

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.16.015

文献研究

慢性非萎缩性胃炎与慢性萎缩性胃炎证候、证素分布规律文献研究

黄远程¹, 黄超原¹, 梁怀枫¹, 潘静琳¹, 李培武², 刘凤斌^{*}

(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 探讨慢性非萎缩性胃炎 (CNAG) 与慢性萎缩性胃炎 (CAG) 的证候、证素分布规律及差异。方法 检索中国生物医学文献数据库、中国知网全文数据库、万方数据库和重庆维普中文期刊数据库, 纳入有关 CNAG、CAG 证候的流行病学调查研究及中医临床辨证分型治疗研究。收集文献的一般资料、病例辨证分型并建立数据库, 分别统计 CNAG、CAG 证候和病性类、病位类证素的频次、病例数以及构成比, 并比较二者差异。结果 共纳入文献 241 篇, 其中 CNAG 文献 64 篇, CAG 文献 177 篇, 共计病例数 36 315 例, 其中 CNAG 病例 11 535 例, CAG 病例 24 780 例。CNAG 常见证候类型依次为肝胃不和证、脾胃气虚证、脾胃湿热证、脾胃阳虚证、胃阴亏虚证、瘀阻胃络证, CAG 常见证候类型依次为肝胃不和证、胃阴亏虚证、脾胃气虚证、脾胃湿热证、脾虚气滞证, 其中 CNAG 肝胃气滞证多于 CAG, CAG 瘀阻胃络证多于 CNAG。CNAG 常见病性类证素依次为气虚、热、气滞、湿、阳虚, CAG 常见病性类证素依次为气虚、热、阴虚、湿、气滞。其中 CNAG 气滞、阳虚证素多于 CAG, CAG 瘀证素多于 CNAG ($P < 0.05$)。CNAG 和 CAG 病位均以胃、脾、肝、肠为主, 其中 CNAG 病位多在胃, CAG 病位多在脾 ($P < 0.05$)。结论 肝胃不和证和脾胃气虚证为 CNAG 和 CAG 的核心证候, 其中 CNAG 病机以胃气滞为显著, CAG 病机以脾气虚更为显著。胃阴亏虚、胃络瘀阻是 CAG 区别于 CNAG 的主要证候特点。

关键词 慢性非萎缩性胃炎; 慢性萎缩性胃炎; 证候; 证素; 肝胃不和; 脾胃气虚

Correa 提出的胃癌发病多阶段模式目前已被公认, 即自非萎缩性胃炎 (chronic non-atrophy gastritis, CNAG) 依次演变为萎缩性胃炎 (chronic atrophy gastritis, CAG)、肠化/上皮内瘤变、胃癌^[1], 其中 CNAG 为 Correa 级联反应模式的起始阶段, CAG 为逆转治疗的关键节点^[2]。目前现代医学对于 CNAG 及 CAG 的治疗主要是祛除病因、根除幽门螺杆菌及对症治疗等, 但其对症状的缓解及阻止黏膜病变进展的效果并不理想^[3-4]。多项系统评价^[5-8]表明, 中医药对于治疗 CNAG 和 CAG 均有较好的效果, 特别对于 CAG, 能在一定程度上延缓甚至逆转胃黏膜病变。

辨证论治是中医学的核心内容, 辨明疾病的性

质及传变规律, 便可认清疾病过程中的病机特点, 为治疗提供依据和方向, 也是提高疗效的前提和关键。目前对于 CNAG 和 CAG 的证候及证素研究大多以医院为单位, 且为小样本、单病的研究, 缺乏大数据、大样本、两病比较的研究。本文通过文献研究的方法, 对 CNAG 和 CAG 的证候类型及证候要素的分布特点及差异进行探讨, 明确 CNAG 和 CAG 的病机特点、证候及证素分布规律及差异, 以为慢性胃炎发展过程中的临床辨证和治疗思路提供依据。

1 研究方法

1.1 文献检索

资料来源: 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 (CQVIP)、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: 采用高级检索, 主题词含“慢性非萎

基金项目: 广东省中医药局中医药强省建设专项中医优势病种突破项目; 广东省中医药局中医师承项目; 广东省自然科学基金 (2017A030310121); 广州中医药大学“高水平大学建设”项目

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

缩性胃炎”或“慢性浅表性胃炎”或“慢性萎缩性胃炎”和“证”。

1.2 文献纳入标准

1) CNAG/CAG 证候的流行病学调查; 2) CNAG/CAG 中医临床辨证分型治疗研究, 所报道的证型 ≥ 2 种; 3) 所涉及的病例均经病理检查符合 CNAG/CAG 诊断标准; 4) 中医证候诊断明确, 并且各证均有具体病例数; 5) 总病例数 ≥ 20 。

1.3 文献排除标准

1) 仅研究单一证候的文献; 2) 文献综述、个别病例报道、专家经验介绍等; 3) 所含病例胃黏膜病变已进展为早期胃癌或除 CNAG/CAG 外合并有其他消化系统疾病。

1.4 文献筛选

将各库检索的文献导入 NoteExpress 3.2, 根据文献标题及第一作者进行合库查重, 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。对初筛保留的文献进行全文下载及阅读, 对于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, 最后确定纳入的文献。以上文献筛选由两位研究者独立完成, 完成后相互核对, 有争议者由第三位研究者参与协商决定。以 Microsoft Excel 2016 建立数据库, 收集本研究所纳入文献的一般资料(第一作者、研究年份、总病例数)、证候类型及证候要素的频次、例数。以上数据录入由两位研究者独立完成, 经第三位研究者进行二次核对。

1.5 证候术语规范

参照《中医临床诊疗术语·证候部分》^[8]对文献中所涉及的证候名称进行规范, 并结合《中医诊断学》^[9]进行完善, 使得内涵相同但名称不同的中医证型名统一, 如脾胃虚寒证统一为脾胃阳虚证, 胃阴不足证统一为胃阴亏虚证。对于以上标准未提及的证候类型按原文献名进行保留。

1.6 证候要素提取

参考朱文锋教授以证素为辨证核心的体系的相关文献^[11-13], 将纳入文献中所涉及的证候类型拆分为病位证素和病性证素两部分。如“脾胃阳虚”拆分为病位证素“脾”“胃”, 病性类证素“阳虚”。

1.7 统计分析

采用 SPSS 22.0 进行统计分析, 统计证候和证素的频次、例数和构成比, 比较 CNAG 和 CAG 各种证候、证素频次和病例数所占的比例, 并采用卡方检验、连续性校正卡方检验或 Fisher 精确检验比

较两者之间的差别。

2 结果

2.1 文献检索结果

各数据库检索 CNAG 相关文献数分别为: CNKI 747 篇, 万方数据库 1219 篇, CQVIP 342 篇, CBM 1109 篇, 共 3417 篇。经合库查重剩余 1909 篇, 进行初筛及全文阅读后最终纳入 64 篇, 共报道病例数 11535 例, 其中单篇病例数最多为 1311 例, 病例数最少为 30 例。

各数据库检索 CAG 相关文献数分别为: CNKI 3153 篇, 万方数据库 4503 篇, CQVIP 1317 篇, CBM 3400 篇, 共 12373 篇。经合库查重剩余 8856 篇, 进行初筛及全文阅读后最终纳入 177 篇, 共报道病例数 24780 例, 其中单篇病例数最多为 1276 例, 病例数最少为 24 例。

2.2 CNAG 和 CAG 证候类型分布及比较

CNAG 文献规范后有证型 42 种, 累计频次 289 次, 分别选出频次 ≥ 10 及病例数 ≥ 400 的证候类型, 详见表 1、表 2。

表 1 慢性非萎缩性胃炎文献中频次 ≥ 10 的证候类型

证型	频次	构成比 (%)
胃阴亏虚证	39	13.49
脾胃阳虚证	33	11.42
肝胃不和证	32	11.07
脾胃气虚证	32	11.07
脾胃湿热证	30	10.38
瘀阻胃络证	18	6.23
肝胃气滞证	14	4.84
胃热炽盛证	11	3.81
肝胃积热证	10	3.46
合计	219	75.78

表 2 慢性非萎缩性胃炎文献中病例数 ≥ 400 的证候类型

证型	病例数	构成比 (%)
肝胃不和证	2425	21.02
脾胃气虚证	1950	16.91
脾胃湿热证	1643	14.24
脾胃阳虚证	1104	9.57
胃阴亏虚证	548	4.75
瘀阻胃络证	496	4.30
肝郁气滞证	474	4.11
肝胃气滞证	463	4.01
肝郁脾虚证	460	3.99
合计	9563	82.90

CAG 文献经规范后有证型 62 种, 累计频次 827 次, 分别选出频次 ≥ 10 及病例数 ≥ 240 的证候

类型, 详见表 3、表 4。

表 3 慢性萎缩性胃炎文献中频次 ≥ 10 的证候类型

证型	频次	构成比 (%)
胃阴亏虚证	128	15.48
脾胃湿热证	127	15.36
肝胃不和证	119	14.39
瘀阻胃络证	84	10.16
脾胃气虚证	78	9.43
脾胃阳虚证	66	7.98
脾虚气滞证	23	2.78
肝胃气滞证	17	2.06
肝胃积热证	15	1.81
气滞血瘀证	13	1.57
瘀血内阻证	12	1.45
寒热错杂证	10	1.21
合计	692	83.68

表 4 慢性萎缩性胃炎文献中病例数 ≥ 240 的证候类型

证型	病例数	构成比 (%)
肝胃不和证	4100	16.55
胃阴亏虚证	3346	13.50
脾胃气虚证	3339	13.47
脾胃湿热证	3195	12.89
脾虚气滞证	2264	9.14
脾胃阳虚证	2123	8.57
瘀阻胃络证	1459	5.89
肝胃气滞证	480	1.94
气滞血瘀证	373	1.51
脾虚湿热证	322	1.30
肝胃积热证	306	1.23
肝胃阴虚证	249	1.00
合计	21556	86.99

CNAG 和 CAG 各主要证候频次比较, 胃阴亏虚证、脾胃阳虚证、肝胃不和证、脾胃气虚证分布差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 脾胃湿热证、瘀阻胃络证、肝胃气滞证分布差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 根据构成比可知, CAG 脾胃湿热证 ($\chi^2 = 4.39, P = 0.036$)、瘀阻胃络证 ($\chi^2 = 3.98, P = 0.046$) 多于 CNAG, CNAG 肝胃气滞证 ($\chi^2 = 6.17, P = 0.013$) 多于 CAG。

CNAG 和 CAG 病例数比较, 肝胃不和证、脾胃气虚证、脾胃湿热证、脾胃阳虚证、胃阴亏虚证、瘀阻胃络证、肝郁气滞证、肝胃气滞证差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 根据构成比可知, CNAG 肝胃不和证 ($\chi^2 = 107.05, P < 0.001$)、脾胃气虚证 ($\chi^2 = 74.44, P < 0.001$)、脾胃湿热证 ($\chi^2 = 12.43, P < 0.001$)、脾胃阳虚证 ($\chi^2 = 9.79, P = 0.002$)、肝郁气滞证 ($\chi^2 = 594.85, P < 0.001$)、肝胃气滞证 ($\chi^2 = 134.23, P < 0.001$) 多于 CAG, CAG 胃阴亏虚证 ($\chi^2 = 629.80, P < 0.001$)、瘀阻胃络证 ($\chi^2 = 38.96, P < 0.001$) 多于 CNAG。

2.3 CNAG 和 CAG 证候要素分布及比较

从 CNAG 文献的证候类型中共提取出证候要素 14 个, 其中病位类证素 4 个, 出现频次 437 次, 累计病例数 20027 例, 常见病位类证素为胃、脾、肝; 病性类证素 10 个, 出现频次 322 次, 累计病例数 11889 例, 常见病性类证素为气虚、热、气滞、湿、阳虚、阴虚、瘀。病位类证素分布情况详见表 5、表 6, 病性类证素分布情况详见表 7、表 8。

表 5 慢性非萎缩性胃炎病位类证素频次分布情况

病位	频次	构成比 (%)
胃	245	56.06
脾	116	26.54
肝	72	16.48
肠	4	0.92
合计	437	100

表 6 慢性非萎缩性胃炎病位类证素病例数分布情况

病位	病例数	构成比 (%)
胃	9962	49.74
脾	5877	29.35
肝	4152	20.73
肠	36	0.18
合计	20027	100

表 7 慢性非萎缩性胃炎病性类证素频次分布情况

病性	频次	构成比 (%)
热	63	19.57
气虚	48	14.91
阴虚	47	14.60
湿	44	13.66
气滞	43	13.35
阳虚	39	12.11
瘀	26	8.07
寒	7	2.17
食积	4	1.24
痰	1	0.31
合计	322	99.99

表 8 慢性非萎缩性胃炎病性类证素病例数分布情况

病性	病例数	构成比 (%)
气虚	2620	22.04
热	2432	20.46
气滞	1963	16.51
湿	1931	16.24
阳虚	1390	11.69
阴虚	694	5.84
瘀	596	5.01
寒	218	1.83
食积	36	0.30
痰	9	0.08
合计	11889	100

从 CAG 文献的证候类型中共提取出证候要素 18 个, 其中病位类证素 6 个, 出现频次 1216 次, 累计病例数 37661 例, 常见病位类证素为胃、脾、肝; 病性类证素 12 个, 出现频次 950 次, 累计病例数 28678 例, 常见病性类证素为气虚、热、阴虚、湿、气滞、瘀、阳虚。病位类证素分布情况详见表 9、表 10, 病性类证素分布情况详见表 11、表 12。

表 9 慢性萎缩性胃炎病位类证素频次分布情况

病位	频次	构成比 (%)
胃	681	56.00
脾	349	28.70
肝	179	14.72
肠	3	0.25
肾	2	0.16
心	2	0.16
合计	1216	99.99

表 10 慢性萎缩性胃炎病位类证素病例数分布情况

病位	病例数	构成比 (%)
胃	19668	52.22
脾	12453	33.07
肝	5473	14.53
心	31	0.08
肠	22	0.06
肾	14	0.04
合计	37661	100

表 11 慢性萎缩性胃炎病性类证素频次分布情况

病性	频次	构成比 (%)
热	188	19.79
阴虚	158	16.63
湿	152	16.00
气虚	151	15.89
瘀	126	13.26
阳虚	75	7.89
气滞	74	7.79
寒	12	1.26
痰	6	0.63
毒	3	0.32
食积	3	0.32
血虚	2	0.21
合计	950	100

对 CNAG 和 CAG 所提取的病位类证素进行比较, 在频次上, CNAG 和 CAG 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 在病例数上, CNAG 和 CAG 胃、脾、肝病位差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 根据构成比可知, CNAG 肝 ($\chi^2 = 361.52, P < 0.001$) 病位多于 CAG, CAG 胃 ($\chi^2 = 32.21, P < 0.001$)、脾 ($\chi^2 = 83.49, P < 0.001$) 病位多于 CNAG。

表 12 慢性萎缩性胃炎病性类证素病例数分布情况

病性	病例数	构成比 (%)
气虚	7193	25.08
热	4785	16.69
阴虚	4311	15.03
湿	3936	13.72
气滞	3462	12.07
瘀	2354	8.21
阳虚	2304	8.03
寒	156	0.54
痰	70	0.24
毒	54	0.19
血虚	31	0.11
食积	22	0.08
合计	28678	99.99

对 CNAG 和 CAG 所提取的病性类证素进行比较, 在频次上, CNAG 和 CAG 热、气虚、阴虚、湿证素差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 气滞、阳虚、瘀证素差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 根据构成比可知, CNAG 气滞 ($\chi^2 = 8.92, P = 0.003$)、阳虚 ($\chi^2 = 5.24, P = 0.022$) 证素多于 CAG, CAG 瘀 ($\chi^2 = 6.15, P = 0.013$) 证素多于 CNAG。在病例数上, CNAG 和 CAG 气虚、热、气滞、湿、阳虚、阴虚、瘀差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 根据构成比可知, CNAG 热 ($\chi^2 = 81.70, P < 0.001$)、气滞 ($\chi^2 = 142.96, P < 0.001$)、湿 ($\chi^2 = 43.04, P < 0.001$)、阳虚 ($\chi^2 = 135.84, P < 0.001$) 证素多于 CAG, CAG 气虚 ($\chi^2 = 42.49, P < 0.001$)、阴虚 ($\chi^2 = 657.04, P < 0.001$)、瘀 ($\chi^2 = 127.26, P < 0.001$) 证素多于 CNAG。

3 讨论

2018 年全球癌症负担状况报告^[4]显示, 胃癌已高居我国癌症发病率和死亡率的第二位。在 CNAG 的基础上逐渐发展为 CAG, 并伴发肠上皮化生、胃黏膜上皮内瘤变为胃癌前病变, 与肠型胃癌的发生发展密不可分^[5]。本研究结果显示, 肝胃不和证与脾胃气虚证为 CNAG 和 CAG 的核心证候, 贯穿于慢性胃炎整个病程, 并结合病位分布特点可知, CNAG 病机以肝胃气滞更为显著, CAG 病机以脾气虚更为显著。慢性胃炎在疾病初期 (CNAG) 多以实证为主, 后期 (CAG) 多以虚证为主。

慢性胃炎患者症状虽无明显特异性, 但常见上腹部不适和消化不良症状。胃在生理上以和降为顺, 在病理上因滞而病。叶天士在《临证指南医案》中指出“肝为起病之源, 胃为传病之

所”^[123]，提示脾胃与肝关系密切，生理上相互为用，病理上相互影响。在正常生理状态下，肝气疏泄，畅达气机，促进协调脾胃之气的升降运动，促进饮食的消化吸收。若情志不畅、感受外邪、饮食不节，引起肝之疏泄不畅，导致肝气郁结或肝气亢逆，克伐中土，破坏了肝胃相和的关系，可见上腹部疼痛不适、嗳气、反酸之症，如《沈氏尊生书·胃痛》云“胃痛……，唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也”^[17]。此外，在慢性胃炎的病程中，除肝木伐土外，饮食、药物、外邪等因素引起湿阻、火郁、寒凝等亦为耗伤脾胃之气的重要一环。脾胃为水谷精微运化之枢纽，脾胃气虚则运化失职，水谷不能健运，从而引起消化不良症状，如腹胀、早饱、完谷不化等。所以，肝胃不和证与脾胃气虚证为慢性胃炎整个病程中的核心证候。但在其不同阶段，病机侧重点有一定差异。在 CNAG 阶段，病之初起，脾胃之气虽虚，但其症状多以上腹部疼痛、嗳气为主，故病机以肝胃气滞为显著。在治疗时需重视肝胃失和、气滞为病的内在病机特点，应主以疏肝和胃之法，从而解郁降气，恢复脾胃气机运动的稳定有序，为脾胃正常纳运创造条件。张光波^[18]研究 CNAG 中医用药规律亦发现，疏肝理气为最常用治法。随着肝气横逆攻伐日久，并在湿阻、火郁、寒凝、瘀血等病理因素的损伤下，脾气渐虚，脾气虚而不能运化水谷，气血生化无源，而脾气愈虚，所以在 CAG 阶段其病机以脾胃之气愈虚为显著，除上腹部疼痛不适外，多伴有早饱、食少、食欲不振、倦怠乏力等症状。在治疗时需注意脾胃气虚的病机特点，当以健脾益气之法为基本大法。潘静琳等^[19]总结治疗 CAG 有效处方用药规律，结果显示白术、黄芪、党参三者使用频次居于前列。

本研究结果亦显示，胃阴亏虚证、胃络瘀阻证是 CAG 区别于 CNAG 的主要证候。胃为阳明燥土，喜润恶燥，以通为用，以降则和，而胃之通降依赖于胃阴的濡润与下行。CAG 病程多较长，渐致脾胃虚弱，气血生化乏源，日久则阴液耗损，阴液不足则不能濡养，故 CAG 患者易伴有口干、大便干燥、形体消瘦等症，同时胃阴不足使之无力濡润腐熟水谷，从而影响胃的通降功能，胃气不和则易出现饥不欲食、痞满等症。另外，由于缠绵的病程，瘀血成为 CAG 患者重要的病理因素，正如叶天士在《临证指南医案》中所云“初病在经，久病入络，以经主气，络主血，则知其治气治血之当然”^[124]。瘀血既是病理产物，又具有致病作用。

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，气血运行受阻，不通则痛，故 CAG 患者胃脘痛往往表现为刺痛或痛有定处，同时由于生机受阻，脏腑失于濡养，则可表现为面色暗滞、黑便、脉涩等。又所谓“瘀血不去，新生不生”，如《血证论·男女异同论》所云“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”^[20]。如若瘀血经久不除，新血不生，可使 CAG 患者病情进一步发展，胃黏膜出现恶变。临床研究^[21-22]中也发现，运用养阴化瘀通络法治 CAG，不仅能缓解 CAG 患者症状，而且能促进胃黏膜病变好转。

在慢性胃炎的辨证治疗中，不仅需要尽早干预，而且需根据其不同阶段的证候特点、疾病转归的总体病机来确定治疗原则。本研究在明确了 CNAG 和 CAG 证候及证素分布特点的同时，还对慢性胃炎核心证候、CAG 区别于 CNAG 的主要证候特点以及慢性胃炎的虚实转化过程进行了分析，由此进一步把握该病核心病机，建立核心治法，即 CNAG 多以疏肝和胃健脾之法，辅以清热、祛湿、养阴、化瘀、温阳等法，CAG 多以健脾益气、养阴化瘀之法，加以疏肝和胃，再辅以清热、祛湿、温阳等法。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 房静远, 杜弈奇, 刘文忠. 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [3] TALLEY NJ, VAKIL NB, MOAYYEDI P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia [J]. Gastroenterology, 2005, 129 (5): 1756-1780.
- [4] WANG J, XU L, SHI R, et al. Gastric atrophy and intestinal metaplasia before and after Helicobacter pylori eradication: a meta analysis [J]. Digestion, 2011, 83(4): 253-260.
- [5] 魏明, 屈华, 邵明义, 等. 中医药治疗慢性浅表性胃炎随机对照试验的系统评价与 Meta 分析 [J]. 新中医, 2010, 42(11): 104-106.
- [6] 李绮雯. 四逆散加减治疗慢性浅表性胃炎临床疗效的 Meta 分析 [D]. 广州: 暨南大学, 2018.
- [7] 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.
- [8] 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.

- 〔5〕 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语: 证候部分〔S〕. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- 〔6〕 邓铁涛. 中医诊断学〔M〕. 上海: 上海科学技术出版社, 2006.
- 〔7〕 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.
- 〔8〕 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系〔J〕. 湖南中医药大学学报, 2004, 24(6): 38-39.
- 〔9〕 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.
- 〔10〕 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.
- 〔11〕 廖专, 孙涛, 吴浩, 等. 中国早期胃癌筛查及内镜诊治

共识意见(2014 年 4 月·长沙)〔J〕. 胃肠病学, 2014, 19(7): 408-427.

- 〔12〕 叶天士. 临证指南医案〔M〕. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- 〔13〕 沈金鳌. 沈氏尊生书〔M〕. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 572.
- 〔14〕 张光波. 慢性浅表性胃炎的中医证治规律文献研究〔J〕. 济南: 山东中医药大学, 2014.
- 〔15〕 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.
- 〔16〕 唐宗海. 血证论〔M〕. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 8.
- 〔17〕 丁佳璐. 养阴通络法治疗阴虚络瘀型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察〔J〕. 杭州: 浙江中医药大学, 2018.
- 〔18〕 付烈贵. 益气健脾养阴通络法治疗慢性萎缩性胃炎临床研究〔J〕. 河南中医, 2014, 34(11): 2188-2189.

Literature Study on Distribution Rules of Syndromes and Syndrome Elements of Chronic Non-Atrophic Gastritis and Chronic Atrophic Gastritis

HUANG Yuancheng¹, HUANG Chaoyuan¹, LIANG Huaifeng¹, PAN Jinglin¹, 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 explore the distribution rules and differences of syndromes and syndrome elements of chronic non-atrophic gastritis (CNAG) and chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods** By searching Chinese Biomedical database (CBM), Chinese National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang database and VIP database, the epidemiological investigations on CNAG and CAG syndromes and study on clinical syndrome differentiation and treatment of traditional Chinese medicine (TCM) were included. The general information of the literature, case syndrome differentiation were collect to establish a database. The frequency, number of cases and composition ratio of CNAG, CAG syndrome and disease type, disease type syndrome elements were calculated to compare the differences. **Results** A total of 241 articles were collected, including 64 articles of CNAG and 177 articles of CAG, with a total of 36315 cases, among which 11535 were CNAG cases and 24780 were CAG cases. The frequent syndromes of CNAG were disharmony of the liver and the stomach, *qi* deficiency of the spleen and the stomach, heat and dampness of the spleen and the stomach, *yang* deficiency of the spleen and the stomach, *yin* deficiency of the stomach, bloods stasis obstructing the stomach collaterals. The frequent syndromes of CAG were disharmony of the liver and the stomach, *yin* deficiency of the stomach, *qi* deficiency of the spleen and the stomach, heat and dampness of the spleen and the stomach, spleen deficiency and *qi* stagnation. The number of *qi* stagnation in the liver and stomach of CNAG was larger than that of CAG, while the number of bloods stasis obstructing the stomach collaterals of the CAG was larger than that of CNAG. The frequent syndrome elements of disease type of CNAG were *qi* deficiency, heat, *qi* stagnation, dampness, *yang* deficiency. The frequent syndrome elements of disease type of CAG were *qi* deficiency, heat, *yin* deficiency, dampness, *qi* stagnation. The number of syndrome elements of *qi* stagnation and *yang* deficiency of CNAG was larger than that of CAG, and the blood stasis of CAG was more than that of CNAG ($P < 0.05$). The location of CNAG and CAG were mainly in the stomach, spleen, liver and the intestines, in which CNAG was mainly located in the stomach, and CAG was mainly in the spleen ($P < 0.05$). **Conclusions** Disharmony of the liver and the stomach and *qi* deficiency of the spleen and the stomach are the core syndrome of CNAG and CAG, among which the stomach *qi* stagnation is significant in CNAG and the spleen *qi* deficiency is significant in CAG. The stomach *yin* deficiency and the blood stasis obstructing the stomach collaterals are the main syndrome characteristics differentiating CAG and CNAG. **Keywords** chronic non-atrophic gastritis; chronic atrophic gastritis; syndrome; syndrome elements; disharmony of the liver and the stomach; *qi* deficiency of the spleen and the stomach

(收稿日期: 2018-12-26; 修回日期: 2019-04-11)

编辑: 王利芬