

慢性胃炎虚实病性的舌象特征研究※

● 吴敏^{1,2} 林雪娟^{1,2▲}

摘要 目的:探讨慢性胃炎虚实病性的舌象特征。方法:通过采集603例慢性胃炎患者的四诊信息,运用统计学方法,对慢性胃炎患者虚实病性的舌象特征进行分析。结果:慢性胃炎患者实证组和虚实夹杂组以红舌、黄苔和厚苔多见;虚证组以淡红舌、白苔和薄苔多见。结论:舌诊对于慢性胃炎的病性判断具有重要的意义,可以为临床辨治慢性胃炎提供辨证依据。

关键词 舌诊 慢性胃炎 病性 虚实 临床研究

慢性胃炎(Chronic gastritis,GS)是临床常见的消化系统疾病,其症状的轻重常常与胃黏膜病变的程度不一致。GS临床无特异性症状,一般表现为上腹隐痛、泛酸、食欲减退等,属于祖国医学“嘈杂”“胃脘痛”“痞满”等范畴。舌诊是中医诊断学独具特色的诊法之一,是中医辨证及指导用药的重要依据。其与脾胃的关系甚为密切,如“舌为脾之外候”“苔乃胃气之所熏”。临床医家认为舌象可以反映脾胃疾病的诸多征象,单兆伟^[1]、姜树民^[2]等医家尤在辨治慢性胃炎时重视舌诊。本文旨在观察并总结慢性胃炎病性虚实与舌象特征之间的规律,为慢性胃炎的治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择2014年4月—2014年11月在福建中医药大学附属晋江市中医院脾胃科住院部及门诊就诊的慢性胃炎患者603例作为观察对象。其中男性276例,女性327例;年龄16~72岁,平均年龄(37.59±10.76)岁。

1.2 诊断标准 慢性胃炎的诊断标准,参照《中国慢性胃炎共识意见》^[3]中的诊断标准制定。

※基金项目 国家自然科学基金项目(No. 81373552),福建省自然科学基金项目(No. 2014J01362)

▲通讯作者 林雪娟,女,副教授。主要从事四诊信息标准化采集研究。E-mail:lxjfzy@126.com

•作者单位 1.福建中医药大学中医证研究基地(350122);2.福建省中医健康状态辨识重点实验室(350122)

1.2.1 内镜检查 内镜下将慢性胃炎分为非萎缩性胃炎(浅表性胃炎)和萎缩性胃炎两大基本类型,同时存在平坦糜烂、隆起糜烂、出血、粗大皱襞或胆汁反流等征象,则诊断为非萎缩性胃炎或萎缩性胃炎伴糜烂、胆汁反流等。

1.2.2 病理活检 以胃黏膜固有层炎性细胞浸润为特征的慢性炎症。①慢性浅表性胃炎:炎性细胞浸润局限于胃小凹和黏膜固有层表面,腺体完好无损,炎性细胞主要是淋巴细胞和浆细胞,Hp感染时以活动性炎症为主,主要是中性粒细胞浸润。②慢性萎缩性胃炎:胃黏膜炎症向深处发展,累及腺区,继之腺体破坏和减小,进而腺体萎缩,而使胃黏膜变薄,同时或进一步发生肠腺化生和(或)非典型增生。慢性胃炎病理活检示固有腺体萎缩,即可诊断为萎缩性胃炎。

1.3 纳入标准 ①有慢性胃炎病史;②内镜检查或病理活检诊断明确;③年龄在16周岁~75周岁;④签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①妊娠期及哺乳期妇女;②合并胃溃疡、胃大切及病理诊断疑有恶变者;③合并心脑血管、肝肾、造血系统等严重疾病者;④合并肿瘤或艾滋病等影响其生存的严重疾病者;⑤有严重认知障碍或精神病患者;⑥合并热性疾病;⑦染苔者;⑧口腔疾病患者,如牙龈炎、龋齿等。

1.5 采集方法

1.5.1 四诊信息的采集 参照“600常见症状的辨

证意义”^[4],制定规范统一的四诊信息采集表,由2位经过培训的中医专业人员,按照传统望、闻、问、切四诊方法,按统一的标准进行四诊信息的采集,并做好相应记录。

1.5.2 舌诊的采集 于自然光线下,被测者采用坐位或仰卧位,头略扬起,尽量张口,将舌自然地伸出口外,舌体放松,舌尖略向下,舌面平展,使得舌体充分暴露。若需重复观察,可令患者休息3~5分钟后再重复伸舌1次。舌象采集在还未进行咽部表面麻醉时进行,由2名临床医生同时观察。

1.5.3 胃镜检查 胃镜检查由福建中医药大学附属晋江市中医院胃镜室的医技人员进行操作。

1.6 证素

1.6.1 证素诊断标准 参照朱文锋《证素辨证学》^[5],根据所采集的四诊信息在诊断中的权重,用加权阈值法确定证素。将四诊信息对某证素的贡献度累积相加,所得的贡献度之和,作为该证素的积分。其中积分<70时,归为0级,说明基本无病理变化;若70≤积分<100,归为1级,说明存在轻度病理变化;若100≤积分<150,归为2级,说明存在中度病理变化;若积分≥150,归为3级,说明存在严重病理变化。

1.6.2 虚实病性分组 将积分≥70的病性证素归为病性证素类,根据虚实病性,将观察对象分为虚证组(虚性病性证素积分≥70且实性病性证素积分<70)、实证组(实性病性证素积分≥70且虚性病性证素积分<70)和虚实夹杂组(实性病性证素积分≥70且虚性病性证素积分≥70)。

1.7 统计学方法 应用SPSS20.0软件建立统计数据库,对数据进行描述性统计,计数资料以例(%)表示。

表2 慢性胃炎虚实病性的舌色分布情况[n=603,例(%)]

组别	淡白舌	淡红舌	红舌	绛舌	黯红舌	淡紫舌
实证组	6(1.00)	67(11.11)	128(21.23)	0(0)	14(2.32)	1(0.17)
虚证组	0(0)	3(0.50)	2(0.33)	0(0)	0(0)	0(0)
虚实夹杂组	17(2.82)	121(20.07)	219(36.32)	2(0.33)	20(3.32)	3(0.50)

2.3 慢性胃炎患者虚实病性的舌形分布情况 实证组舌形由多至少依次为:胖大舌、瘦薄舌、裂纹舌和齿

表3 慢性胃炎寒热病性的舌形分布情况[n=603,例(%)]

组别	胖大舌	瘦薄舌	裂纹舌	齿痕舌
实证组	19(3.15)	12(1.99)	10(1.66)	9(1.49)
虚证组	0(0)	1(0.17)	0(0)	0(0)
虚实夹杂组	56(9.29)	35(5.80)	39(6.47)	16(2.65)

2 结果

2.1 慢性胃炎病性证素和虚实病性分布特点 慢性胃炎的常见病性证素依次为:热、气滞、湿、阴虚、痰、气虚、阳虚、阳亢、食积、血瘀、血虚、寒。根据病性证素,按照虚实病性将观察对象分为实证组216例、虚证组5例及虚实夹杂组382例。见表1。

表1 慢性胃炎的常见病性证素分布情况(n=603)

证素	频数	频率(%)
热	471	78.11
气滞	364	60.36
湿	352	58.37
阴虚	311	51.58
痰	199	33.00
气虚	148	24.54
阳虚	145	24.05
阳亢	91	15.09
食积	47	7.79
血瘀	46	7.63
血虚	38	6.30
寒	17	2.82

2.2 慢性胃炎患者虚实病性的舌色分布情况 实证组和虚实夹杂组以红舌多见,虚证组以淡红舌多见。见表2。

痕舌;虚证组瘦薄舌多见;虚实夹杂组由多至少依次为:胖大舌、裂纹舌、瘦薄舌和齿痕舌。见表3。

2.4 慢性胃炎患者虚实病性的苔色分布特点 实证组和虚实夹杂组以黄苔多见;虚证组以白苔多见。见表4。

表4 慢性胃炎虚实病性的苔色分布情况[n=603,例(%)]

组别	白苔	黄苔	灰黑苔
实证组	76(12.60)	140(23.22)	0(0)
虚证组	3(0.50)	2(0.33)	0(0)
虚实夹杂组	96(15.92)	285(47.26)	1(0.16)

2.5 慢性胃炎患者虚实病性间的苔质分布特点 实证组和虚实夹杂组以厚苔多见;虚证组以薄苔多见。

表5 慢性胃炎虚实病性的苔质分布情况[n=603,例(%)]

组别	薄苔	厚苔	腻苔	腐苔	剥苔
实证组	39(6.47)	162(26.87)	13(2.16)	1(0.17)	1(0.17)
虚证组	3(0.50)	1(0.17)	1(0.17)	0(0)	0(0)
虚实夹杂组	49(8.13)	301(49.92)	29(4.81)	0(0)	3(0.50)

3 讨论

舌为脾之外候,苔为胃气所生。不管从解剖上、生理上还是病理上,舌象与脾胃的关系甚为密切^[6]。临床通过对舌象的观察,可以判断疾病的病性虚实。刘越洋等^[7]研究认为慢性萎缩性胃炎癌前病变患者的舌象与其病理分型相关。武梦依等^[8]发现消化系统疾病与舌象关系密切,且幽门螺杆菌感染与舌象的变化关联明确。临床舌诊主要观察舌质和舌苔,可以判断疾病性质、病势浅深、气血盛衰、津液盈亏、脏腑虚实等。

本研究显示,慢性胃炎舌象与病性虚实之间的关系密切。慢性胃炎实证和虚实夹杂证常以红舌、黄苔、厚苔多见,而虚证常以淡红舌、白苔及薄苔多见。临床上慢性胃炎一般病程较长,迁延日久,损伤脾胃,肝胃不和,胃气瘀滞,胃阴不足,胃络失养,故虚实夹杂者多见。《辨舌指南》云:“辨舌质,可决五脏之虚实。”脾胃为气血生化之源,脾胃虚弱,生化乏源,气血亏虚,故可见舌色偏淡。胃腑以通为顺,以降为用,胃

腑不通,胃气不降,加之肝气郁结,气机不畅,日久瘀滞,继而化热,故舌色以红色多见。舌苔的厚薄常反映病邪的浅深,舌苔的颜色常提示热邪的轻重,本研究结果显示慢性胃炎以热邪居多。

参考文献

[1]胡静怡,杜 斌,单兆伟.单兆伟重视舌诊治慢性萎缩性胃炎经验[J].辽宁中医杂志,2016,43(8):1605-1606.
 [2]李 尊.姜树民教授应用舌诊治慢性胃炎经验[D].辽宁:辽宁中医药大学,2012.
 [3]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2006,18(1):674-684.
 [4]朱文锋.中医主症鉴别诊断学[M].长沙:湖南科学技术出版社,2000:316-331.
 [5]朱文锋.证素辨证学[M].北京:人民卫生出版社,2008:53-87.
 [6]叶海潇.从舌象辨治慢性萎缩性胃炎[D].辽宁:辽宁中医药大学,2012.
 [7]刘越洋,黄雅慧,王 俊,等.慢性萎缩性胃炎癌前病变与中医舌象的相关性研究[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(5):351-354.
 [8]武梦依,何莉莎,贾淑明.浅述舌象在多类疾病中的研究现状[J].辽宁中医杂志,2016,43(11):2449-2451.

(上接第31页)

疗方法,是对中医理论良好的诠释和体现。《素问·生气通天论》所言“阴平阳秘,精神乃治”乃中医治病最终目的。同时寒热错杂、本虚标实、表里同病、气机逆乱乃临床中经常要面对的问题,“和法”对此具有较为实用的临床价值,值得临床医师予以更多的关注。

参考文献

[1]赵瑞宝.“和”法源流浅析[J].山西中医学院学报,2009,10(5):7-8.
 [2]金·成无己.伤寒明理论[M].北京:人民卫生出版社,1984:6.
 [3]傅宗翰.“和法”的临床运用与体会[J].中医杂志,1989,35(10):4.
 [4]袁 琛.探析“和法”在哮喘治疗中的应用[J].四川中医,2013,31(3):39-40.
 [5]朱益敏.寒热并用法在肺系病应用的探讨

[J].南京中医药大学学报,2015,31(6):508-510.
 [6]明·张景岳.景岳全书[M].太原:山西科学技术出版社,2006:355.
 [7]谭一松.灵枢经[M].北京:中国医药科技出版社,1996:17.
 [8]清·沈金鳌.杂病源流犀烛[M].北京:中国中医药出版社,1994:145.
 [9]清·张志聪.黄帝内经集注[M].杭州:浙江古籍出版社,2002:311.