

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.06.014

窄带成像内镜技术下 Barrett 食管病变与中医肝郁证的关系

彭卓翥*, 卢杰夫, 陈婧, 郑超伟, 王伟, 张晶晶, 郭桂伶, 邓晓枫

(广西中医药大学第一附属医院, 广西壮族自治区南宁市东葛路 89-9 号, 530023)

摘要 目的 探讨窄带成像内镜 (NBI) 技术下的 Barrett 食管病变患者肝郁证及其亚型的分布特点及与柱状上皮化生的相关性。方法 收集经过内镜及病理确诊的 Barrett 食管病变患者 230 例, 经中医辨证分为肝郁证 105 例、非肝郁证 125 例, 肝郁证又分为 6 个亚型包括肝胃不和证、肝胃郁热证、肝郁痰凝证、肝郁血瘀证、肝郁阴伤证、肝郁脾虚证。采用 NBI 内镜分别在普通模式和放大模式下观察各证型患者腺口分型、柱状上皮化生长度, 采用对应相关分析方法分析肝郁证各亚型与柱状上皮化生长度的相关性。结果 105 例肝郁证患者中, NBI 普通模式下岛型占 84.76%, 舌型占 12.38%, 全周型占 2.85%; 放大模式下以 pit-1、pit-2 型腺管开口为主。肝郁证与非肝郁证的岛型、舌型、全周型分布情况比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 肝郁证与非肝郁证的腺管开口分型分布情况差异亦有统计学意义 ($P < 0.05$)。肝郁证各亚型分布以肝胃不和证 (36 例)、肝胃郁热证 (29 例) 及肝郁脾虚证 (27 例) 为主。柱状上皮化生短段者以肝胃不和证居首位 (相关系数: 0.1186), 长段者以肝郁痰凝证居首位 (相关系数: 0.1427)。结论 Barrett 食管病变肝郁证患者 NBI 技术下以岛型为主, pit-1 型腺管开口以肝胃不和证及肝胃郁热证为主, pit-2 型腺管开口以肝郁脾虚证、肝胃不和证为主。柱状上皮化生短段者与肝胃不和证具有相关性, 长段者与肝郁痰凝证具有相关性。

关键词 Barrett 食管; 窄带成像内镜; 肝郁证; 柱状上皮化生

Barrett 食管是指食管下段复层鳞状上皮被化生的单层柱状上皮所替代的一种病理现象, 可伴肠上皮化生或无肠上皮化生, 其中伴有特殊肠上皮化生者属于食管腺癌的癌前病变^[1]。Barrett 食管是反流性食管炎的并发症之一, 由于其与食管腺癌的发生关系密切, 成为了近年的研究热点。我们采用窄带成像内镜 (NBI) 技术, 通过普通及放大模式观察, 探讨 Barrett 食管与肝郁证的关系, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《Barrett 食管诊治共识 (修订版)》^[2]: 主要表现为胃食管反流病症状, 如烧心、反酸、胸骨后疼痛和吞咽困难等。内镜检查和病理学检查: 当内镜检查发现食管下段有柱状上皮化生时称为“内镜下可疑 Barrett 食管”, 经病理

学检查证实有柱状细胞存在时即可诊断, 发现肠上皮化生时更支持 Barrett 食管的诊断^[3]。

中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]及文献 [4-5], 总结出 Barrett 食管肝郁证及其 6 个亚型, 包括肝胃不和、肝胃郁热、肝郁痰凝、肝郁血瘀、肝郁阴伤、肝郁脾虚。

1.2 纳入标准

1) 符合上述西医诊断标准者; 2) 有反流、烧心、异物感、胸痛、咽喉炎或哮喘症状, 曾行胃镜检查诊断或疑似 Barrett 食管患者, 经病理活检最终确诊; 3) 年龄 18~70 岁; 4) 签署知情同意书, 自愿参与该项调查。

1.3 排除标准

1) 合并消化性溃疡、幽门梗阻、贲门失弛缓症, 胃次全切除术后、贲门切除术后; 2) 妊娠及哺乳期妇女; 3) 合并严重心、肾、肺、肝、胰、神经系统疾病者; 4) 怀疑或证实患有恶性肿瘤等疾病; 5) 精神障碍、严重认知障碍 (痴呆)、失语者。

基金项目: 广西自然科学基金 (2012GXNSFAA053100)

* 通讯作者: penazy@163.com, (0771) 5848705

1.4 一般资料

收集 2011 年 1 月至 2014 年 1 月在广西中医药大学第一附属医院住院及门诊就诊, 经内镜及病理确诊为 Barrett 食管病变患者 230 例。其中肝郁证 105 例, 男 64 例, 女 41 例; 年龄 19~67 岁, 平均 (41.00 ± 5.68) 岁; 病程 7 个月~8 年, 平均 (3.12 ± 2.56) 年。非肝郁证 125 例, 男 77 例, 女 48 例; 年龄 18~65 岁, 平均 (39.00 ± 6.75) 岁; 病程 6 个月~7 年, 平均 (3.43 ± 2.72) 年。两证型患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 研究方法

1) 在文献调研并参考专家意见的基础上, 根据 Barrett 食管病变的肝郁证及其各亚型的特点, 制定 Barrett 食管病变与中医肝郁证候临床调查表, 每个调查条目均采用五级评定法^[6]。对参与临床病例调查的医师进行系统培训, 完成一致性检验; 医师对门诊或住院的患者根据病史、症状、体征进行分析, 判定为肝郁证和非肝郁证。

2) 予内镜检查, 由同一位经验丰富的内镜医师进行操作检查, 采用 NBI 内镜 (奥林巴斯公司, 型号: GIF-NBI-H260Z)。首先按普通模式观察, 分为岛型、舌型、全周型。其次按放大模式 (光学放大 107 倍) 对腺管开口分为 pit-1、pit-2、pit-3、pit-4、pit-5 型^[7]。对于有化生的柱状上皮测量后按长度分类^[8] (长段: Barrett 食管病变 ≥ 3 cm, 短段: Barrett 食管病变 < 3 cm)。

3) 肝郁证各亚型与 NBI 模式下柱状上皮化生之间的相关性, 采用对应相关分析方法^[9], 以肝郁证各亚型为列变量, 以 NBI 模式下分型 (长段、短段) 为行变量, 形成二维列联表并采用对应分析程序, 根据两点之间的距离计算公式可以算出任何两个变量之间的相关系数 (即相关距离), 揭示肝郁证各亚型与 NBI 模式下柱状上皮化生之间的相关性, 相关距离越小, 表示相关性越大。

2.2 统计学方法

采用双人双机录入方法, 用 Access 建立数据库, 导入 SAS 6.12 统计软件进行 χ^2 检验、秩和检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 肝郁证和非肝郁证患者 NBI 普通模式分型分布情况

表 1 示, NBI 普通模式下肝郁证与非肝郁证的

岛型、舌型、全周型经 χ^2 检验两两比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 肝郁证与非肝郁证的岛型、舌型、全周型经多样本两证型间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 1 肝郁证和非肝郁证 Barrett 食管病变患者 NBI 普通模式分型分布情况 例 (%)

中医分型	例数	岛型	舌型	全周型
肝郁证	105	89 (84.76)	13 (12.38)	3 (2.86)
非肝郁证	125	71 (56.80)	39 (31.20)	15 (12.00)

3.2 肝郁证和非肝郁证患者 NBI 放大模式腺管开口分型分布情况

表 2 示, NBI 放大模式下肝郁证以 pit-1、pit-2 型腺管开口为主, 非肝郁证以 pit-3、pit-4 型腺管开口为主。肝郁证与非肝郁证的 pit 分型经秩和检验, 差异有统计学意义 ($Z = -9.818, P < 0.05$)。

表 2 肝郁证和非肝郁证 Barrett 食管病变患者 NBI 放大模式腺管开口分型分布情况 例 (%)

分型	例数	pit-1	pit-2	pit-3	pit-4	pit-5
肝郁证	105	47 (44.76)	53 (50.48)	3 (2.86)	2 (1.90)	0
非肝郁证	125	11 (8.80)	20 (16.00)	57 (45.60)	34 (27.20)	3 (2.40)

3.3 肝郁证各亚证型患者 NBI 放大模式腺管开口分型分布情况

105 例肝郁证 Barrett 食管病变患者中肝胃不和证 36 例 (占 34.29%), 肝胃郁热证 29 例 (占 27.62%), 肝郁痰凝证 8 例 (占 7.62%), 肝郁血瘀证 2 例 (占 1.90%), 肝郁阴伤证 3 例 (占 2.86%), 肝郁脾虚证 27 例 (占 25.71%)。表 3 示, 肝胃不和证 pit-1 型 21 例, 肝郁脾虚证 pit-2 型 23 例占主导。pit-1 型腺管开口以肝胃不和证及肝胃郁热证为主, pit-2 型腺管开口以肝郁脾虚证、肝胃不和证为主。肝郁证各亚型之间腺管开口分型比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 肝郁证各亚证型 Barrett 食管病变患者 NBI 放大模式腺管开口分型分布情况 (例)

分型	例数	pit-1	pit-2	pit-3	pit-4	pit-5
肝胃不和证	36	21	15	0	0	0
肝胃郁热证	29	19	10	0	0	0
肝郁痰凝证	8	3	5	0	0	0
肝郁血瘀证	2	0	0	1	1	0
肝郁阴伤证	3	0	0	2	1	0
肝郁脾虚证	27	4	23	0	0	0

3.4 肝郁证患者各亚证型与柱状上皮化生相关性

肝郁证 Barrett 食管病变患者长段者共 21 例,

其中肝郁痰凝证 7 例, 肝郁脾虚证 4 例, 肝胃不和证 3 例, 肝胃郁热证、肝郁血瘀证各 2 例, 肝郁阴伤证 3 例; 短段者共 84 例, 其中肝胃不和证 33 例, 肝胃郁热证 27 例, 肝郁脾虚证 23 例, 肝郁痰凝证 1 例, 肝郁血瘀证、肝郁阴伤证各 0 例。长段及短段在各亚型分布比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), Barrett 食管病变长段多分布于肝郁痰凝证、肝郁脾虚证等亚型, 短段多分布于肝胃不和证、肝胃郁热证、肝郁脾虚证等亚型。表 4 示, 短段 Barrett 食管病变肝胃不和证 (相关系数: 0.1186) 居首位, 长段 Barrett 食管病变则以肝郁痰凝证 (相关系数: 0.1427) 居首位。

表 4 肝郁证 Barrett 食管病患者各亚型与柱状上皮化生长段及短段相关系数

肝郁证亚型	长段 Barrett 食管病变	短段 Barrett 食管病变
肝胃不和证	0.3356	0.1186
肝胃郁热证	0.4227	0.1231
肝郁痰凝证	0.1427	0.4258
肝郁血瘀证	0.4125	0.5283
肝郁阴伤证	0.3258	0.5322

4 讨论

窄带成像内镜技术 (NBI) 目前已经广泛应用于临床, 是诊断食管疾病的重要手段^[4]。在 Barrett 食管病变诊断过程中, NBI 内镜与普通内镜相比, 其显著优势在于图像对比性的明显改善, 尤其在鉴别特殊肠上皮化生上, 能使病变轮廓、血管形态及黏膜构造显示得更为清晰, 且更易发现异常的黏膜结构、异型增生等^[1-13]。

有研究表明, 胃食管反流病包括 Barrett 食管病变与肝郁证关系密切^[4-13], 故本研究采用 NBI 技术, 结合中医证候临床病例调查及对应分析方法的方式, 重点探讨 NBI 技术下 Barrett 食管病变肝郁证及各亚型分布特点及与 NBI 内镜下柱状上皮化生的关系。本研究结果表明, Barrett 食管病变肝郁证各亚型的患者中以肝胃不和、肝胃郁热及肝郁脾虚 3 个证型最为多见。NBI 普通模式下肝郁证以岛型最为多见 (84.76%)。NBI 放大模式下观察柱状上皮化生长度, 长段者多分布于肝郁痰凝、肝郁血瘀、肝郁阴伤等肝郁证亚型; 短段者多分布于肝胃不和、肝胃郁热、肝郁脾虚等肝郁证亚型。同时, 肝郁证以 pit-1、pit-2 型腺管开口为主, 其中

肝胃不和证 pit-1 型 21 例, 肝郁脾虚证 pit-2 型 23 例。可见, NBI 内镜下表现与 Barrett 食管病变肝郁证各亚型可能存在某种关系, 即腺管开口分型、柱状上皮化生的分布特点是 Barrett 食管病变肝郁证的重要内镜表现及病理特征之一, 有助于辅助 Barrett 食管的中医病因病机辨证与治疗。本研究还发现, 肝胃不和证、肝胃郁热证及肝郁脾虚证是 Barrett 食管病变常见的肝郁证亚型, 说明脾虚、气郁、郁热等因素在肝郁证的发病过程中起着重要作用, 提示理气、健脾、和胃、清热等药物与疏理肝气的相互配伍对肝郁证的治疗将起到协同作用。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. Barrett 食管诊治共识 (修订版) [J]. 胃肠病学, 2011, 16(8): 485-486.
- [2] 许国铭, 李兆申. 上消化道内镜学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 259-260.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 18.
- [4] 朱文锋. 中医诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 98-100.
- [5] 彭卓崙. Barrett 食管从肝论治 [J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33(1): 10-12.
- [6] 郑筱萸. 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: 72-73.
- [7] ANILE M, FRANCIONI F, DISO D, et al. Esophageal stent displacement in left main bronchus [J]. Ann Thorac Surg, 2007, 84(5): 1767.
- [8] 许国铭, 李兆申. 上消化道内镜学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 259.
- [9] 何庆勇, 王阶. 对应分析技术在中医证候研究中的应用 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(1): 74-76.
- [10] 张歆, 王诗卓, 高婧一, 等. Barrett 食管诊断的新进展 [J]. 日本医学介绍, 2006, 27(6): 281-283.
- [11] 刘志国, 郭学刚, 孙安华, 等. 内镜窄带成像技术的临床应用体会 [J]. 中国消化内镜, 2008, 2(12): 41-48.
- [12] 郭涛, 钱家鸣, 杨爱明, 等. 窄光谱成像 (NBI) 在消化内镜中的应用 [J]. 中华消化内镜杂志, 2007, 24(3): 234-236.
- [13] 陆忠凯, 陈志荣, 任伯良, 等. 窄光谱成像技术的临床应用价值 [J]. 江苏医药, 2011, 37(3): 309-311.
- [14] 沈建冲, 朱曙东, 叶淑云. Barrett 食管的辨证论治探讨 [J]. 新中医, 2013, 45(3): 12-14.
- [15] 齐洪军. 浅探 Barrett 食管的中医病因病机及治则治法 [J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(8): 27-28.

Relationship between Barrett Esophageal Lesions under Narrow Band Imaging Endoscope and Chinese Medicine Syndrome of Stagnation of Liver Qi

PENG Zhuoyu, LU Jiefu, CHEN Jing, ZHENG Chaowei, WANG Wei, ZHANG Jingjing, GUO Guiling, DENG Xiaofeng

(First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, 530023)

ABSTRACT **Objective** To explore the distribution characteristics and the dependency with columnar epithelial metaplasia of syndrome of stagnation of liver Qi and subtypes of patients with Barrett esophageal lesions under narrow band imaging (NBI) endoscope. **Methods** Two hundred and thirty patients with Barrett esophageal lesions, diagnosed by endoscope and pathology, were collected. After Chinese medicine syndrome differentiation, 105 cases were syndrome of stagnation of liver Qi, 125 cases not. The syndrome of stagnation of liver Qi included 6 subtypes, such as syndrome of incoordination between liver and stomach, syndrome of heat stagnation in liver and stomach, syndrome of stagnation of liver Qi and coagulated phlegm, syndrome of stagnation of liver Qi and blood stasis, syndrome of stagnation of liver Qi and injury of Yin, as well as syndrome of stagnation of liver Qi and spleen deficiency. Pit pattern typing and columnar epithelial metaplasia length of patients of all syndromes was examined by NBI endoscope under normal mode and amplification mode respectively. The dependency between subtypes of syndrome of stagnation of liver Qi and columnar epithelial metaplasia length was analyzed by corresponding correlation analysis. **Results** Among 105 patients with syndrome of stagnation of liver Qi, under NBI normal mode, island-type accounted for 84.76%, tongue-type for 12.38%, circumference-type for 2.85%. Under amplification mode, pit-1 and pit-2 were the main pit pattern types. The difference of distribution of island-type, tongue-type and circumference-type between the syndrome of stagnation of liver Qi and non-syndrome of stagnation of liver Qi was significant ($P < 0.01$). The difference of distribution of pit pattern types between the syndrome of stagnation of liver Qi and non-syndrome of stagnation of liver Qi was significant ($P < 0.05$). The syndrome of incoordination between liver and stomach (36 cases), syndrome of heat stagnation in liver and stomach (29 cases) and syndrome of stagnation of liver Qi and spleen deficiency (27 cases) were the main subtypes of the syndrome of stagnation of liver Qi. The syndrome of incoordination between liver and stomach had the most columnar epithelial metaplasia of short segment (correlation coefficient 0.1186); the syndrome of stagnation of liver Qi and coagulated phlegm had the most columnar epithelial metaplasia of long segment (correlation coefficient 0.1427). **Conclusion** Under the NBI technology, island-type was the most common in patients with Barrett esophageal lesions of the syndrome of stagnation of liver Qi. Pit-1 was the most common pit pattern type in patients of the syndrome of incoordination between liver and stomach and the syndrome of heat stagnation in liver and stomach. Pit-2 was the most common pit pattern type in patients of the syndrome of stagnation of liver Qi and spleen deficiency and the syndrome of incoordination between liver and stomach. Columnar epithelial metaplasia of short segment and the syndrome of incoordination between liver and stomach had correlation. Columnar epithelial metaplasia of long segment and the syndrome of stagnation of liver Qi and coagulated phlegm had correlation.

Keywords Barrett esophagus; narrow band imaging endoscope; syndrome of stagnation of liver Qi; columnar epithelial metaplasia

(收稿日期: 2015-06-30; 修回日期: 2015-08-31)

编辑: 叶 晨