

240例胃息肉患者中医证型分布及其相关因素的研究^①

黄娜¹, 刘燕平^{1②}, 徐哲锋², 马艳君¹, 蓝娇娜³

(1. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001 E-mail: 119722038@qq.com;

2. 广西中医药大学附属瑞康医院, 广西 南宁 530001;

3. 右江民族医学院附属医院, 广西 百色 533000)

摘要: **目的** 探讨胃息肉患者中医证型分布及其相关因素。**方法** 自制调查问卷, 收集240例胃息肉患者的中医证型分布及其相关临床资料。**结果** 240例胃息肉患者男:女=1:1.6, 平均年龄(45.8±5.2)岁, 40~59岁年龄段最多, 以痰热郁结型和湿热蕴结型所占比例最高, 各证型病例数在性别、年龄、饮酒史、抽烟史间的比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 息肉生长的部位以胃体为主, 山田Ⅲ型所占比重最高, 多发高于单发, 但各证型的分布在息肉部位、分型、数目间的比较差异均没有统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 胃息肉中医证型分布与性别、饮酒史、抽烟史有关联, 与胃息肉的生长部位、山田分型、数目间无关联。

关键词: 胃息肉; 中医证型; 分布; 相关因素

中图分类号: R573

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2017)02-0137-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2017.02.018

随着胃肠镜技术推广和深入, 胃息肉已成为消化科多发病及常见病, 轻者出现不同程度消化道症状, 少数重者引起出血、梗阻甚至癌变^[1]。目前中医中药在治疗胃息肉方面取得一定疗效, 肖淑娟等^[2]辨证治疗100例胃息肉患者, 总体有效率达90%; 何世东运用中药辨证治疗胃息肉, 采用失笑散、四逆散加减治疗, 治疗后胃镜复查息肉均消失^[3]; 尽管如此, 目前各医家参照的诊断标准不甚一致, 如何更客观地进行胃息肉的中医证型研究, 使之更好地为临床服务, 是一个值得关注的课题。本文主要了解胃息肉患者的中医证候分布, 探讨胃息肉中医证型分布情况及其相关因素, 将中医药与现代医学相结合, 希望能为胃息肉的临床治疗提供指导和方向。

1 对象与方法

1.1 对象 2013年10月—2015年3月期间, 于广西中医药大学附属瑞康医院消化内镜中心行胃镜检查或于住院部住院的240例符合本研究纳入标准的胃息肉患者, 所有患者均签署知情同意书。纳入标准: 符合胃息肉的西医诊断标准及中医辨证分型标准; 胃镜检查符合胃息肉表现; 年龄在18~75岁; 神志清楚, 无严重视觉不良、听力障碍, 认知理解功能正常。

1.2 方法 自制调查问卷, 记录患者的相关信息, 包括患者的一般情况, 包括姓名、性别、年龄、职业、家庭月收入, 胃息肉生长部位、形态以及6个中医证型的分

布情况等, 对240例胃息肉患者的中医辨证分型情况进行描述和分析。

1.3 诊断标准 西医诊断标准, 参照《实用内科学》和《消化内镜学》, 分型采用日本山田分型, 分别为Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型。中医诊断标准: 参照2008年中华中医药学会中医诊断学分会的《中医常见病诊断标准》以及《中医内科学》教材制定的中医辨证标准, 进行辨证分型。中医辨证拟分6个证型: 气滞痰阻型、痰热郁结型、痰瘀互结型、脾胃虚寒型、湿热蕴结型、寒湿阻滞型。分型采用日本山田分型。

1.4 统计学方法 利用Epidata 3.1统计软件进行数据录入, 采用SPSS 19.0统计软件进行资料分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 共240例患者, 女性为主, 其中, 男性94例(占39.17%), 女性146例(占60.83%), 男:女=1:1.6; 平均年龄(45.8±5.2)岁, 40~59岁年龄段最多, 各年龄段患者分别为: 20岁以下11例(占4.58%), 20~39岁46例(占19.17%), 40~59岁113例(占47.08%), 60~79岁70例(占29.17%); 具有饮酒史和抽烟史的患者均约为此次调查人数的1/5, 分别为54例(占22.50%)和53例(占22.08%), 见表1。

2.2 中医证型分布与一般情况的关系 240例胃息肉患者的分型中, 以痰热郁结型和湿热蕴结型所占比

① 基金项目: 2015年度广西高校科学技术研究项目(KY2015YB512); 2014广西壮族自治区教育厅高校科研项目(LX2014670)

② 通信作者, E-mail: ypliu136@sina.com

例最高,各证型例数分别为:痰热郁结型 62 例(占 25.83%)、湿热蕴结型 61 例(占 25.42%)、寒湿阻滞型 23 例(占 9.58%)、气滞痰阻型 40 例(占 16.67%)、痰瘀互结型和脾胃虚寒型各 27 例(各占 11.25%)。各证型在性别、年龄、饮酒史、抽烟史间的比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),说明性别、年龄、具有饮酒史、抽烟史的胃息肉患者与中医证型分布有关系。其中,男性以湿热蕴结型,女性以痰热郁结型所占比重最高;饮酒患者以湿热蕴结型和气滞痰阻型所占比重最高,非饮酒患者以痰热郁结型所占比重最高;具有抽

烟史患者以气滞痰阻型,非抽烟史患者以痰热郁结型和湿热蕴结型所占比重最高,见表 1。

2.3 中医证型与胃息肉部位、分型、数目的关系 本次调查中,息肉生长的部位以胃体为主,113 例,占 47.08%,胃底次之 59 例,占 24.58%,胃角最少 3 例,占 1.25%;息肉分型来看,Ⅲ型 113 例,所占比重最高 47.08%;Ⅱ型次之,77 例占 32.08%;Ⅳ型最少,6 例占 2.50%。息肉数目大部分为多发,共 172 例占 71.67%。从表 2 可以看出,息肉部位、分型、数目与各证型的分布差异均没有统计学意义,见表 2。

表 1 240 例胃息肉患者中医证型与一般情况的关系

项目	痰热郁结型 (n=62)	湿热蕴结型 (n=61)	寒湿阻滞型 (n=23)	气滞痰阻型 (n=40)	痰瘀互结型 (n=27)	脾胃虚寒型 (n=27)	合计 (n)	χ^2	P
性别								11.740	0.038
男	15	23	10	17	13	16	94		
女	47	38	13	23	14	11	146		
年龄(岁)								28.267	0.020
<20	2	5	1	1	1	1	11		
20~39	13	8	3	15	2	5	46		
40~59	35	32	11	16	12	7	113		
60~79	12	16	8	8	12	14	70		
饮酒史								13.430	0.020
是	11	15	9	15	2	2	54		
否	51	46	14	30	25	20	186		
抽烟史								18.333	0.003
是	9	8	4	16	11	5	53		
否	53	53	19	24	16	22	187		

表 2 240 例患者中医证型分布与胃息肉部位、分型、数目的关系

项目	痰热郁结型 (n=62)	湿热蕴结型 (n=61)	寒湿阻滞型 (n=23)	气滞痰阻型 (n=40)	痰瘀互结型 (n=27)	脾胃虚寒型 (n=27)	合计 (n)	χ^2	P
息肉部位								9.425	0.977
胃窦	12	9	3	5	2	1	32		
胃底	14	15	6	11	6	7	59		
胃体	25	28	12	17	15	16	113		
贲门	10	8	2	6	4	3	33		
胃角	1	1	0	1	0	0	3		
息肉分型								7.628	0.938
I型	14	12	6	6	5	1	44		
II型	17	20	7	15	8	10	77		
III型	29	28	10	18	13	15	113		
IV型	2	1	0	1	1	1	6		
息肉数目								3.811	0.577
单发	16	19	7	14	8	4	68		
多发	46	42	16	26	19	23	172		

3 讨论

胃息肉是胃部常见的良性肿瘤,经内镜电凝电切术是治疗胃息肉的首选方法^[4]。随着人民生活水平的不断提高,我国居民的不良饮食习惯逐渐突显,消化道息肉尤其是胃息肉病例数越来越多。综合历代医家之观点,结合临床观察,认为胃息肉的病机关键为脾胃虚损、痰瘀互结,而脾胃虚损是基础,痰湿血瘀是息肉最终形成的重要病理因素^[5],郑恩典等^[6]的调查显示,男女性胃息肉的检出率均随着年龄增长而增高,表明年龄越大越容易患胃息肉,特别是中老年人群,应列为重点筛查对象。本文调查结果中,女性多于男性,男女比例为1:1.6,年龄以中老年人群为主,与以上结果基本一致。可能原因在于女性相对于男性情感较细腻和敏感,遇事若不能及时排解易致肝气郁结,易生郁闷,郁久化热、郁而生痰,肝木乘土,变生脾病;中老年人群脾胃功能渐弱,脾失健运,运化无权,则生湿热,因此以上两类人群均以痰热郁结型和湿热蕴结型所占比重较高;但亦有少数学者认为息肉发生与性别无关^[7]。

本文240例胃息肉患者的中医证型例数分布如下:痰热郁结型>湿热蕴结型>气滞痰阻型>痰瘀互结型=脾胃虚寒型>寒湿阻滞型,各中医证型在饮酒史、抽烟史方面的比较差异有统计学意义,具有抽烟史和饮酒史的患者占比分别为22.08%和22.50%,可能原因在于:烟草中的有害成分能促使胃酸分泌增加,对胃黏膜产生有害的刺激作用,从而过量吸烟会引起胃十二指肠返流;而过量饮酒或长期饮用烈性酒能使胃黏膜充血、水肿甚至糜烂,促使慢性胃炎发生率明显增高。目前更倾向于认为增生性息肉与慢性炎症刺激、胆汁反流有关^[8],与朱元民等^[9]认为胃十二指肠反流在胃息肉发生过程中有重要作用的结果一致。适量饮酒可宣通血脉,舒筋活络,但过度饮酒会对身体造成危害,中医学认为:“烟酒热毒,久蕴伤胃”,酒质为湿,性味燥烈,酒的热毒之性损伤胃肠,久之湿热内蕴,影响脾胃的升降功能。本次研究也发现过量饮酒导致胃息肉以湿热证型为多。因此,饮酒须控制在一定范围之内。此外,中医认为吸烟与火毒有关,火热易伤津耗气,导致气、血的运行失常,痰浊、瘀血等病理产物聚集胃脘,伤脾碍胃,日久蕴而成浊。本次研究发现吸烟使胃息肉患者易出现气滞、痰阻证型。因此吸烟饮酒对胃息肉中医证型有影响。

本研究结果仍显示,患者息肉以多发性息肉为主、山田分型以Ⅲ型所占的比重最高、生长部位以胃体最多,这与国内一些学者^[10]的研究有所出入。罗咏萍等^[11]的研究显示增生性息肉多发于胃窦、幽门、贲门,胃底腺息肉多发于胃底、胃体;高莉等^[12]研究认为胃息肉在形态上以单发、山田Ⅰ型为主,胃底腺息肉为最常见病例类型。以上不同的结果估计与收集样本及地域差异有关系,有待进一步探究。但各中医证型在息肉部位、分型、数目间的差异没有统计学意义,本研究提示中医证型的分布与胃息肉的生长部位、分型、数目与无明显相关性。

参考文献:

- [1] 吴江山,韦秀芳,阮素莲. 消化道息肉内镜下多手段的诊疗体会[J]. 右江民族医学院学报,2011,33(5):632-633.
- [2] 肖淑娟,付智纲. 辨证治疗胃息肉病100例[J]. 江西中医药,2003,34(12):17.
- [3] 朱碧媛,邓丽娥,何少初. 何世东老中医治疗胃息肉经验介绍[J]. 新中医,2013,45(10):173-174.
- [4] 王小谷,欧阳信强,陈朝大,等. 瑞巴派特联合奥美拉唑治疗内镜下黏膜切除相关性胃溃疡效果观察[J]. 右江民族医学院学报,2012,34(6):749-751.
- [5] 王惠娟,曹志群. 胃息肉临床证治体会[J]. 山东中医杂志,2010,29(10):684-685.
- [6] 郑恩典,翁雪健,郑亮,等. 1352例胃息肉临床特点分析[J]. 浙江实用医学,2013,18(3):172-174.
- [7] 白贤女,王彦铭,王超. 胃息肉[J]. 黑龙江医学,2004,28(11):827-830.
- [8] Genta RM, Schuler CM, Robiou CI, et al. No association between gastric fundic gland polyps and gastrointestinal neoplasia in a study of over 100,000 patients [J]. Clin Gastroenterol Hepatol,2009,7(8):849-854.
- [9] 朱元民,李菁,刘玉兰. 胃息肉发病机制相关因素研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2007,16(6):522-524.
- [10] 池添雨,张玫. 老年人胃息肉的临床特点分析[J]. 山西医科大学学报,2014,45(10):947-949.
- [11] 罗咏萍,刘毅,杨丽莎,等. 98例胃息肉患者的临床特点及不同方法的治疗效果[J]. 现代消化及介入诊疗,2015,20(6):569-572.
- [12] 高莉,刘玉兰,张振宇,等. 近6年北京大学人民医院胃息肉临床特点的变迁分析[G]. 北京医学会消化内镜分会学术年会,2014,84.

收稿日期:2017-02-28;修回日期:2017-04-11