,其证型可表现为肝胃不和、肝胃郁热、湿热中阻。

本次调查结果显示中医体质主要为兼夹气郁质,证型集中在湿热中阻证,而经 Logistic 回归分析其证型表现与体质特点相符,并且一种体质也可有多种证型的发生,说明体质与证型之间是一种多重复杂的对应关系。患者辨证结果可以是湿热中阻证,而在平素可以表现为气郁质,这符合此类患者情绪纠结的一个特点。体质反映正气的强弱,证型是发病时的辨证分型,所以体质可以是一种亚健康状态,当正气不足之时便是发病之日。

总之,胆汁反流性胃炎作为一个病因复杂且病机尚未明确的疾病,随着人们生活习惯的改变、生活节奏的加快而使其发病率日渐增高,传统中医的辨证论治法是中医精髓所在,将辨证论治与现代医疗技术相结合有助于提高人们对胆汁反流性胃炎的辨证治疗规律的认识。而在临床辨证治疗时,将中医“辨证”、“辨质”、“辨病”相结合,注意调节体质的偏颇,以减轻个体对易感因素的敏感性,从而有利于提高胆汁反流性胃炎的疗效,更发挥祖国医学的优势。

参考文献:

[1]戴菲,龚均,罗金燕,等. 十二指肠胃反流胃肠动力机制研究[J]. 胃肠病学, 2008, 13 (2): 87-90.
 [2]孙振华,李生荣. 胆汁反流性胃炎 65 例诊治分析[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 13: 3103.
 [3]邹多武. 内脏高敏感在胃肠功能性疾病中的作用[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(6): 429-430.
 [4]孔建华, 杨昭徐. 胃排空障碍在胆汁反流性胃炎发病中的作用 [J]. 中华内科杂志, 2005, 44 (11): 852-953