

舌象变化与胃食管反流病内镜像及 Hp 感染的相关性研究*

★ 丁成华 方华珍 查青林 胡珂 程绍民 王朝晖 章文春 盘莉 (江西中医学院 南昌 330006)

★ 尚妹 (河南省直属机关第二医院 郑州 450003)

摘要:目的:探讨舌象变化与胃食管反流病内镜像、HP 感染之间的相关性。方法:观察 110 例胃食管反流患者舌象,并与患者胃镜像及 Hp 感染情况进行对比分析。结果:胃食管反流病患者舌色淡白、红、暗红(绛)、紫的变化对应胃粘膜苍白水肿、充血、红斑、糜烂的改变;Hp 感染阳性率与舌苔的关系为黄厚腻>光剥>白厚腻>少或无苔>薄黄>薄白。结论:舌象变化与胃食管反流病内镜像、Hp 感染存在相关性,舌色的变化可反映胃粘膜色泽的变化,舌苔变化可反映 Hp 感染情况。

关键词:舌象变化;胃食管反流病;相关性

中图分类号:R 241.25 **文献标识码:**A

为了探讨舌象变化与胃食管反流病(GERD)内镜像、Hp 感染的相关性,我们对 110 例胃食管反流

* 江西中医学院资助项目。

2.2 运用针灸治法 《伤寒论》中运用针灸治疗下利,是其特色治法之一。仲景针灸治疗下利思想中,认为针刺有泄邪、固摄的双重作用。而针与灸亦各有侧重,刺法是泻其实热,灸法是温其虚寒。

308 条:“少阴病,下利,便脓血,可刺。”为少阴病下利便脓血,以刺灸温中提气,表明了刺法具有固摄止利之效,对后世应用针灸治疗溃疡性结肠炎影响较深。

而对灸法应用,仲景认为三阴病、寒病宜灸,在运用灸法的 6 条原文中就有 5 条用于三阴经病证。其中 325 条:“少阴病,下利,脉微涩,呕而汗出,必数更衣,反少者,当温其上,灸之。”此是阳虚气陷所致下利、数更衣,用灸法以温其上,以升阳止利。

292 条:“少阴病,吐,利,手足不逆冷,反发热者,不死。脉不至者,灸少阴七壮。”虚寒吐利,阳虚程度不甚。发热为少阴经阳气来复之兆,有向愈之机。采用灸少阴七壮之法以温阳通经,接续营气,助少阴阳气而止利。

362 条:“下利,手足厥冷,无脉者,灸之;不温,若脉不还,反微喘者,死。”本条所见下利为真阳衰竭表现,病情危急,仲景采用艾灸以冀产生速效,可见灸法在《伤寒论》中重要性;灸法治疗的思想在 304 条中有进一步体现,“少阴病,得之一二日,口中和,其背恶寒者,当灸之,附子汤主之。”少阴病多表现为全身性虚寒证,为伤寒六经病变发展过程中的危重阶段。仲景洞察“其背恶寒”关键症,以灸法与附子汤并进以增强疗效,条文中未明言灸何穴,但我们可据《伤寒

论》用刺、灸法及取穴规律,推测选用穴应具有培补温阳之效,如关元等。

综观仲景应用刺法、灸法治疗下利条文,可以发现他既重视用药,亦重视用刺、灸之法,但文中并未指明针刺与灸穴位,仅原则性提及刺、灸取某经,如灸少阴七壮等。

3 讨论

在伤寒论中所描述的下利应包含了溃疡性结肠炎部分症状,遵从《伤寒论》中法度谨严的治则,全面掌握其内在规律,才能在临床中明辨下利的各种类型及属性,采取相应中药与针灸疗法治疗溃疡性结肠炎将会有非常明显优势,对于远期疗效及减少西药毒副作用有着现实意义。

参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:1 785
- [2]李胜志,王大敏,李冀.中医对溃疡性结肠炎(UC)认识探源[J].中医药学刊.2003,21(9):1 451-1 452
- [3]王万群,张明丽.经方治疗溃疡性结肠炎 36 例[J].吉林中医药.2001,5:25
- [4]丁素珍,杨磊.经方治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 36 例[J].国医论坛.2000,15(3):10
- [5]景艳华.白头翁汤治疗溃疡性结肠炎临床观察[J].中华实用中西医杂志.2004,17(11):1 639
- [6]刘玉和,裴宏.白头翁汤加味灌肠治疗溃疡性结肠炎 46 例[J].现代中西医结合杂志.2004,13(23):3 162

(收稿日期:2005-11-15)

患者进行了观察与分析,现总结如下:

1 资料来源

均为江西中医学院附属医院 2003 年 8 月~2005 年 8 月消化科门诊及住院患者,共 110 例,男 63 例,女 47 例。年龄 22~68 岁,平均 40.5 岁,病程 2 个月~5 年。主要症状有烧心、胸骨下疼痛、泛酸、反食、咽部异物感、慢性咳嗽等。所有病人均行舌象观察,电子胃镜检查。

1.1 诊断标准

西医诊断标准:参照 1999 年 8 月全国反流性食管病/炎研讨会制定的 GERD 西医诊断标准^[1]。

中医诊断标准:符合中华人民共和国卫生部 1997 年制定颁布的《中药新药临床研究指导原则第一辑》及《实用中医消化病学》制定的 GERD 中医诊断标准^[2]。主症:烧心、泛酸或反食、胸骨后烧灼感或疼痛;次症:胃脘胀痛或痞满、食欲不振、恶心或呕吐、梅核气、咽痛、咳嗽、便溏、便秘。凡符合此标准,主症必须同时具备以下其中两项者:烧心、胸骨后烧灼感或疼痛,泛酸或反食。

1.2 病例的纳入标准和排除标准

纳入标准:(1)符合中西医诊断标准。(2)年龄在 18~70 岁之间。

排除标准:(1)曾行 Hp 根除治疗或入选前 1 个月内服用阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑、PPI 等任一影响 Hp 检测的药物。(2)患有糖尿病、硬皮病以及其他可能影响食管括约肌(LESP)的疾病。(3)伴能明显导致舌象改变的疾病(如外感热病、舌疮等)。(4)除外冠心病、药物性食管炎等。

2 研究方法

2.1 舌象观察

肉眼观察:采用中医传统望舌方法,在自然光线下肉眼观察,排除药物、食物等染苔、刮苔、及口腔对舌象的影响(如牙齿残缺、镶牙等)等干扰因素,三名以上中医师共同诊查确诊^[3-4]。患者自然伸舌,每次伸舌时间不超过 30 秒,观察顺序由舌面至舌背,包括舌体、舌苔及舌下络脉的形态和色泽。

舌质以观察舌色及舌形为主。舌色包括淡白舌、淡红舌、红舌、暗红舌(绛舌)、紫舌;舌形包括胖大、瘦薄、齿痕、裂纹、点刺等。舌苔以观察苔质与苔色变化为主,包括薄白苔、白腻苔、黄苔、黄腻苔、光剥苔。舌下络脉主要观察其形态有无扩张、扭曲的变化,颜色有无红、紫、瘀点、瘀斑的改变。

数码摄像:患者在自然光线下自然放松、伸舌,用尼康引导数码摄影 COOLPIX5700 相机(500 万像素)在特写档位距离(15 cm 以内)拍照,在 ACD-

See 图像处理系统下调整亮度,使之统一,具有可比性。

2.2 内镜像及检测指标观察

内镜像:电子胃镜(Olympus GIF-V)摄像,主要观察食管、胃等部位的粘膜形态、色泽、分泌物、糜烂、出血、溃疡等情况。

幽门螺旋杆菌(Hp)用快速尿素酶试纸检测法:快速尿素酶试剂盒由海口南科科技开发有限公司提供。110 例患者在做胃镜检查时,每例均在胃窦部距幽门前 3~5 cm 处取胃粘膜活组织 1 份进行 Hp 快速尿素酶试验。尿素酶试验判别标准:观察 1~5 分钟后溶液 2/3 以上呈现红色为强阳性(+++);1/2~2/3 之间呈现红色为阳性(++);1/2 以下为弱阳性(+);溶液中未见红色产生则为阴性(-)。

2.3 统计处理

数据用 SPSS 11.5 软件进行统计分析。

3 观察结果

3.1 本组病例舌象的分布情况

3.1.1 舌质 舌色改变:胃食管反流病患者以淡红舌居多,67 例,占 60.9%;淡白舌次之 25 例,占 22.7%;红舌 9 例,占 8.2%;暗红(绛)舌 7 例,占 6.4%;紫舌 2 例 1.8%。

舌形改变:110 例胃食管反流病患者中舌胖大者 32 例,占 29.1%;兼有齿痕者有 26 例,占 23.6%;瘦小有裂纹者 14 例,占 12.7%;有点刺者 3 例,占 2.7%。

3.1.2 舌苔 本组患者舌苔的观察结果主要以黄苔与薄白苔为主,且主要分布在舌中与根部。薄黄苔居多,42 例,占 38.2%;薄白苔次之,35 例,占 31.8%;其次是黄厚腻苔,18 例,占 16.4%;白厚腻苔 8 例,占 7.3%;少苔或无苔 4 例,占 3.6%;光剥苔 3 例占 2.7%。

3.2 舌象变化与内镜像之间的关系

经电子胃镜下观察,110 例患者中 61 例食管粘膜有明显炎症存在,食管粘膜未见明显异常 49 例。本组病例胃粘膜都有损伤,胃镜下的主要表现是:(1)胃粘膜弥漫性充血,尤以胃窦及胃体部为著,并可见不同程度的皱襞水肿。(2)胃腔内有部分或较多的绿色潴留液。(3)有些幽门口松弛或处于开放固定状态。(4)部分病例可见十二指肠蠕动时有黄色的泡沫连续返流入胃。根据胃粘膜(主要是胃窦部)不同程度的损伤,按其特点分为水肿、充血、红斑、糜烂、溃疡几型。舌象变化与胃镜像之间的关系详见表 1、表 2。

表 1 舌色变化与胃镜像之间的关系 例

舌色	n	胃镜像				
		水肿	充血	红斑	糜烂	溃疡
淡白舌	25	17	5	2	1	0
淡红舌	67	13	35	10	7	2
红舌	9	0	3	2	3	1
暗红(绛)	7	0	0	2	4	1
紫舌	2	1	1	0	0	0
合计	110	31	44	16	15	4

注:舌色与胃镜像之间的关系经 Fisher 确切概率法检验, $P < 0.01$ 。

表 2 舌苔变化与胃镜像之间的关系 例

舌苔	n	胃镜像				
		水肿	充血	红斑	糜烂	溃疡
薄白苔	35	23	9	2	0	1
薄黄苔	42	3	20	10	9	0
黄厚腻	18	1	11	2	3	1
白厚腻	8	3	4	0	0	1
少无苔	4	0	0	2	2	0
光剥苔	3	1	0	0	1	1
合计	110	31	44	16	15	4

注:舌苔与胃镜像之间的关系经 Fisher 确切概率法检验, $P < 0.01$ 。

从表 1 可知,胃粘膜水肿、充血,病理改变较轻,以淡白舌、淡红舌为主,说明脏腑气血未伤。胃粘膜有红斑、糜烂、溃疡,病理改变较重,以红舌、暗红(绛)舌为主,具有瘀热的特征,邪气损伤正气,深入营血,导致粘膜改变。

从表 2 可知,黄苔与胃粘膜充血、水肿、糜烂、红斑等表现有关;厚腻苔与胃粘膜长期肿胀、充血有关。

3.3 舌象与 Hp 之间的关系

见表 3、表 4。

表 3 各组舌色与 Hp 之间的关系 例

舌色	n	Hp 感染		
		阳性	阴性	阳性率(%)
淡白舌	25	91	63	6.00
淡红舌	67	21	46	31.34
红舌	9	6	3	66.67
暗红绛舌	7	4	3	57.14
紫舌	2	2	0	100.00
合计	110	42	68	38.18

注:舌色与 Hp 感染之间的关系经 Fisher 确切概率法检验, $P > 0.05$ 。

表 4 各组舌苔与 Hp 之间的关系 例

舌苔	n	Hp 感染		
		阳性	阴性	阳性率(%)
薄黄苔	42	15	27	35.71
薄白苔	35	6	29	17.14
黄厚腻苔	18	12	6	66.67
白厚腻苔	8	5	3	62.50
少或无苔	4	2	2	50.00
光剥苔	3	2	1	66.67
合计	110	42	68	38.18

注:舌苔与 Hp 感染之间的关系经 Fisher 确切概率法检验, $P < 0.01$ 。

从表 3 可以看出,舌色与 Hp 感染之间无相关性。但从表 4 数据可以看出,舌苔与 Hp 感染具有相关性, Hp 感染阳性率从高到低对应的舌苔依次是黄厚腻、光剥 > 白厚腻 > 少或无苔 > 薄黄 > 薄白,黄厚腻和光剥苔的 Hp 感染阳性率最高,薄白苔阳性率最低,从总的趋势来看,厚苔的 Hp 感染阳性率高于薄苔患者。

4 讨论

《辨舌指南·辨舌总论》云:“辨舌质可决五脏之虚实,视舌苔可察六淫之深浅。”舌象能反映五脏六腑病变,是中医望诊的重要手段之一。又“舌为脾之外候”,与脾胃生理病理关系极为密切,故胃肠(脾胃)的生理功能与病理变化,必然能通过舌象反映出来。研究发现舌色的变化与 GERD 内镜像胃粘膜色泽的变化呈一致性,察舌可以推断其胃粘膜病理改变程度和血循环的状况。《伤寒论本旨·辨舌苔》说:“舌苔由胃中生气所现,而胃气由心脾发生,故无病之人常有薄苔,是胃中之生气,如地上之微草也。”《辨舌指南·辨舌之苔垢》说:“苔垢厚者,病气有余。”本研究提示舌苔变化可反映 Hp 感染情况,尽管迄今 Hp 的确切致病机制未完全明了,但总的说来, Hp 感染属中医学的“邪气”范畴,本组病例 Hp 感染严重者,舌苔黄腻而厚,是脾胃湿热,邪聚上泛之象;舌苔白腻而厚,是寒湿困脾,湿浊上泛之象。 Hp 感染具有湿性重浊、湿性粘滞、湿易阻遏气机等湿邪致病特点,初步推断, Hp 感染属中医病因理论中的湿邪范畴。而胃阴不足、瘀血阻络出现的少苔或光剥苔,多因久病胃气匮乏,不得上熏于舌,或胃阴枯涸,不能上潮于舌所致。因此,观察舌象变化在一定程度上可以窥视胃食管反流病内镜像及 Hp 感染程度。

致谢:本课题承蒙江西中医学院消化内科张小萍教授指导,谨致谢意!

参考文献

- [1]反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行).全国反流性食管病(炎)研讨会制定 1999 年 8 月 25 日在烟台通过[J].中华消化内镜杂志,1999,16(6):326
- [2]李乾构,周学文,单兆伟.实用中医消化病学[M].人民卫生出版社,2001.3
- [3]朱文锋.中医诊断学[M].中国中医药出版社,2002.10
- [4]丁成华,孙晓刚.中医舌诊图谱(中英对照)[M].人民卫生出版社,2003.12

(收稿日期:2005-10-19)