

不同类型难治性消化性溃疡与临床表现相关性分析

冯军安¹,陈俊²,秦占雨¹,何林越¹,张筱苒¹,苏琪¹,秦飒¹

[1. 河南中医药大学第五临床医学院(郑州人民医院),河南 郑州 450003;

2. 河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450000]

摘要:目的 探讨不同类型难治性消化性溃疡(refractory peptic ulcer,RPU)与临床表现相关性分析,为现代医学防治本病提供临床依据。方法 采用横断面研究方法,回顾性收集2020年1月1日—2023年9月30日郑州人民医院消化内科住院治疗的难治性消化性溃疡患者的一般资料、临床病历、舌脉脉象、中医证型等相关因素等信息,共130例,并对收集到的数据进行统计学分析,探讨不同类型难治性消化性溃疡与临床表现关系。结果 (1)难治性消化性溃疡的类型与舌脉的分布差异无明显统计学意义。(2)病位证素方面,RPU的最主要病位证素为心胃(100.00%),其他分别为脾(43.08%)、肝(30.00%);病性证素方面,最常见的病性证素为脾胃虚弱(寒)证(28.46%),其他依次为肝胃不和证(21.54%)、胃络瘀阻证(16.15%)、脾胃湿热证(14.62%)、胃阴不足证(10.77%)、肝胃郁热证(8.46%)。(3)3组患者高血压病、冠心病、体质量上差异无统计学意义($P>0.05$),在性别、HP感染、吸烟史、糖尿病、年龄、身高、口服非甾体抗炎药(NSAIDs)等方面差异有统计学意义($P<0.05$)。口服NSAIDs是难治性复合型溃疡、难治性十二指肠溃疡的危险因素;冠心病、身高、幽门螺杆菌(HP)感染是难治性胃溃疡的危险因素。结论 感染HP的患者发生难治性胃溃疡的概率更高、有吸烟史、糖尿病、服用NSAIDs的患者更倾向于发生难治性十二指肠溃疡,不同年龄、身高的患者易发生的难治性消化性溃疡类型也不同;口服NSAIDs是难治性复合型溃疡、难治性十二指肠溃疡的危险因素;冠心病、身高、HP感染是难治性胃溃疡的危险因素。

关键词:难治性消化性溃疡;中医证素;肝胃郁热;肝胃不和;脾胃虚弱(寒);胃络瘀阻;胃阴不足;脾胃湿热

中图分类号:R256.39

文献标志码:A

文章编号:1673-7717(2025)12-0223-07

Analysis of TCM Syndrome Characteristics and Related Factors of Different Types of Refractory Peptic Ulcer

FENG Jun'an¹, CHEN Jun², QIN Zhanyu¹, HE Linyue¹, ZHANG Xiaoran¹, SU Qi¹, QING Sa¹

[1. The Fifth Clinical Medical College of Henan University of Chinese Medicine (Zhengzhou People's Hospital), Zhengzhou 450003, Henan, China;

2. The First Clinical Medical College of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, Henan, China]

Abstract: *Objective* To investigate the correlation between different types of refractory peptic ulcer (RPU) and clinical manifestations, and to provide clinical basis for the prevention and treatment of this disease in modern medicine. *Methods* A cross-sectional study was conducted to retrospectively collect the general data, clinical medical records, tongue and pulse conditions, TCM syndromes and other related factors of 130 patients with RPU who were hospitalized in the Department of Gastroenterology of Zhengzhou People's Hospital from January 1, 2020 to September 30, 2023. The collected data was statistically analyzed to explore the relationship between different types of RPU and clinical manifestations. *Results* (1) There was no significant difference between the types of RPU and the distribution of tongue and pulse. (2) In terms of disease location syndrome elements, the most usual disease location syndrome elements of RPU were heart and stomach (100.00%), the others were spleen (43.08%) and liver (30.00%); in terms of disease nature syndrome elements, the most usual disease nature syndrome elements were spleen and stomach weakness (cold) syndrome (28.46%), followed by liver-stomach disharmony syndrome (21.54%), blood stasis in stomach collateral syndrome (16.15%), damp-heat in spleen and stomach syndrome (14.62%), stomach Yin deficiency syndrome (10.77%), liver-stomach heat stagnation syndrome (8.46%). (3) There was no significant difference in hypertension, coronary heart disease and weight among the three groups ($P>0.05$). There were significant differences in gender, *Helicobacter pylori* (Hp) infection, smoking history, diabetes, age, height and oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ($P<0.05$). Oral administration of NSAIDs is a risk factor for refractory compound ulcer and refractory duodenal ulcer. Coronary heart disease, height and Hp infection are risk factors for refractory gastric ulcer. *Conclusion* The patients with Hp infection have a higher probability of refractory gastric ulcer. The patients with smoking history, diabetes and NSAIDs are more likely to develop refractory duodenal ulcer. Patients with different ages and heights are prone to RPU types. Oral administration of NSAIDs is a risk factor for refractory compound ulcer and refractory duodenal ulcer. Coronary heart disease, height and Hp infection are risk factors for RPU.

Keywords: refractory peptic ulcer; traditional Chinese medicine syndrome; liver-stomach heat stagnation; liver-stomach disharmony; spleen and stomach weakness (cold); blood stasis in stomach collaterals; deficiency of stomach Yin; damp-heat in spleen and stomach

基金项目:河南省中医管理局国家中医临床研究基地科研专项(2019JDZX2093)

作者简介:冯军安(1971-),男,河南安阳人,副主任医师,硕士研究生导师,博士,研究方向:消化系统疾病的临床及基础。

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)是一种常见的临床疾病;尽管近年来发病率有所下降,但它仍然是与高昂的医疗费用相关的发病率和病死率的重要原因^[1]。在大多数情况下,溃疡对标准治疗有反应。然而,在部分患者中,消化性溃疡会对常规治疗产生耐药性或在成功治疗后复发,逐渐发展为难治性消化性溃疡(refractory peptic ulcer, RPU)^[2],RPU是胃或十二指肠溃疡,经正规治疗疗程后,通过内镜检查仍未愈、愈合缓慢、复发的溃疡疾病,或胃溃疡>12周、十二指肠溃疡>8周,或与药物治疗后出现并发症相关的溃疡^[3],该病有复发率高、病程长等特点^[4]。尽管近年来医学不断取得新突破,但消化性溃疡及其并发症的管理仍然是一个挑战,若未得到及时治疗,极易继发胃出血、胃穿孔,甚至影响神经系统,严重者可诱发胃癌,严重威胁患者生命安全^[5-6]。随着中医药的迅速发展,大量研究表明,中医在防治不同类型难治性溃疡方面有着独特的优势^[7-11]。然而,由于临床缺乏难治性消化性溃疡的类型与临床表现相关性研究,使本病的中医辨证与西医治疗缺乏标准化及客观化,因此往往难以取得理想的效果,鉴于此,本研究采用横断面研究方法,研究不同类型RPU与临床表现相关性,为现代医学防治本病提供临床依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

回顾性收集2020年1月1日—2023年9月30日在郑州人民医院消化内科住院治疗的难治性消化性溃疡患者,共130例。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:根据《消化性溃疡诊断与治疗共识意见》^[12]制定诊断标准,难治性消化性溃疡指经正规治疗胃溃疡>12周、十二指肠溃疡>8周后,通过内镜检查消化性溃疡仍未愈、愈合缓慢及复发的溃疡疾病。中医诊断标准:证素诊断参照《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见(2017年)》《中医临床常见症状术语规范——证候部分》^[13]《中医内科学》^[14]《消化系统常见病消化性溃疡中医诊疗指南》^[15]制定;证素诊断标准参照朱文锋《证素辨证学》^[16]制定。

1.3 纳排标准

1.3.1 纳入标准 ①在2020年1月1日—2023年9月30日在郑州人民医院消化内科治疗;②符合上述难治性消化性溃疡的中西医诊断标准;③年龄在18~80岁;④资料收集完整;⑤自愿参与该项调查,并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 ①胃镜及其它检查诊断为胃泌素瘤、克罗恩病、淋巴瘤、恶性溃疡等;②上肢腕部截肢或不适,无法配合摸脉者;③年龄<18岁或>80岁;④神志不清,难以配合的患者;⑤资料缺失或不完整的患者。

1.4 研究方法

1.4.1 建立难治性消化性溃疡研究资料数据库 收集难治性消化性溃疡中医证素及危险因素的相关研究文献,制作《临床信息采集表》,包括患者的性别、年龄、中医诊断、证型、危险因素、临床症状等相关信息。从患者的临床资料中,采集相关信息,建立Excel表格,两人分别录入,第三人合并数据并检查有无错误。

1.4.2 中医症状及证候名称 参照《中医临床常见症状术语规范——证候部分》《消化性溃疡中医诊疗专家共识意见(2017年)》中的症状描述及辨证分型进行规范,如“肝气犯胃”“肝郁气滞”统一为“肝胃不和”;“脾胃虚弱”“脾胃虚寒”统一改为“脾胃虚弱(寒)”。

1.5 统计方法

将数据通过Excel的形式导入SPSS 26.0统计软件并进行统计学分析。计数资料以率或构成比表示,计量资料数据(符合正态分布)以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示;将难治性消化性溃疡作为因变量,并对定性变量赋值,有为“1”,无为“0”,再将临床特征作为自变量进行多元Logistic回归分析, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义,最后使用Graphpad prism进行绘图。

2 结果

2.1 一般资料

本研究共纳入难治性消化性溃疡患者130例,其中难治性复合型溃疡24例(14.86%)、难治性十二指肠溃疡69例(53.08%)、难治性胃溃疡37例(28.46%)。

2.2 中医舌象、苔象、脉象分布情况

将130例难治性消化性溃疡分为24例难治性复合型溃疡、69例难治性十二指肠溃疡、37例难治性胃溃疡3组,分别进行卡方检验,结果难治性消化性溃疡的类型与舌脉的分布差异无显著性统计学意义($P > 0.05$)。见插图1。

2.3 证素分布规律

2.3.1 病位证素分布规律 130例难治性消化性溃疡患者的病位证素有3个,分别为①复合型难治性溃疡。②难治性溃疡十二指肠溃疡。③难治性胃溃疡,将3组不同类型的难治性消化性溃疡的病位证素进行组间比较, $P = 0.016 < 0.05$,结果如插图2。

2.3.2 病性证素分布规律 130例难治性消化性溃疡患者的病性证素有6个,难治性复合型消化性溃疡中,肝胃不和证9个(39.13%)、肝胃郁热证2个(8.70%)、脾胃湿热证2个(8.70%)、脾胃虚弱(寒)证4个(17.39%)、胃络瘀阻证6个(26.09%)、胃阴不足证0(0.00%);难治性十二指肠溃疡中,肝胃不和证14个(19.18%)、肝胃郁热证6个(8.22%)、脾胃湿热证8个(10.96%)、脾胃虚弱(寒)证28个(38.36%)、胃络瘀阻证9个(12.33%)、胃阴不足证8个(10.96%);难治性胃溃疡中,肝胃不和证5(16.13%)、肝胃郁热证3(9.68%)、脾胃湿热证9(29.03%)、脾胃虚弱(寒)证5(16.13%)、胃络瘀阻证6(9.68%)、胃阴不足证6(19.35%)。将3组不同类型的难治性消化性溃疡的病性证素进行组间比较分析, $P = 0.016 < 0.05$,再进行两两比较,结果如插图3-图5。

2.4 不同类型难治性消化性溃疡与相关因素的分析

将相关因素分为定性资料和定量资料,对定性变量中的无序变量进行卡方检验,相关因素作为自变量,不同类型的难治性消化性溃疡作为因变量,并进行赋值:复合型=1,十二指肠组=2,胃溃疡组=3,对性别、HP感染、吸烟史、糖尿病、高血压病、冠心病、口服NSAIDs进行赋值,有=4,无=5;对定量资料进行正态性检验,对正态分布或近似正态分布的数据进行方差分析,对近似正态分布或严重偏态分布的数据进行K-W检验;结果显示:3组患者在高血压病、冠心病、体质量上差异无统计学意义($P > 0.05$),在性别、HP感染、吸烟史、糖尿病、年龄、身高、口服NSAIDs等方面差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 不同类型难治性胃溃疡的相关临床因素回归分析

将130例难治性消化性溃疡患者的相关因素进行多元无序Logistic回归分析,再使用Graphpad制图软件将结果绘制成森林图,并将其中有显著性差异的结果标注,研究结果显示,如插图6。

3 讨论

结合难治性消化性溃疡的临床表现,本病在中医上归属于胃脘痛的范畴,本病病位在胃,与肝脾关系密切,脾胃为气血生

化之源,肝主疏泄,三脏互相影响^[17]。《脾胃论》云:“夫饮食失节,寒温不适……,此所以病也”。脾胃居中,为气机上下升降之枢纽,素体脾虚,若遇饮食失调、外邪侵袭、情志内伤,导致胃失濡养,易引发胃痛。而七情内伤,有以肝郁为最,肝失疏泄,郁而乘土,成肝火犯胃之象^[18];舌脉作为四诊之二,在中医辨证上有不可或缺的地位,但在本次研究中发现:难治性消化性溃疡的类型与舌脉、中医病位证素的分布并差异无显著性统计学意义。

在本研究中,病性证素分析结果显示,脾胃虚弱(寒)证出

表1 不同类型难治性消化性溃疡基线资料表

项目	复合型/(%)	十二指肠/(%)	胃溃疡/(%)	F/X ² 值	P值	
性别	男	16(19.05)	50(59.52)	18(21.43)	6.029	0.049
	女	8(17.39)	19(59.52)	19(21.43)		
HP感染	是	(15.79)	(39.47)	(44.74)	7.077	0.029
	否	(19.57)	(58.70)	(44.74)		
吸烟史	是	(22.22)	(55.56)	(22.22)	6.580	0.037
	否	(10.00)	(47.50)	(42.50)		
高血压病	是	(14.58)	(53.13)	(32.29)	4.882	0.087
	否	(29.41)	(52.94)	(17.65)		
糖尿病	是	(12.73)	(57.27)	(30.00)	15.701	0.000
	否	(50.00)	(30.00)	(20.00)		
冠心病	是	(18.64)	(51.69)	(29.67)	1.129	0.569
	否	(16.67)	(66.67)	(16.67)		
NSAIDs	是	(8.18)	(58.18)	(33.64)	51.164	0.000
	否	(75.00)	(25.00)	(25.00)		
年龄/(年)	60.54±13.11	52.46±16.99	51.86±15.64	6.015	0.049	
身高/(m)	1.68±0.07	1.69±0.08	1.66±0.78	6.923	0.031	
体质量/(kg)	67.95±11.25	68.68±14.10	67.69±14.18	0.061	0.970	

现频次为37例(28.46%),肝胃不和证28例(21.54%)、胃络瘀阻证21例(16.15%)、脾胃湿热证19例(14.62%)、胃阴不足证14例(10.77%)、肝胃郁热证11例(8.46%),这与其他人的研究基本一致^[19-21],将不同类型的难治性消化性溃疡与不同证素进行相关性分析,结果显示 $X^2=21.778, P=0.016 < 0.05$,证明不同类型难治性消化性溃疡患者的中医病性证素分布不同,差异有统计学意义,但进行两两比较后发现,只有胃阴不足与难治性消化性溃疡的类型有相关性,余证素分布与难治性消化性溃疡的类型皆无显著性差异,虽不排除本次研究样本量过少的原因,但本结论仍需要进一步研究。

本次不同类型难治性消化性溃疡与相关临床因素的分析结果显示,3组患者在高血压病、冠心病、体质量上的分布差异无统计学意义($P > 0.05$),在性别、HP感染、吸烟史、糖尿病、年龄、身高、口服NSAIDs等方面的分布差异有统计学意义($P < 0.05$),就相关因素而言,感染HP的患者发生难治性胃溃疡的概率较高,有吸烟史、糖尿病、服用NSAIDs的患者更倾向于发生难治性十二指肠溃疡,不同年龄、身高的患者易发生的难治性消化性溃疡类型也不同,有待进一步研究;在回归分析中发现,口服NSAIDs是难治性复合型溃疡的危险因素^[22];冠心病、身高、HP感染是难治性胃溃疡的危险因素^[23-26],口服NSAIDs也是难治性十二指肠溃疡的独立危险因素。

综上,本研究发现难治性消化性溃疡的类型与舌脉、中医病位证素的分布差异无显著性意义;中医证素与难治性消化性溃疡的类型有一定相关性,需进一步深入研究;在难治性消化性溃疡的类型与临床特征的相关性分析中发现:口服NSAIDs是难治性复合型溃疡、难治性十二指肠溃疡的独立危险因素;冠心病、身高、HP感染是难治性胃溃疡的独立危险因素。

参考文献

- LAUCIRICA I, GARCÍA IGLESIAS P, CALVET X. Peptic ulcer[J]. Med Clin (Barc), 2023, 161(6):260-266.
- GURUSAMY K S, PALLARI E. Medical versus surgical treatment for refractory or recurrent peptic ulcer[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 3(3):CD011523.
- 谭黎黎. 中西医结合治疗难治性消化性溃疡的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2018, 13(5):113-114.
- FARZAEI M H, ABDOLLAHI M, RAHIMI R. Role of dietary polyphenols in the management of peptic ulcer[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(21):6499-6517.
- 赵金霞. 益气和胃胶囊联合四联疗法治疗难治性消化性溃疡的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(13):82-83.
- 梅朝阳, 连磊. 益气和胃胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗难治性消化性溃疡疗效及血清炎症因子水平分析[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(10):1151-1154.
- 朱敏忠. 健脾愈疡方辨证治疗难治性消化性溃疡临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(17):98-100.
- 吴智谦, 王森, 林海浩. 健脾清热化瘀方配合西药治疗难治性消化性溃疡(脾虚瘀热型)疗效观察[J]. 四川中医, 2019, 37(12):88-90.
- 杨凯, 杨齐华. 养胃消溃汤联合西药治疗难治性消化性溃疡临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(2):139-141.
- 樊慧, 王进. 健胃消炎颗粒联合艾司奥美拉唑镁肠溶片对难治性消化性溃疡幽门螺旋杆菌根除率及复发的临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(2):411-412.
- 谢明君, 姜勤琳, 葛来安. 健脾愈疡方治疗难治性消化性溃疡60例[J]. 江西中医药大学学报, 2018, 30(5):32-33, 42.
- 中华消化杂志编辑委员会. 消化性溃疡诊断与治疗共识意见(2022年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2023, 43(3):176-192.
- 黎敬波, 马力. 中医临床常见症状术语规范[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2005.
- 陈湘君. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2004.
- 中华中医药学会脾胃病分会, 王垂杰, 郝微微, 等. 消化系统常见病消化性溃疡中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10):4721-4726.
- 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008.
- 叶晓玲, 熊周勇. 中医药治疗消化性溃疡的研究进展[J]. 江西中医药, 2022, 53(2):77-80.
- 曹尚林, 徐立军. 浅析疏肝健脾化湿法治疗消化性溃疡经验[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(3):8-12.
- 徐丹, 杭海燕, 刘敏, 等. 消化性溃疡中医证型与证素分布特点的文献研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(7):722-724.
- 邱杰慧, 张伦. 老年消化性溃疡的中医证素与危险因素的相关性分析[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(10):2238-2243.
- 陈宝珍. 消化性溃疡中医证候与相关因素的研究进展[C]//世界中医药学会联合会消化病专业委员会第四届消化病国际学术大会论文集, 2013:187.
- 付建辉, 时华云, 杨珊珊. 消化性溃疡患者并发上消化道出血的危险因素分析[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2024, 36(2):157-160, 164.
- 花静, 陈凤娟, 陈莉, 等. 幽门螺杆菌阳性消化性溃疡患者复发风险预警模型构建与验证[J]. 中华保健医学杂志, 2024, 26(2):190-193.
- 黄由青, 王燕燕, 刘谦. 消化性溃疡患者治疗后复发的相关危险因素分析[J]. 宜春学院学报, 2023, 45(6):87-89, 125.
- ALMADI M A, LU Y, ALALI A A, et al. Peptic ulcer disease[J]. Lancet, 2024, 404(10447):68-81.
- LAUCIRICA I, GARCÍA IGLESIAS P, CALVET X. Peptic ulcer[J]. Med Clin (Barc), 2023, 161(6):260-266.

不同类型难治性消化性溃疡与临床表现的相关性分析

(正文见 223 - 225 页)

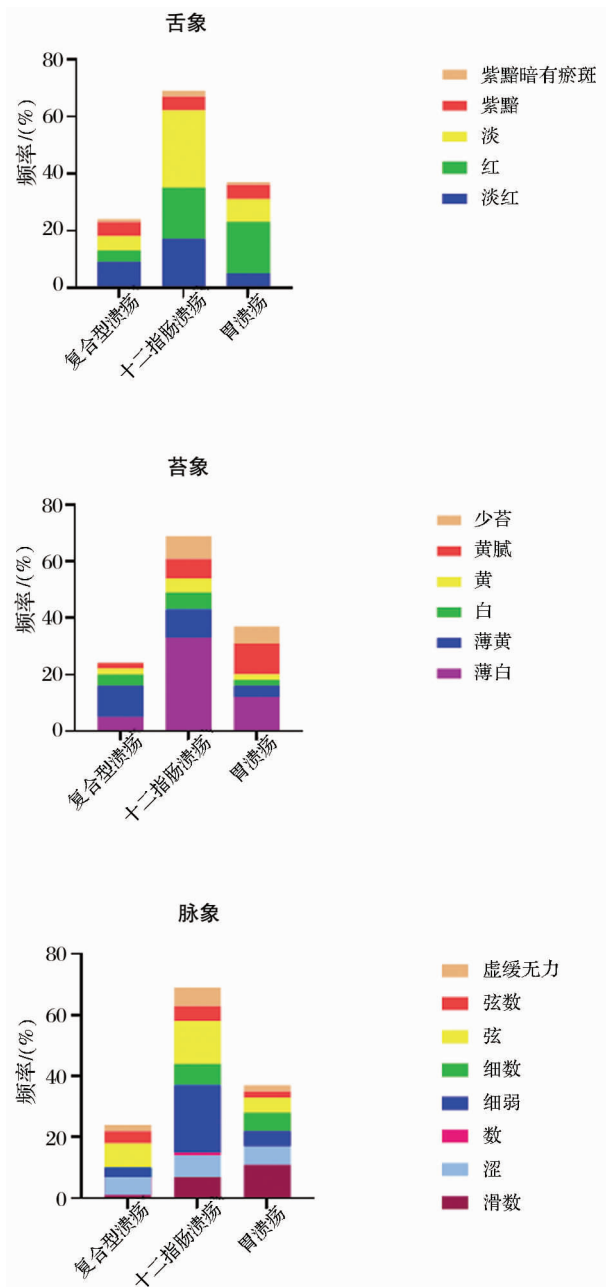
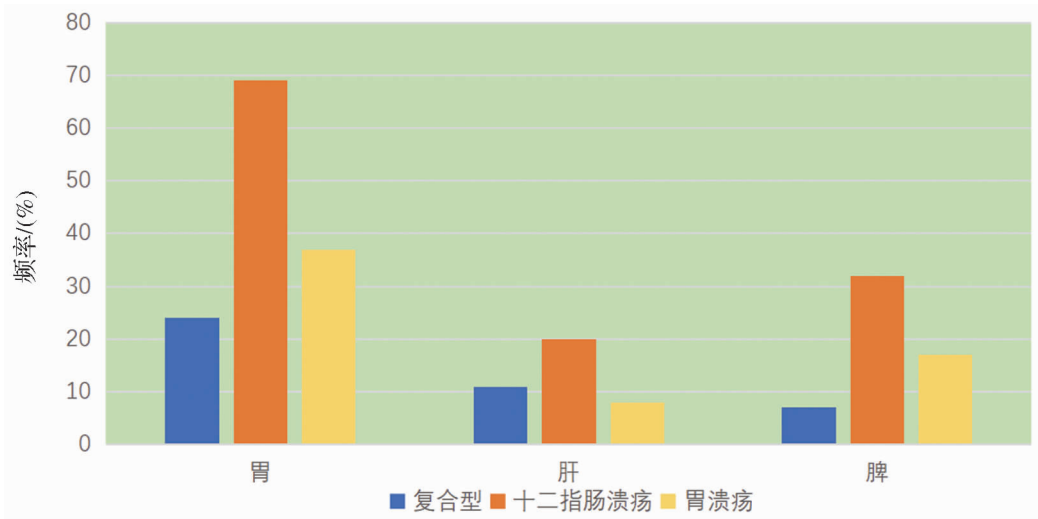


图 1 舌象、苔象、脉象分布图



注： $\chi^2 = 3.984, P = 0.126 > 0.05$, 不同类型难治性消化性溃疡患者的中医病位证素差异无明显统计学意义。

图2 病位证素分布图

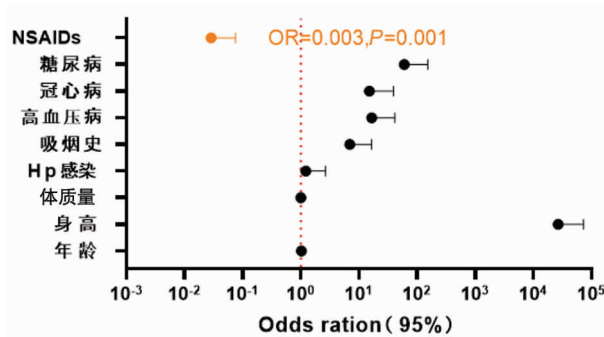


图3 Logistic回归复合型溃疡的森林图

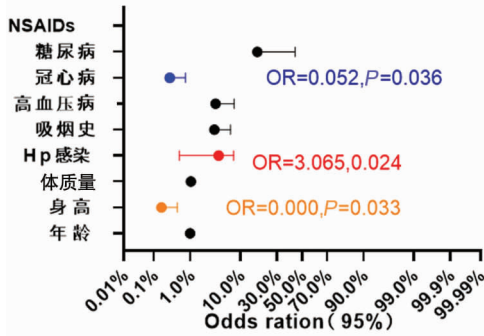


图4 Logistic回归胃溃疡的森林图

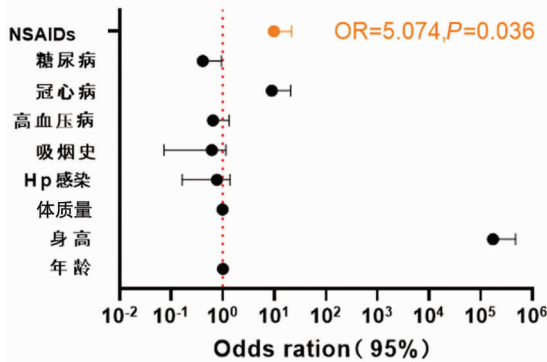
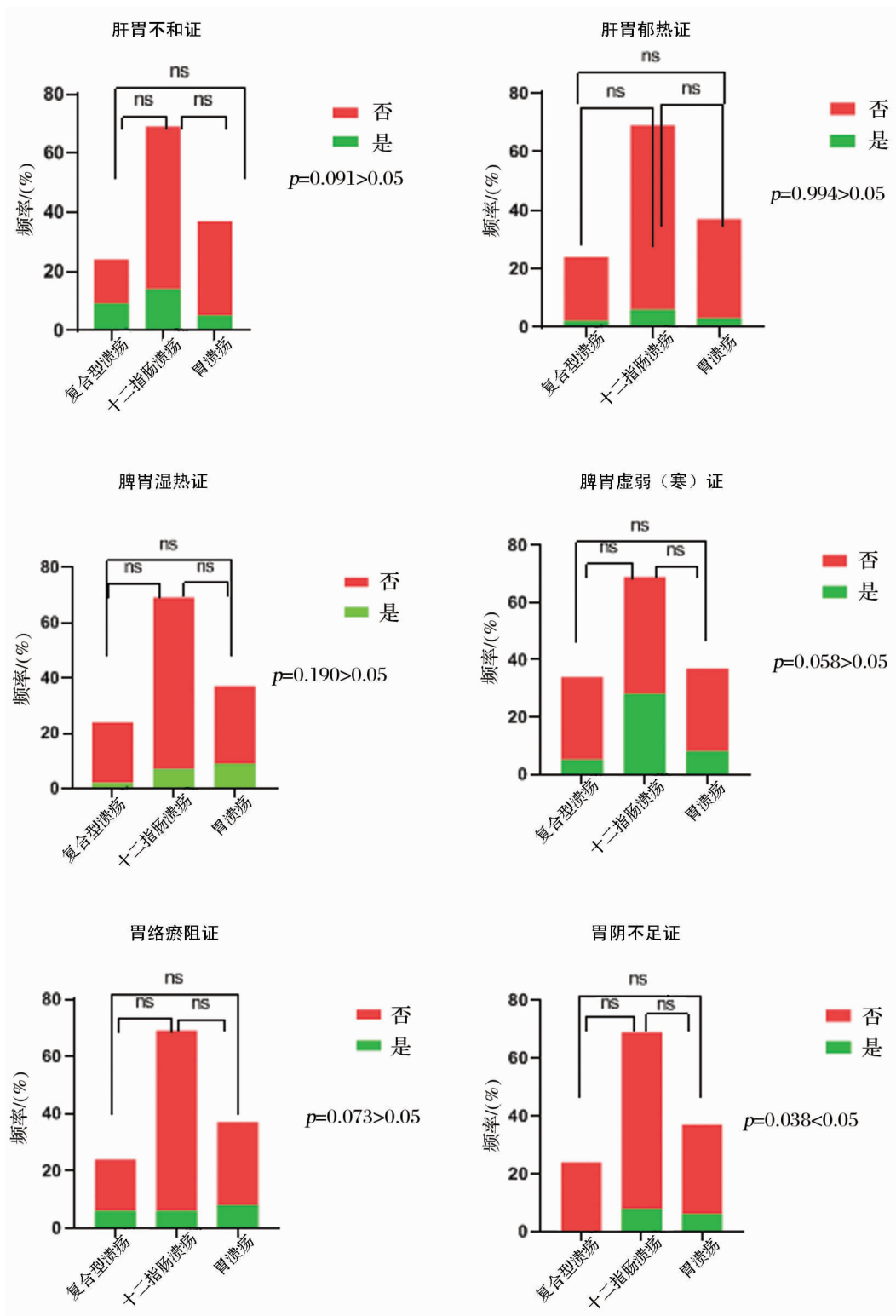


图5 Logistic回归十二指肠溃疡的森林图



注： $\chi^2 = 21.778, P = 0.016 < 0.05$, 不同类型难治性消化性溃疡患者的中医病性证素分布不同, 差异有统计学意义。

图6 病性证素分布图