

慢性胃炎幽门螺杆菌感染与湿热比重的相关性研究[※]

李星慧¹ 黄伟荣² 高雅¹ 黄琰钰¹ 兰萌¹ 林雪娟^{1▲}

摘要 目的:探讨慢性胃炎湿热证及不同湿热比重对幽门螺杆菌阳性率的影响,为中医药防治幽门螺杆菌感染提供理论依据与临床思路。**方法:**采用证素辨证方法,选取 156 例慢性胃炎湿热证患者、150 例慢性胃炎非湿热证患者进行对照研究,探讨幽门螺杆菌感染阳性率与湿热因素的关系。**结果:**慢性胃炎湿热组的幽门螺杆菌阳性率(39.74%)高于非湿热组(21.33%);湿热证患者中,湿热并重占比最高(61.54%),其次是湿重于热(28.85%),热重于湿占比最小(9.61%),三组的幽门螺杆菌阳性率分别为 43.75%、26.67%、53.33%;与湿重于热组相比,非湿重于热组的幽门螺杆菌阳性率较高($P < 0.05$)。**结论:**慢性胃炎湿热证与非湿热证间的幽门螺杆菌阳性率存在差异,且临床感染幽门螺杆菌的湿热证患者以湿热并重为主;相较于“湿重”的胃内环境,“湿热”和“热”与幽门螺杆菌的关系更为密切,其胃内环境更有利于幽门螺杆菌的生存与繁殖。

关键词 慢性胃炎;幽门螺杆菌;证素;湿热证

幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染是一种感染性疾病,主要经口-口、粪-口途径在人群中传播,感染后定植于人体胃型上皮,是引起慢性胃炎(Chronic gastritis, CG)的主要病因。自 1979 年,Warren 注意到胃黏膜中 Hp 的存在与慢性胃炎活动性相关后,世界各国围绕此项发现开展诸多探索,现有资料证实,绝大多数的慢性胃炎患者都存在 Hp 感染史^[1-2],即 Hp 胃炎。2014 年,“幽门螺杆菌胃炎京都全球共识”倡议,除有抗衡因素方面考虑外,均应对 Hp 感染者进行根除治疗^[3];我国《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》也提出 Hp 胃炎予根除治疗后,可明显改善胃黏膜炎性反应,阻止或延缓胃黏膜萎缩和肠化生的进展,甚可部分逆转胃黏膜萎缩^[4]。故临床医师应遵照共识规范诊治 Hp 相关性胃炎,使患者临床症状获得长期缓解。

我国是慢性胃炎和 Hp 感染的双重高发国家,近年来,虽然 Hp 感染率有下降的趋势,但 Hp 对抗菌药物的耐药率却呈上升趋势^[5],且初次治疗失败后容易导致继发耐药的发生。为克服耐药问题,提高根除

率,国内研究者近年来对中药治疗 Hp 及中西医结合治疗 Hp 投以更多的目光,目前已积累了一定经验。临床实践发现湿热因素在 HP 相关性胃炎的发展过程中占有重要地位^[6-7]。一般认为湿热是 Hp 感染的重要因素,但对于“湿”“热”与 Hp 阳性率之间是否存在差别少有探讨,因此,本研究从不同湿热比重入手,比较 CG 湿热证 Hp 的感染率,探讨 Hp 感染与湿热比重之间的关系,以期望为临床辨证诊疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象来源 收集 2019 年 6 月—2020 年 6 月就诊于福建中医药大学附属晋江中医院脾胃科门诊及病房并经胃镜和病理检查确诊的 CG 湿热证患者 156 例,CG 非湿热证患者 150 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 CG 西医诊断标准参照《中国慢性胃炎共识意见》^[8],内镜结合组织病理学检查可诊断 CG 为慢性非萎缩性胃炎和慢性萎缩性胃炎两大基本类型。Hp 感染的诊断参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[4],当 13C/14C 呼气试验、组织学光镜检查、快速尿素酶试验任意 1 项诊断为阳性,即判定 Hp 感染。

1.2.2 中医证素诊断标准 依据朱文锋教授《证素辨证学》^[9],根据采集的四诊信息在诊断中的权重,以加权阈值法确定证素。将各四诊信息对某证素的贡献度进行累积相加,所得的贡献度之和,作为该证素的

※基金项目 国家自然科学基金项目(No.81230087);福建省自然科学基金项目(No.2018J01892);载人航天领域预先研究项目(No.020104)

▲通讯作者 林雪娟,女,教授,医学博士,博士研究生导师。主要从事四诊信息采集及标准化研究。E-mail:lxjfyzy@126.com

•作者单位 1.福建中医药大学中医证研究基地(福建 福州 350122); 2.福建中医药大学附属晋江中医院(福建 泉州 362200)

积分。积分<70, 归为0级, 说明基本无病理变化; 70≤积分<100, 归为1级, 说明存在轻度病理变化; 100≤积分<150, 归为2级, 说明存在中度病理变化; 积分≥150, 归为3级, 说明存在严重病理变化。

1.3 研究对象选择标准

1.3.1 纳入标准 ①符合上述CG西医诊断标准者; ②年龄18周岁以上, 65周岁以下者; ③近1个月未服用过抗生素和质子泵抑制剂者; ④湿热证组: 经证素辨证, 热(火)和湿积分均≥100者; ⑤非湿热证组: 经证素辨证, 热(火)和湿积分任何一项或两项<70者。

1.3.2 排除标准 ①妊娠及哺乳期妇女; ②合并严重疾病者; ③有严重认知障碍或精神病的患者; ④不能表达主观不适症状者; ⑤不能或不愿配合调查者。

1.4 四诊信息的采集 参照“600常见症状的辨证意义”^[10], 结合临床调研与专家意见, 制订统一规范的CG四诊信息采集表, 主要包括基本资料、饮食习惯、烟酒嗜好、临床表现、西医临床诊断以及胃镜和病理诊断等内容。由2位经过培训的中医人员, 按照中医传统四诊方法, 按统一的标准进行四诊信息的采集, 并做好记录。

1.5 CG证素特征提取 采用福建中医药大学中医证研究基地的“中医健康状态辨识系统”, 将采集到的四诊信息录入系统, 后台对四诊信息进行处理并输出相关证素及其积分。

1.6 CG湿热证不同湿热比重的分组 根据计算所得证素积分, 进行湿热比重分组: ①湿重于热组: 湿、热积分均≥100且(湿积分-热积分)≥50; ②热重于湿组: 湿、热积分均≥100且(热积分-湿积分)≥50; ③湿热并重组: 湿、热积分均≥100且湿、热积分相差均<50。

1.7 统计学方法 采用SPSS 23.0软件进行统计学分析, 计数资料采用χ²检验, 以P<0.05表示具有统计学差异。

2 结果

2.1 CG湿热证患者不同湿热比重分布情况 根据CG湿热证患者湿热比重的不同进行统计分析, 得出其频数分布由高到低依次为: 湿热并重、湿重于热、热重于湿。见表1。

表1 CG湿热证患者不同湿热比重频数分布情况(n=156)

| 排序 | 湿热比重 | 例数 | 百分比(%) |
|----|------|----|--------|
| 1 | 湿热并重 | 96 | 61.54 |
| 2 | 湿重于热 | 45 | 28.85 |
| 3 | 热重于湿 | 15 | 9.61 |

2.2 CG湿热证与CG非湿热证患者Hp感染情况比较 156例CG湿热证患者的Hp阳性率为39.74%; 150例CG非湿热证患者的Hp阳性率为21.33%。CG湿热证组的Hp阳性率高于CG非湿热证组, 具有统计学差异(P<0.01)。见表2。

表2 CG湿热证与CG非湿热证患者Hp感染情况比较

| 组别 | Hp阳性(例) | Hp阴性(例) | Hp阳性率(%) | χ ² | P |
|--------|---------|---------|----------|----------------|-------|
| CG湿热证 | 62 | 94 | 39.74 | 12.178 | 0.000 |
| CG非湿热证 | 32 | 118 | 21.33 | | |

2.3 CG湿热证不同湿热比重的Hp感染情况 156例CG湿热证患者中, 湿热并重的HP阳性率为43.75%; 湿重于热的HP阳性率为26.67%; 热重于湿的HP阳性率为53.33%。经χ²检验, 三组的Hp阳性率比较, 差异无统计学意义(P>0.05), 说明CG湿热证患者不同湿热比重间Hp感染情况无显著差异。湿重于热组与非湿重于热组的Hp阳性率比较, 差异有统计学意义(P<0.05), 说明CG湿热证非湿重于热组与湿重于热组的Hp阳性率存在差异。见表3、表4。

表3 CG湿热证患者不同湿热比重的Hp感染情况比较

| 组别 | Hp阳性(例) | Hp阴性(例) | Hp阳性率(%) | χ ² | P |
|------|---------|---------|----------|----------------|-------|
| 湿热并重 | 42 | 54 | 43.75 | | |
| 湿重于热 | 12 | 33 | 26.67 | 5.014 | 0.082 |
| 热重于湿 | 8 | 7 | 53.33 | | |

表4 CG湿热证患者不同湿热比重与Hp感染的相关性分析

| 湿热情况 | HP感染情况 | | χ ² | P | |
|------|----------|-------|----------------|-------|-------|
| | 阳性(例) | 阴性(例) | | | |
| 湿热并重 | 是(n=96) | 42 | 54 | 1.673 | 0.196 |
| | 否(n=60) | 20 | 40 | | |
| 湿重于热 | 是(n=45) | 12 | 33 | 4.516 | 0.034 |
| | 否(n=111) | 50 | 61 | | |
| 热重于湿 | 是(n=15) | 8 | 7 | 1.280 | 0.258 |
| | 否(n=141) | 54 | 87 | | |

3 讨论

本次研究共纳入CG湿热证患者156例, 非湿热证患者150例, 经统计分析可以看出: CG湿热证组的Hp阳性率为39.74%, 高于非湿热证组, 说明湿热与Hp阳性率之间关系密切, 胃内“湿热”的环境更有利于Hp的入侵、定植与繁殖。

CG临床上症状复杂、病程长、容易反复发作, 且病情进展具有渐进性, 属临床常见病、多发病。课题

组在前期的文献调研和临床研究发现:湿、热是CG的重要成因,脾胃湿热证是CG的重要证型之一,在病性证素的组合分布中,更以湿+热、湿+热+气虚的组合为首要^[11-12]。湿邪易伤脾胃,使中焦升降之机受碍,郁而不行,日久蕴生内热,发为湿热,或内素有积热,外遇湿邪或湿热邪气,内外相引,合而成湿热。Hp的入侵、定殖与“湿热”的关系密切,其感染人体的途径、易定植胃内环境及临床症状符合脾胃“湿热邪气”的致病特征^[13]。临床研究表明,Hp胃炎及其他相关性疾病中,脾胃湿热证是最常见的中医证型之一,证候要素也以湿、热为主^[7,14];脾胃湿热证的Hp感染率通常较其他证型要高^[15],HP感染相关胃病中脾胃湿热证的胃黏膜病理改变在炎症程度、肠化及异性增生程度方面,也较其他证型更为严重^[16]。

本次研究为进一步探究幽门螺杆菌阳性率与湿热之间的关系,将156例慢性胃炎湿热证患者按照不同湿热比重进行分组比较。结果显示:156例CG湿热证患者中,湿热并重的患者占比最高,为61.54%,其次是湿重于热,占比28.85%,热重于湿占比最少,为9.61%,可以看出湿热并重组的患者人数明显多于其他两组。Hp阳性率方面,湿重于热组为26.67%,湿热并重组为43.75%,热重于湿组为53.33%,组间比较未见明显差异,但相较湿重于热组,非湿重于热组的Hp阳性率较高,差异有统计学意义($P<0.05$)。从研究结果可以看出,热重于湿组感染率最高,湿热并重组次之,因此初步认为,相较湿重的胃内环境,湿热和热的胃内微环境与HP的关系更为密切,更有利于HP的生存与繁殖,或更符合Hp的生态环境。

本研究采用朱文锋教授的证素辨证方法,结合福建中医药大学自主研发的“中医健康状态辨识系统”对156例CG湿热证的患者及150例CG非湿热证患者进行证素特征提取。过程中完整地保留了采集的临床信息,可避免个人主观判定,使本次研究对证候要素的判定获得一个相对客观的结果。同时,在CG湿热证与非湿热证患者的对照研究保证了病例的平行对照,减少了数量上的偏倚。

此外,此次采集的病例患者大多久居闽南,受地域气候多雨、湿润潮湿环境及日常多食海鲜等饮食习惯的影响,居民易外感湿邪,受邪多从湿热化,对此次研究结果存在一定影响。

4 结语

现代医学认为,Hp作为致病因子,定植于胃黏膜会引起黏膜损伤、胃酸分泌失常、肠道菌群失衡等表

现,继发诱导炎症反应和免疫反应,在胃炎-癌转化路径中起重要作用,因此,对Hp的防治具有成本-效益优势。中西医联用具有协同增效作用,结合中医辨证论治合理运用中成药能有效提高Hp根除率,减少耐药性,临床复发率低,不良反应少。慢性胃炎的Hp感染率和湿热关系密切,且与湿热和热的关系更为密切,提示湿热和热的胃内环境更有利于Hp的生存、生长,因此,对临床检查发现Hp阳性者或有Hp值尚处正常范围者,建议日常调整饮食,避免形成湿热体质,尤其警惕湿热胶着局面的形成。考虑到本次研究中“热重于湿”的样本量较少,后续可以加收样本量进行比较,以进一步确定“热”对Hp阳性率的影响。

参考文献

- [1]SONNENBERG A,LASH R H,GENTA R M. A national study of helicobacter pylori infection in gastric biopsy specimens[J]. Gastroenterology, 2010,139(6):1894-1901.
- [2]WARREN J R.Gastric pathology associated with helicobacter pylori[J]. Gastroenterol Clin North Am,2000,29(3):705-751.
- [3]SUGANO K,TACK J,KUIPERS E J,et al.Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis[J].Gut,2015,64(9): 1353-1367.
- [4]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.
- [5]吕农华,谢川.我国幽门螺杆菌感染研究的回顾与展望[J].中华消化杂志,2021,41(4):217-220.
- [6]金晨曦,吴琼,陈海燕,等.幽门螺杆菌相关性胃炎患者中医病、证规律研究[J].中医学报,2018,33(3):477-480.
- [7]李培彩,吴震宇,卢小芳,等.幽门螺杆菌感染相关疾病中医证候分布的文献研究[J].北京中医药,2016,35(1):21-24.
- [8]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.
- [9]朱文锋.《证素辨证学》[M].北京:人民卫生出版社,2008:88-90.
- [10]朱文锋.中医主症鉴别诊断学[M].长沙:湖南科学技术出版社,2000:316-331.
- [11]韩木龙,林雪娟,甘慧娟,等.慢性胃炎中医证素分布规律的文献分析[J].中华中医药杂志,2014,29(3):900-903.
- [12]肖俊杰,杨文娟,梁丽丽,等.慢性胃炎湿热证病性与病位证素的相关性[J].世界中医药,2018,13(3):751-753.
- [13]黄秋月,于靖,叶晖,等.基于黏附机制探讨HP感染中医预防特色[J].北京中医药,2018,37(10):942-945.
- [14]陈瑶,刘庆义,叶晖,等.幽门螺杆菌相关性胃病中医证型及证候要素演变规律的多中心研究[J].现代中医临床,2015,22(2):12-16.
- [15]刘建平,赵源,郎晓猛,等.幽门螺杆菌相关性慢性胃炎中医证型分布研究[J].湖南中医杂志,2017,33(9):12-13.
- [16]凌宏.Hp相关胃病中医证候分析及胃黏膜β-catenin蛋白表达的研究[D].广州:广州中医药大学,2016.

(收稿日期:2022-01-12)

(本文编辑:蒋艺芬)