

# 脾胃湿热证胃黏膜炎症与 Hp 感染相关性分析

邢海伦<sup>1</sup>, 胡玲<sup>2</sup>, 罗琦<sup>2</sup>, 周正<sup>2</sup>, 劳绍贤<sup>2</sup>

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学脾胃研究所, 广东 广州 510405

**[摘要]** 目的: 通过对慢性胃病脾胃湿热证患者幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, Hp) 感染检测, 并与脾气虚证对照, 探讨脾胃湿热证胃黏膜与 Hp 相关的病理机制。方法: 收集脾胃湿热证和脾气虚证慢性胃炎、消化性溃疡患者 75 例, 招募 10 例健康志愿者作为正常对照。各受试对象完成临床观察表, 常规 HE 染色进行胃黏膜炎症程度观察; 快速尿素酶、美蓝染色法进行 Hp 感染检测。结果: 脾胃湿热证 Hp 阳性率为 60.38%, 脾气虚证为 54.55%, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。本研究病例胃黏膜炎症程度和活动性均呈脾胃湿热证  $>$  脾气虚证的趋势; 脾胃湿热证 Hp 阳性者与阴性者比较, 炎症程度和活动性均明显加重 ( $P < 0.05$ )。本研究病例 Hp 感染与胃黏膜炎症程度及活动性均呈正相关 ( $P < 0.05$ ), 相关系数分别为 0.672 和 0.683。结论: Hp 感染越明显, 胃黏膜炎症也越重; Hp 相关胃病患者胃黏膜 Hp 感染率、炎症程度和活动性与脾胃虚实证候尤其脾胃湿热证存在一定程度的相关。

**[关键词]** 脾胃湿热证; 胃黏膜; 炎症; Hp 感染

**[中图分类号]** R57 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 07-0061-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.029

脾胃湿热证是脾胃病临床常见证型之一。笔者对幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, Hp) 相关慢性胃炎、消化性溃疡脾胃湿热证患者 Hp 感染进行检测, 并与脾气虚证相对照, 以探讨 Hp 相关胃病脾胃湿热证发生的病理机制, 为进一步提高中医药治疗脾胃病的临床疗效提供依据。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 慢性胃炎、消化性溃疡诊断分别参照中华医学会消化病学分会 2000 年井冈山会议共识<sup>[1]</sup>、《实用内科学》; Hp 感染参照 2003 安徽桐城会议共识<sup>[2]</sup>; 中医辨证诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>的标准制定。

**1.2 一般资料** 收集 2008 年 5~12 月在广州中医药大学第一附属医院门诊就诊的 75 例慢性胃炎、消化性溃疡患者(其中脾胃湿热证 Hp 阳性者 32 例、阴性者 21 例, 脾气虚证 Hp 阳性者 12 例、阴性者 10 例), 招募 10 名健康志愿者以作正常对照; 所有受试对象均签署知情同意书。各组受试对象基本情况以及证候组间病种分布经统计学处理, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.3 排除标准** 与上述诊断标准不相符者; 近 1 月内使用过抗生素、铋剂、H<sub>2</sub> 受体或质子泵抑制剂者; 合并其他系统疾病或病情危重者; 年龄大于 60 岁或者小于 18 岁者。

## 2 研究方法

**2.1 问卷调查** 所有受试对象均在专人询问的情况下, 按要

求完成临床观察表, 对于不易准确判断的舌象、脉象, 均由 2 位以上具有丰富临床经验的医师进行复核。

**2.2 标本收集及准备** 每个受试对象于胃镜下钳取 2 块胃窦黏膜组织, 分别进行快速尿素酶检测和放入 4% 多聚甲醛固定后石蜡包埋待测。

**2.3 检测方法** 胃黏膜炎症和 Hp 感染检测采用 HE 染色法, 对胃黏膜炎症程度和活动度进行病理组织学检测; 美蓝染色和快速尿素酶试验进行胃黏膜 Hp 感染的观察。

**2.4 病理组织学诊断** 参照 2003 安徽桐城会议共识<sup>[2]</sup>制定。胃黏膜慢性炎症、活动性和 Hp 感染这 3 种形态学变量均各分为无、轻度、中度和重度 4 级。炎症程度: 根据慢性炎症细胞的密集程度和浸润深度分级, 两者均可时以前者为主。正常: 单个核细胞每高倍视野不超过 5 个, 如数量略超过正常而内镜下无明显异常, 病理可诊断为无明显异常; 轻度: 慢性炎症细胞较少并局限于黏膜浅层, 不超过黏膜层的 1/3 (包括 1/3); 中度: 慢性炎症细胞较密集, 超过黏膜层的 1/3, 达到 2/3 (包括 2/3); 重度: 慢性炎症细胞密集, 占据黏膜全层。计算密度程度时要避开淋巴滤泡及其周围的淋巴细胞区。活动性: 慢性炎症背景上有中性粒细胞浸润。轻度: 黏膜固有层有少数中性粒细胞浸润; 中度: 中性粒细胞较多存在于黏膜层, 可见于表面上皮细胞、小凹上皮细胞或腺管上皮间; 重度: 中性粒细胞较密集, 或除中度所见外还可见小凹脓肿。Hp 感染

**[收稿日期]** 2014-01-28

**[基金项目]** 国家自然科学基金项目 (编号: 30772689); 广东省自然科学基金项目 (编号: 7004802)

**[作者简介]** 邢海伦 (1981-), 女, 住院医师, 研究方向: 中西医结合治疗消化系统疾病。

**[通讯作者]** 胡玲, E-mail: hl.cn@139.com。

程度：观察胃黏膜黏液层、表面上皮、小凹上皮和腺管上皮表面的 Hp。无：特殊染色片上未见 Hp；轻度：偶见或小于标本全长 1/3 有少数 Hp；中度：Hp 分布超过标本全长 1/3 而未达 2/3 或连续性、薄而稀疏地存在于上皮表面；重度：Hp 成堆存在，基本分布于标本全长。肠化黏膜表面通常无 Hp 定植，故标本全长中要扣除肠化区。

2.5 统计学方法 数据统计采用 SPSS for Windows 16.0 统计软件包进行。

### 3 研究结果

3.1 脾胃湿热证与脾气虚证胃黏膜 Hp 感染情况比较 见表 1。脾胃湿热证 Hp 阳性率为 60.38%，脾气虚证为 54.55%，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。

表 1 脾胃湿热证与脾气虚证胃黏膜 Hp 感染情况比较 例

组别	n	Hp 阳性	Hp 阴性	阳性率(%)
脾胃湿热证	53	32	21	60.38 <sup>①</sup>
脾气虚证	22	12	10	54.55

与脾气虚证比较，<sup>①</sup> $P > 0.05$

3.2 脾胃湿热证与脾气虚证胃黏膜炎症程度和活性比较 见表 2、表 3。本研究病例胃黏膜炎症程度和活性均呈脾胃湿热证 > 脾气虚证的趋势；脾胃湿热证 Hp 阳性者与阴性者比较，炎症程度和活性均明显加重( $P < 0.05$ )。

表 2 脾胃湿热证与脾气虚证胃黏膜炎症程度比较 例

组别	炎症程度				合计
	无	轻度	中度	重度	
脾气虚证	0	12	4	6	22
脾气虚证 Hp 阳性	0	4	2	6	12
脾气虚证 Hp 阴性	0	8	2	0	10
脾胃湿热证	0	21	13	19	53
脾胃湿热 Hp 阳性	0	4	11	17	32
脾胃湿热 Hp 阴性	0	17	2	2	21
正常对照	0	9	1	0	10

表 3 脾胃湿热证与脾气虚证胃黏膜炎症活性比较 例

组别	活性				合计
	无	轻度	中度	重度	
脾气虚证	14	6	2	0	22
脾气虚证 Hp 阳性	5	5	2	0	12
脾气虚证 Hp 阴性	9	1	0	0	10
脾胃湿热证	26	21	6	0	53
脾胃湿热 Hp 阳性	6	20	6	0	32
脾胃湿热 Hp 阴性	20	1	0	0	21
正常对照	10	0	0	0	10

3.3 Hp 感染程度与慢性炎症、急性活动的相关性分析 见表

4。本研究病例 Hp 感染与胃黏膜炎症程度及活性均呈正相关( $P < 0.05$ )，相关系数分别为 0.672 和 0.683。

表 4 Hp 感染程度与慢性炎症、急性活动的相关性分析

检测指标	相关系数 r	P 值
炎症程度	0.672	0.000
活性	0.683	0.000

### 4 讨论

Hp 是慢性活动性胃炎的病原菌以及活动性溃疡的重要致病因子，近期的研究认为，Hp 感染与胃癌甚至大肠癌的发展有关，并可能成为独立的致癌风险因素<sup>[4-5]</sup>。有人通过对慢性非萎缩性胃炎中医证型及其与 Hp 相关性研究提示，实证较虚证患者 Hp 感染率明显<sup>[6]</sup>；本研究 Hp 感染率呈脾胃湿热证 > 脾气虚证趋势，与多数相关研究结果一致。

本研究发现，脾胃湿热证炎症程度和活性比正常对照组明显加重( $P < 0.05$ )，且较脾气虚证有加重趋势( $P > 0.05$ )，提示胃黏膜炎症程度和活性与中医证型相关，脾胃湿热证炎症较为明显；同一证型 Hp 阳性者与阴性者相比炎症程度加重( $P < 0.05$ )，提示胃黏膜炎症和活性也与 Hp 相关，Hp 感染越明显胃黏膜炎症程度也越严重。基于上述研究，笔者初步认为，Hp 感染可加重胃黏膜炎症反应，引起并加重胃黏膜损伤，可能是脾胃湿热证“邪正相争”激烈阶段外来“邪气”的一部分；临床治疗中辨证使用清热化湿方法加标准三联治疗脾胃湿热型慢性胃病伴 Hp 感染可能会具有潜在的应用价值。

### [参考文献]

- [1] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 中华消化杂志, 2000, 20(3): 199- 201.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 幽门螺杆菌共识意见(2003)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(2): 126- 127.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 361- 371.
- [4] Hsu WY, Lin CH, Lin CC. The relationship between Helicobacter pylori and cancer risk [J]. Eur J Intern Med, 2014, 29(1): S0953- 6205(14)00010- 7.
- [5] Chen YSI, Xu SX, Ding YB, et al. Helicobacter pylori infection and the risk of colorectal adenoma and adenocarcinoma: an updated meta- analysis of different testing methods[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2013, 14(12): 7613- 7619.
- [6] 陈余妍, 张厂, 陈润花. 慢性非萎缩性胃炎中医证型及其与 Hp 感染相关性的研究进展[J]. 世界中医药, 2013, 8(5): 581- 583.

(责任编辑: 骆欢欢)