

文献研究

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.20.016

慢性萎缩性胃炎癌前病变证型、证素演变规律文献研究

黄远程¹, 潘静琳¹, 黄超原¹, 蒋凯林¹, 廖柳¹, 朱朝阳¹, 李培武², 刘凤斌^{2*}

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东省广州市白云区机场路 12 号, 510006; 2. 广州中医药大学第一附属医院)

摘要 目的 探索慢性萎缩性胃炎 (CAG) 癌前病变证型、证素的演变规律。方法 全面检索国内公开发表的 CAG 及胃癌前病变相关的证型、证素研究文献, 文献纳入时间为各数据库建库至 2018 年 10 月 31 日, 依据纳入与排除标准筛选文献, 将 CAG 癌变过程依据病理结果划分为 CAG、CAG 伴肠上皮化生 (IM)、CAG 伴上皮内瘤变 (IN) 三个阶段, 采集各个阶段证型、证素信息并录入数据库, 进行统计分析。结果 共纳入 33 篇 CAG 证型、证素研究文献, 共报道病例数 9261 例。在 CAG 癌变过程中, 基本证型为脾胃气虚证、脾胃湿热证、胃阴亏虚证、肝胃不和证、瘀阻胃络证、脾胃阳虚证, 且以上证型在 CAG 癌变的 3 个阶段中分布差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。其中, 脾胃气虚证、胃阴亏虚证、肝胃不和证多见于 CAG 阶段, 脾胃湿热证多见于 CAG 伴 IM 阶段, 瘀阻胃络证、脾胃阳虚证更多见于 CAG 伴 IN 阶段。基本病位类证素为胃、脾、肝。基本病性类证素为气虚、气滞、热、阴虚、湿、瘀血、阳虚。其中气虚、气滞证素贯穿疾病 3 个阶段, 而热、阴虚、湿、瘀血、阳虚证素在 CAG 癌变 3 个阶段分布差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。其中, CAG 阶段以阴虚证素多见, 热、湿证素在 CAG、CAG 伴 IM 阶段更为多见, CAG 伴 IN 阶段以瘀血、阳虚证素多见。结论 CAG 癌前病变的证型、证素呈现“虚实夹杂、因虚至实、因实致虚”的演变规律。脾胃气虚证为核心证型, 气虚、气滞证素贯穿疾病始终。疾病病位在胃, 与肝、脾相关。

关键词 慢性萎缩性胃炎; 肠上皮化生; 上皮内瘤变; 证型; 证素; 文献研究

2018 年《全球癌症负担状况最新估计报告》^[1]显示, 胃癌已高居全球癌症发病率第五位和死亡率第三位, 且在东亚地区发病率显著上升。肠型胃癌是胃癌的主要病理类型, 其发病呈多阶段模式, 即自非萎缩性胃炎依次演变为萎缩性胃炎、肠上皮化生 (intestinal metaplasia, IM) / 上皮内瘤变 (intra-epithelial neoplasia, IN)、胃癌^[2]。慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 及其基础上伴发 IM、IN 是慢性胃炎演变至胃癌的关键环节。基于我国庞大的胃癌人群, 在中医“未病先防”和“既病防变”的疾病防治观下, 监测 CAG 癌变进程, 尽早干预, 阻断癌变进程, 对降低胃癌发病率和死亡率具有重要意义。

目前 CAG 的治疗方法以去除病因、根除 Hp 及对症治疗为主, 但临床效果欠佳, 难以从根本上缓解症状、改善胃黏膜病变^[3]。研究显示, 中医药治疗 CAG 有较好的疗效, 不仅能有效缓解临床症状, 而且能在一定程度上阻断 CAG 癌变进程^[4-5]。中医药治疗 CAG 的有效性需以“准确辨证论治”为保证, 辨明 CAG 及癌变过程的证型、证素演变规律, 宏观把控疾病病机转化特点, 精准遣方用药是中医药疗效的关键。然而, 目前 CAG 的证型、证素的相关研究以横断面研究为主, 样本量小, 缺乏多中心、大样本、长期随访的纵向研究, 难以获得高质量的循证医学证据。为进一步明确 CAG 及癌变过程中证型、证素演变规律, 我们通过文献研究, 探讨 CAG 及癌变过程中三个阶段的证型、证素分布规律, 明确 CAG 癌变的病机转化特点, 为准确辨证论治、既病防变提供借鉴与参考。

基金项目: 国家中医药管理局区域中医 (专科) 诊疗中心建设项目; 广东省自然科学基金 (2017A030310121); 广东省中医药局中医药强省建设专项; 广州中医药大学一流学科研究重点项目

* 通讯作者: liufb163@163.com, (020) 36591109

1 研究方法

1.1 文献检索

计算机检索中国知网全文数据库 (CNKI)、中国生物医学文献数据库 (CBM)、重庆维普中文期刊数据库、万方数据库。检索时间: 从数据库建立至 2018 年 10 月 31 日。检索策略: 采用专业检索, 主题为“慢性萎缩性胃炎” OR “慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生” OR “慢性萎缩性胃炎伴上皮内瘤变 (异型增生)” OR “胃癌前病变” AND “证”。

1.2 文献纳入标准

1) CAG 证型、证素的临床研究; 2) 文献所涉及的病例均依据《中国慢性胃炎共识意见》^[5], 经胃镜及病理诊断为 CAG、CAG 伴 IM、CAG 伴 IN; 3) 文献所涉及的病例需明确区分其病理阶段为 CAG、CAG 伴 IM 或 CAG 伴 IN, 且对每一阶段的病例进行辨证分型, 每一证型有具体的病例数; 4) 文献涉及的病例其中医证型、证素需应用学会标准或行业标准、国家标准诊断; 5) 文献中的总病例数 ≥ 20 例。

1.3 文献排除标准

1) 仅研究单一证型的文献; 2) 文献综述、个别病例报道、专家经验介绍等类型文献; 3) 研究胃癌或合并其他消化系统疾病的病例的文献; 4) 研究对象为动物、儿童的文献; 5) 病理诊断不清、描述不明确、具体病例数不详的文献。

1.4 文献筛选

将各库所检索的文献题录导入 NoteExpress 3.2, 根据文献标题及第一作者进行查重, 相同文献按 1 篇录入。其后对每一篇文献的标题、摘要进行浏览, 排除不符合标准的文献, 保留符合标准和暂时不确定的文献。同一批研究对象从不同角度分析或不同手段干预的按 1 篇录入。对初筛的文献全文下载并阅读, 最后确定纳入的文献。文献筛选由两位研究者独立完成, 并再次核对。如果意见不统一, 由第三者参与协商决定。

1.5 文献数据录入

以 Microsoft Excel 2016 建立数据库, 收集研究所纳入文献的一般资料 (第一作者、研究年份、

总病例数)、各个病理阶段证型及证型证素的频次、例数。以上数据录入由三位研究者独立完成并进行二次核对。

1.6 文献术语规范

参照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》^[6]对文献中所涉及的证型进行规范, 并结合《中医诊断学》^[7]进行完善, 对内涵相同但名称不同的中医证型名进行统一, 对于以上标准未提及的证型, 予以按原文献名进行保留, 如“脾胃虚寒证”统称为“脾胃阳虚证”。

1.7 文献要素提取

参考朱文锋以证素为辨证核心的体系的相关文献^[8-10], 将纳入文献中所涉及的证型拆分为病位证素和病性证素两部分。如“脾胃阳虚证”拆分为病位证素“脾”“胃”, 病性证素“阳虚”。

1.8 统计学方法

应用 SPSS 22.0 进行统计分析。描述性统计三个病理阶段各证型、证素的频数、例数及其构成比。采用卡方检验或精确概率法比较三个阶段主要证型证素所占构成比的差异。若证型、证素分布差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 再采用卡方检验或精确概率法进行两两比较, 其检验水准 $\alpha = 0.0125$ 。

2 结果

2.1 文献检索结果

各数据库检索文献结果分别为: CNKI 3153 篇, 万方数据库 4503 篇, 维普数据库 1317 篇, CBM 3400 篇, 共 12373 篇。经合库查重剩余 8856 篇。经初筛及全文阅读后最终纳入文献 33 篇, 共报道病例数 9261 例, 其中单篇文献报道病例数最多为 1276 例, 最少为 74 例。

2.2 证型分布结果

经术语规范后, CAG 阶段累计报道证型 24 种, 累计报道频次 151 次、病例 3973 例。CAG 伴 IM 阶段报道证型 24 种, 累计报道频次 177 次、病例 3869 例。CAG 伴 IN 阶段报道证型 21 种, 累计报道频次 140 次、病例 1419 例。纳入文献中各病理阶段的主要证型报告频次分布情况详见表 1。

表 1 33 篇慢性萎缩性胃炎证型、证素研究文献中各病理阶段主要证型报告频次分布 [次 (%)]

病理类型	频次	胃阴亏虚证	脾胃湿热证	瘀阻胃络证	脾胃气虚证	肝胃不和证	脾胃阳虚证	脾虚气滞证
CAG	151	26 (17.22)	23 (15.23)	23 (15.23)	21 (13.91)	16 (10.60)	6 (3.97)	2 (1.32)
CAG 伴 IM	177	30 (16.95)	28 (15.82)	27 (15.25)	24 (13.56)	22 (12.43)	10 (5.65)	7 (3.95)
CAG 伴 IN	140	23 (16.43)	22 (15.71)	23 (16.43)	20 (14.29)	18 (12.86)	8 (5.71)	6 (4.29)

注: CAG, 慢性萎缩性胃炎; IM, 肠上皮化生; IN, 上皮内瘤变

表 2 33 篇慢性萎缩性胃炎证型、证素研究文献中各病理阶段主要证型患者分布比较 例 (%)]

病理类型	例数	脾胃气虚证	脾胃湿热证	胃阴亏虚证	肝胃不和证	瘀阻胃络证	脾胃阳虚证	脾虚气滞证
CAG	3973	954 (24.01)	592 (14.90)	547 (13.77)	532 (13.39)	387 (9.74)	201 (5.06)	42 (1.06)
CAG 伴 IM	3869	862 (22.28)	721 (18.64)	449 (11.61)	445 (11.50)	390 (10.08)	265 (6.85)	247 (6.38)
CAG 伴 IN	1419	268 (18.89)	189 (13.32)	153 (10.78)	148 (10.43)	190 (13.39)	179 (12.61)	112 (7.89)
χ^2 值		15.94	30.49	12.51	11.19	15.82	92.25	185.62
P 值		<0.001	<0.001	0.002	0.004	<0.001	<0.001	<0.001

注: CAG, 慢性萎缩性胃炎; IM, 肠上皮化生; IN, 上皮内瘤变

表 2 示, 各病理阶段主要证型患者分布比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。两两比较结果显示, CAG 阶段与 CAG 伴 IM 阶段比较, 脾胃湿热证、胃阴亏虚证、肝胃不和证、脾胃阳虚证、脾虚气滞证差异均有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); CAG 阶段与 CAG 伴 IN 阶段比较, 脾胃气虚证、胃阴亏虚证、肝胃不和证、瘀阻胃络证、脾胃阳虚证、脾虚气滞证差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); CAG 伴 IM 阶段与 CAG 伴 IN 阶段比较, 脾胃气虚证、脾胃湿热证、瘀阻胃络证、脾胃阳虚证差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。提示脾胃气虚证、胃阴亏虚证更多见于 CAG 阶段, 且随着恶变程度加重其构成比呈现逐渐下降趋势; 脾胃湿热证更多见于 CAG 伴 IM 阶段; 瘀阻胃络证、脾胃阳虚证更多见于 CAG 伴 IN 阶段, 且随着恶变程度加重其构成比呈现逐渐增高趋势。

将证型划分为实证 (肝胃不和证、脾胃湿热证、瘀阻胃络证)、虚实夹杂证 (脾虚湿热证、脾虚气滞证)、虚证 (脾胃气虚证、胃阴亏虚证、脾胃阳虚证)。表 3 示, 各病理阶段中病例数构成比 $\geq 5\%$ 的证型经多组间卡方检验比较, 各病理阶段虚证、实证、虚实夹杂证患者分布差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 3 33 篇慢性萎缩性胃炎证型、证素研究文献中病例数构成比 $\geq 5\%$ 的虚实证不同病理阶段分布 例 (%)]

病理类型	例数	虚证	实证	虚实夹杂证
CAG	3973	1702 (42.84)	1511 (38.03)	0
CAG 伴 IM	3869	1576 (40.73)	1556 (40.22)	247 (6.38)
CAG 伴 IN	1419	600 (42.28)	527 (37.14)	112 (7.89)

注: CAG, 慢性萎缩性胃炎; IM, 肠上皮化生; IN, 上皮内瘤变

表 5 33 篇慢性萎缩性胃炎证型、证素研究文献中不同病理阶段病性类证素分布比较 例 (%)]

病理类型	例数	气虚	气滞	热	湿	阴虚	瘀血	阳虚
CAG	4888	1164 (23.81)	869 (17.78)	860 (17.59)	708 (14.48)	619 (12.66)	428 (8.76)	222 (4.54)
CAG 伴 IM	4945	1194 (24.15)	931 (18.83)	881 (17.82)	779 (15.75)	486 (9.83)	399 (8.07)	265 (5.36)
CAG 伴 IN	1747	428 (24.50)	313 (17.92)	238 (13.62)	213 (12.19)	156 (8.93)	204 (11.68)	188 (10.76)
χ^2 值		0.367	1.964	17.533	13.329	28.512	20.95	94.171
P 值		0.832	0.375	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注: CAG, 慢性萎缩性胃炎; IM, 肠上皮化生; IN, 上皮内瘤变

2.3 证素分布结果

共提取出胃、脾、肝 3 个病位证素。其中 CAG 阶段累计报道 6528 例; CAG 伴 IM 阶段累计报道 6493 例; CAG 伴 IN 阶段累计报道 2213 例。表 4 示, CAG、CAG 伴 IM、CAG 伴 IN 3 个阶段在胃的病位分布差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 病位类证素为脾、肝的患者在 CAG、CAG 伴 IM、CAG 伴 IN 病理阶段分布差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。提示随着 CAG 的恶变进程中, 病位在脾逐渐增多, 病位在肝逐渐减少。

表 4 33 篇慢性萎缩性胃炎证型、证素研究文献中不同病理阶段病位类证素分布比较 例 (%)]

病理类型	例数	胃	脾	肝
CAG	6528	3615 (55.38)	1940 (29.72)	973 (14.91)
CAG 伴 IM	6493	3488 (53.72)	2175 (33.50)	830 (12.78)
CAG 伴 IN	2213	1179 (53.28)	812 (36.69)	222 (10.03)
χ^2 值		4.84	43.64	36.60
P 值		0.089	<0.001	<0.001

注: CAG, 慢性萎缩性胃炎; IM, 肠上皮化生; IN, 上皮内瘤变

CAG 阶段病性类证素 11 个 (气虚、气滞、热、湿、阴虚、瘀血、阳虚、毒、寒、血虚、痰), 累计报道 4888 例; CAG 伴 IM 阶段病性类证素 11 个 (气虚、气滞、热、湿、阴虚、瘀血、阳虚、毒、痰、血虚、气逆), 累计报道 4945 例; CAG 伴 IN 阶段病性类证素 9 个 (气虚、气滞、热、湿、瘀血、阳虚、阴虚、毒、血虚), 累计报道 1747 例。表 5 示, CAG、CAG 伴 IM、CAG 伴 IN 3 个阶段气虚、气滞证素分布比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。在热、湿、阴虚、瘀血、阳虚证素中差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两两比

较显示, CAG 阶段与 CAG 伴 IM 阶段比较, 阴虚证素分布差异有统计学意义 ($P < 0.01$); CAG 阶段与 CAG 伴 IN 阶段比较, 热、湿、阴虚、瘀血、阳虚证素分布差异均有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); CAG 伴 IM 阶段与 CAG 伴 IN 阶段比较, 热、湿、瘀血、阳虚证素分布差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 提示 CAG、CAG 伴 IM 阶段以热、湿证素多见; CAG 阶段又以阴虚证素多见, 且随着恶变进程逐渐减少; CAG 伴 IN 阶段以瘀血、阳虚证素多见, 且随着病情进展逐渐增多。

3 讨论

近年来, 随着消化内镜早癌筛查术的推广与应用, 胃癌的早期诊断有所进步, 但目前仍然缺乏有效措施从根本上降低胃癌的发病率。现代医学辨病与中医辨证的病证结合诊疗模式是当代中西医结合的重要模式, 可有效指导疾病防治及临床实践。CAG 的癌变进程为多级联、多阶段的发病过程, 本研究以病证结合的模式开展, 旨在明确 CAG 进展过程中证型、证素的演变规律, 为准确辨证论治 CAG、阻断 CAG 恶变进程提供依据。

本研究最终纳入 33 篇文献, 其中 28 篇文献来源于科技核心期刊、中文核心期刊或硕士/博士学位论文, 全部文献中医证型诊断标准均应用学会标准或国家标准, 研究地点包括北京、河北、江苏、天津、湖北、广东、陕西、新疆等 16 个省、自治区或直辖市, 保证了所纳入文献质量的科学性、中医证型诊断的一致性以及全国区域的范围性, 从而确保本研究结论的可靠性。其中, 在病例数上, 单篇文献报道病例数为 74 ~ 1276 例。在各病理阶段的辨证分型上, 22 篇文献包含三个病理阶段的辨证分型, 9 篇文献包含两个病理阶段的辨证分型, 2 篇文献仅包含一个病理阶段的辨证分型。

本研究结果显示, CAG 阶段常见证型依次为脾胃气虚证、脾胃湿热证、胃阴亏虚证、肝胃不和证、瘀阻胃络证、脾胃阳虚证; 其最常见病位为胃; 其常见证素为气虚、气滞、热、湿、阴虚。CAG 大多由慢性非萎缩性胃炎因长期感受外邪、肝气攻伐、湿阻、火郁、寒凝、瘀血等病理因素的损伤下, 日渐不愈演变而成, 病程缠绵。所谓久病耗气、久病必虚, 脾胃之气因而渐虚, 脾胃气虚而又不能运化水谷, 气血生化无源, 而脾胃之气愈虚, 气虚则又易产生气滞、食停、湿 (痰) 阻、寒凝、火郁、血瘀等各种病理产物, 又所谓治病求

本, 故辨证论治 CAG 时需把握其核心证候特点即脾胃气虚证。董建华教授认为, 辨治 CAG 只有顾护脾胃之气, 才能逐渐恢复其纳化、升降的功能, 恢复元气^[1]。邱健行教授提出, 治疗 CAG 的过程中时刻都应以治疗脾胃虚弱为主线, 所谓“百病皆由脾气衰”, 常以黄芪、党参、茯苓、白术健脾益气之品为基础^[2]。潘静琳等^[3]研究全国 1171 个治疗 CAG 有效处方用药规律发现, 健脾益气为主要治法。

在 CAG 伴 IM 阶段, 常见证型虽仍以脾胃气虚证最为显著, 但其构成比已较前下降, 而脾胃湿热证、脾虚气滞证较前明显增多, 且脾胃湿热证为 3 个阶段中最高, 胃阴亏虚证、肝胃不和证较前减少; 其常见病位中脾的比例增高, 肝的比例则降低; 其常见证素与在 CAG 阶段基本相同, 但其阴虚证素较前减少。李佃贵教授以浊毒论治 CAG 伴肠上皮化生, 认为肠上皮化生病机关键在于湿滞日久而生浊邪, 浊邪日久不解而生浊毒, 治疗以化浊解毒为要, 常茵陈、黄连同用以清胃肠之湿热^[4]。王丽媛^[5]通过总结王志坤教授经验认为 CAG 伴 IM 的关键病机在于湿浊和热毒, 以自拟方罗英化浊解毒方加减治 CAG 伴 IM 患者获得较好的临床效果。胃为太仓, 主收纳水谷, 今时之人以酒为浆, 偏嗜肥甘厚腻、辛辣之物, 此品最易助湿生热, 故易有脾胃湿热之证。当疾病进展至 CAG 伴 IM 阶段, 脾胃之气进一步损伤, 脾气虚则运化水液机能障碍, 水湿停留中焦, 痰饮水湿内生, 水湿产生之后, 一方面水湿郁而化热, 湿热交阻, 湿遏热伏, 热处湿中, 而成脾胃湿热之证, 另一方面, 水湿反过来困遏脾气, 损伤脾阳, 致使脾阳不振, 而成脾胃阳虚之证。

疾病进展至 CAG 伴 IN 癌前病变阶段, 其常见证型依次为脾胃气虚证、瘀阻胃络证、脾胃湿热证、脾胃阳虚证、胃阴亏虚证、肝胃不和证, 脾胃气虚证所占比例仍持续下降, 脾胃湿热证亦明显减少, 瘀阻胃络证、脾胃阳虚证较前两阶段明显增加; 脾病位进一步增多, 肝病位进一步减少; 其常见证素为气虚、气滞、热、湿、瘀血、阳虚, 湿、热证素较前明显减少, 瘀血、阳虚证素较前明显增多。疾病进展至 CAG 伴 IN 阶段, 脾胃气虚日久, 气虚及阳, 加之长期胃阴亏虚, 阴与阳之间的关系遭到破坏, 就会导致“独阴不生, 独阳不长”, 而出现阴损及阳, 而脾胃阳虚之证愈多。阳气是推动血液运行的动力, 阳气虚则脉道失于温通而滞涩,

形成瘀血。一方面,瘀血虽为实邪,但其为疾病后期因虚致实的表现,其本质仍为气虚、阳虚。另一方面,瘀血已成,其又是具有致病作用的“死血”。瘀血阻滞于体内,尤其瘀血日久不散,就会严重影响气血的运行,脏腑失于濡养,生机受阻,势必影响新血的生成,所谓“瘀血不去,新生不生”,如《血证论·男女异同论》曰“瘀血不行,则新血断无生理,……盖瘀血去则新血易生,新血生而瘀血自去”。国医大师路志正以气虚血瘀论治末期 CAG,以炙黄芪补中焦而升清阳,以蒲黄、五灵脂、莪术活血化瘀^[6]。李桂贤教授认为,CAG 是渐进性的病变过程,故其多兼有血瘀,即“病久入络”“胃病久发,必有血瘀”,在 CAG 后期多用当归补血汤合桃红四物汤,使得气虚得补、瘀血得去、中焦得安^[7]。还有研究^[18-19]发现,运用活血温阳、益气健脾法治疗 CAG 伴异型增生具有改善胃黏膜萎缩和异型增生的效果。

综上可知,在 CAG 及其恶变过程中,核心证型为脾胃气虚证、脾胃湿热证、胃阴亏虚证、肝胃气滞证、瘀阻胃络证、脾胃阳虚证。其中,脾胃气虚证为基本证型,气虚、气滞为基本证素,贯穿 CAG 癌变始终。整体演变规律呈现“虚实夹杂、因虚致实、因实致虚”的特点。疾病病位在胃,与脾、肝相关,在 CAG 癌变进展过程中,早期阶段与胃、肝关系密切,晚期阶段与胃、脾关系密切。因此,在 CAG 恶变进程中辨证论治应当顾护脾胃,健运脾气,和降胃气,恢复脾胃功能。此外,根据不同阶段其主要证型、证素各不相同,临床应当辨病辨证相结合,准确辨证施治,灵活遣方用药,提高中医药诊治 CAG 的临床疗效。

本研究由于大多数文献都是对处于某一病理阶段的患者进行辨证分型,而非对某一具体患者的疾病发展过程进行长期证型随访,可能对本研究的结果造成一定的偏差。为进一步验证本文的研究结论,仍需采集高质量的专家调研意见以及开展大样本、长周期的研究。

参考文献

[1] BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394-424.

- [2] CORREA P. Human gastric carcinogenesis: A multistep and multifactorial process—First American cancer society award lecture on cancer epidemiology and prevention [J]. Cancer Res, 1992, 52(24): 6735-6740.
- [3] 房静远, 杜奔奇, 刘文忠. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [4] 刘伟, 潘华峰, 王奇, 等. 健脾益气化瘀解毒法治疗慢性萎缩性胃炎伴癌前病变的系统评价与 Meta 分析 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(11): 5122-5128.
- [5] 程若东, 赵兵, 马尚清, 等. 益气活血法治疗慢性萎缩性胃炎的 Meta 分析 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(5): 2050-2054.
- [6] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语: 证候部分 [M]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 39-45.
- [7] 邓铁涛. 中医诊断学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 8.
- [8] 朱文锋. 中医辨证体系及“证”的规范化研究 [J]. 天津中医, 2002, 19(5): 1-4.
- [9] 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系 [J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6): 38-39.
- [10] 朱文锋, 黄碧群. 证、证候的辨析与规范 [J]. 山西中医, 2005, 21(3): 1-3.
- [11] 王长洪. 董建华治疗慢性萎缩性胃炎的经验 [J]. 浙江中医学院学报, 1999, 23(4): 41.
- [12] 李紫昕, 张伦, 邱健行. 名老中医邱健行治疗慢性萎缩性胃炎经验 [J]. 中医临床研究, 2014, 6(2): 110, 112.
- [13] 潘静琳, 温淑婷, 肖嘉欣, 等. 治疗慢性萎缩性胃炎有效中药处方的用药规律研究 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3225-3228.
- [14] 刘小发, 刘建平, 杜艳茹, 等. 李佃贵治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生用药特点 [J]. 中医杂志, 2017, 58(7): 559-561.
- [15] 王丽媛. 罗英化浊解毒方治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床研究 [J]. 石家庄: 河北医科大学, 2016.
- [16] 杨丽苏. 路志正治疗萎缩性胃炎伴胃腺异型增生的经验 [J]. 中国医药学报, 1999, 14(2): 56-57.
- [17] 林才志, 何建红, 陈漫, 等. 李桂贤教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验 [J]. 广西中医药, 2015, 38(5): 42-43.
- [18] 柳梅, 许克先, 梁方信, 等. 中药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生及不典型增生的临床观察 [J]. 中医杂志, 1993, 34(5): 285-286, 260.
- [19] 杨剑, 吴万桂. 消痞愈萎汤联合胃复春片治疗伴异型增生慢性萎缩性胃炎疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(31): 3476-3479.

Literature Study on Distribution Features of Traditional Chinese Medicine Syndromes and Syndrome Elements in the Precancerosis of Chronic Atrophic Gastritis

HUANG Yuancheng¹, PAN Jinglin¹, HUANG Chaoyuan¹, JIANG Kailin¹, LIAO Liu¹, ZHU Chaoyang¹, LI Peiwu², LIU Fengbin²

(1. First Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006; 2. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To understand the distribution features of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes and syndrome elements in the precancerosis of chronic atrophic gastritis (CAG) . **Methods** By searching literatures on CAG and gastric precancerous lesions related syndromes and syndrome elements published in domestic database. The included literature was from the beginning of the database built to October 31 , 2018. The literatures were screened according to including and exclusion criteria. The canceration process of CAG was divided into 3 phrases of CAG , CAG with intestinal metaplasia (IM) and CAG with intraepithelial neoplasia (IN) . Syndromes and syndrome elements of these phrases were collected and recorded into the database and then this paper maperformed a statistical analysis. **Results** A total of 33 papers with syndromes and syndrome elements and 9261 reported cases were enrolled. It was found that the basic syndromes of the process of precancerosis of CAG were *qi* deficiency of the spleen and stomach , heat and dampness of the spleen and stomach , *yin* deficiency of the stomach , disharmony of the liver and the stomach , stasis obstructing the stomach and yang deficiency of the spleen and stomach , and the syndrome mentioned above had statistical significance in the 3 phrases of the precancerosis of CAG ($P < 0.05$) . Among them , *qi* deficiency of the spleen and stomach , *yin* deficiency of the stomach and disharmony of the liver and the stomach were common in the phrase of CAG. Heat and dampness of the spleen and stomach was common in the phrase of CAG with IM. Stasis obstructing the stomach and yang deficiency of the spleen and stomach were common in CAG with IN. The major syndrome elements of disease location were stomach , spleen and liver. The major nature of the disease of the syndrome elements were *qi* deficiency , *qi* stagnation , heat , *yin* deficiency , dampness , static blood and yang deficiency. Among them , syndrome elements of *qi* deficiency and *qi* stagnation could be seen in the 3 phrases while syndrome elements of heat , *yin* deficiency , dampness , static blood and yang deficiency all had statistical significance in the 3 phrases of the precancerosis of CAG ($P < 0.05$) . Among them , syndrome element of *yin* deficiency was common in the phrase of CAG. Syndrome elements of heat and dampness were common in the phrases of CAG and CAG with IM. Syndrome elements of static blood and yang deficiency were common in the phrases of CAG with IN. **Conclusion** In the process of the precancerosis of CAG , the syndrome and syndrome elements evolution rule of “intermingled deficiency and excess , from deficiency to excess , from excess to deficiency” was present. *Qi* deficiency of the spleen and stomach is the basic pathogenesis characteristic. Syndrome elements of *qi* deficiency and *qi* stagnation can be seen in the whole phrases of the disease. The disease location is in the stomach , related to the liver and spleen.

Keywords chronic atrophic gastritis; intestinal metaplasia; intraepithelial neoplasia; syndrome of traditional Chinese medicine; syndrome elements; literature study

(收稿日期: 2019 -03 -10; 修回日期: 2019 -05 -16)

编辑: 焦 爽