

综 述

舌象与纤维胃镜象的对比观察和研究

上海第一医学院中山医院 戴豪良

长期的临床实践证明,舌象能比较迅速而灵敏地反映机体内部的各种变化。“舌为脾胃之外候”,“苔乃胃气之熏蒸”。胃部的病变更容易在舌象的变化中得以反映。从1977年以来,已陆续发表三十多篇文章,报道在纤维胃镜直视下,观察和分析胃粘膜变化与舌象改变关系,观察病例超过八千多例。综合分析这些有关同一专题研究的材料,对于全面评价舌诊在胃、十二指肠疾病诊断上的意义,以及进一步深入研究这个问题将有重要的意义。

一、舌象和纤维胃镜象的对比观察

对于患有各种慢性胃部疾患病人进行纤维胃镜检查,发现胃、十二指肠有病理变化者,舌象也大多有变化。结果表明,舌象改变大多发生在胃镜改变之后,这可能是早期胃粘膜病变较轻、病程较短,还不可能引起舌象发生改变。所以,胃部有症状而舌象又有明显改变者,胃镜象大多有改变,因此有“舌象是外露的胃镜象”的说法。

舌苔变化可以反映胃部疾病的病情和诊断,观察舌苔、综合病史和症状,能起到辅助诊断的作用。例如舌苔黄厚,有长期不规律胃痛,疼痛不剧,伴饱胀或不消化感,内服制酸剂或解痉剂效果不显著,可能属慢性浅表性胃炎;如兼长期便秘或腹泻,有嗝气而无反酸者,可能是慢性浅表萎缩性胃炎;若有上述症状而苔正常或舌光者,可能是慢性萎缩性胃炎。如有长期节律性胃痛,食后加重,制酸剂或解痉剂可缓解,苔黄厚者,可能属胃溃疡活动期;若舌苔正常或近于正常则属胃溃疡不活动或近愈。如长期呈饥饿痛和夜间痛,食后缓解,反酸,制酸剂或解痉剂有效而舌苔正常,多属十二指肠球部溃疡;若舌苔黄厚者,可能合并慢性浅表性胃炎或为复合溃疡。

动态观察同一个胃病患者的舌苔变化对判断病情进退有较大的参考意义。在治疗过程中,通过对舌苔变化的对比观察,可以估计疗效、预后,并有助于选择适当的治疗方案。这一点通过胃镜的对照观察也得到了证实。慢性胃炎在静止期,舌苔多薄,胃镜检查

往往见到胃粘膜呈轻度的卡他性病变,伴有少量的渗出和水肿,胃的腺体一般正常。慢性胃炎在活动期,舌苔多厚,可见胃粘膜炎症浸润一般较深,充血、水肿明显。此类病人临床症状一般较重,胃的消化功能较差,因而影响到唾液腺的分泌和舌本身的自洁作用,故出现厚苔。因此,观察舌苔的变化对于判断慢性胃炎各型病变的预后、转归情况有一定的参考价值。

舌质对慢性胃病的诊断也具有一定规律。有人认为,慢性浅表性胃炎以鲜红舌和淡红舌占多数;萎缩性胃炎以褐色点舌占多数;胃溃疡暗红舌明显增加;胃癌则以青紫舌、瘀斑、褐色点舌为多。但也有人认为,舌质变化慢而不显著,对胃病的诊断不是敏感的指标,但如果有明显变化者,应加以重视。

虽然胃粘膜的病变多数能反映于舌象上,但是整个消化道粘膜与功能的变化情况,以及全身很多疾病的变化亦可以反映于舌象之上。所以,舌象的变化并不单纯是反映胃粘膜的病变,决不能单凭舌象就判断胃粘膜的性质。胃镜观察发现粘膜形态正常的胃院病人,舌苔、舌质都有相当大的比例出现异常表现。正常胃粘膜而伴消化功能紊乱的病例,舌象以薄黄、黄腻舌苔为主,占62.5%,光剥苔及舌质青紫者也可见到。因此,舌苔异常者不一定都有胃粘膜的病变,应结合各项临床检查结果进行综合分析,才能比较正确地判断舌象变化的临床意义。

有些胃部病变舌苔可有明显变化,如胃粘膜脱垂、粘膜脱垂并发炎症和肥厚性胃炎等,多数是黄腻苔;有些病变舌苔变化较小,甚至没有变化而保持正常薄白苔,如十二指肠炎和胃息肉等,十二指肠球部溃疡舌象大多正常。

二、舌苔变化与纤维胃镜诊断、胃粘膜病变的关系

慢性浅表性胃炎的舌苔变化,较多报告认为以黄苔多见(占70~80%),也有少数报告认为以薄白苔为主,或薄白与薄黄苔的出现率差异不大,这可能与各组患者病情轻重不等有关。慢性浅表性胃炎病变较轻

者,舌苔可以呈薄白;而病变中、重型患者则白苔少见,而黄、腻或黑苔较多见。有人认为,舌苔黄者胃粘膜炎症表现多较重。随访观察发现,胃粘膜病变由重转轻时,舌苔由黄变白、由厚变薄。

慢性萎缩性胃炎的厚苔率较其他胃部病变的厚苔率明显为低。无苔的病人其胃粘膜分泌亦明显减少,多呈干涸少津样,胃镜诊断及病理报告多为慢性萎缩性胃炎。我们把所有资料中可以对比的病例资料汇总统计,发现慢性萎缩性胃炎舌苔光剥者,在538例中有17例(3.16%);而慢性浅表性胃炎舌苔光剥者,在1367例中有15例(1.09%)。两者的发生率均不高,不能说明什么问题。慢性萎缩性胃炎病人的胃粘膜病理改变从I期进展为III期者,中医证型多由实证转为虚实夹杂证。如对上述虚实夹杂证经半月治疗仍未见好转且舌淡、苔腻不退,应警惕癌变的可能;对舌质由红变紫或变淡、苔腻不退或光剥苔处长出腻苔者,亦有早期癌变可能,应注意随访。

有人报告慢性肥厚性胃炎的厚苔发生率约为52.6%;但大多数报告均以薄黄腻、白腻或薄白为主。我们汇总全部资料中明确诊断为慢性肥厚性胃炎病人41例,其厚苔率亦在15%以下。这可能系舌苔变化与病情轻重及胃肠道功能改变情况有关。正如有的报告中分析说:症状发作时,舌苔出现厚黄而垢污粘腻;待症状缓和减退时,舌苔也会相应改善,厚腻程度变薄而微腻,舌苔中心的焦黄或焦灰色变淡或消失。

胃溃疡以黄苔为主,又以厚苔多见。十二指肠球部溃疡及十二指肠炎,舌苔大多正常;只有合并慢性浅表性胃炎者,才有黄苔出现。进一步分析发现,胃溃疡活动期舌苔多黄厚,约有80%左右;近愈者黄苔仅15%以下,大多呈正常舌苔。还有人提出,慢性胃炎合并溃疡时,腻苔的发生率可以从27%增加到63%。所以,腻苔的出现与否对鉴别慢性胃炎是否合并溃疡有一定意义。

一般认为,早期胃癌临床症状不明显,舌象变化也不具有特殊表现。有人观察到胃癌病人中有33%的病人出现花剥苔,而37例胃溃疡病人中却无1例出现。所以,在胃溃疡病人随访观察中,如出现花剥舌苔,应警惕有溃疡恶变的可能。舌光剥无苔或花剥苔,虽然不是胃癌特有的舌象,但其出现率较其它病为高,对于这类病人应警惕癌变的可能。

黄苔最多见于胃粘膜脱垂并发炎症、溃疡病活动期、胃癌等病人。黄苔往往提示胃粘膜有炎症改变,胃镜象以粘膜充血水肿或糜烂出血为特征。有人提出,出现黄苔虽然可以提示胃内有炎症病变,但必须与舌

质的厚薄结合起来看。黄薄往往炎症轻而不显,黄厚往往重而明显;白厚病情较重,胃内炎症亦较明显。胃内分泌物较多或有粘液附着的病例,舌苔均以厚腻、色黄者占多数;薄白苔者胃内分泌物不多、也无苔状物附着。

腻苔属湿盛。胃镜观察胃粘膜病变呈复合性病变(如浅表炎症兼增生或兼溃疡等)者多见腻苔,胃癌病人舌质亦多腻。

三、舌质变化与纤维胃镜诊断、胃粘膜病变的关系

淡白舌在慢性萎缩性胃炎病人中可达47%左右,这类病人的胃粘膜的颜色亦淡,与舌质色淡相一致。胃癌病人表现为淡白舌也较多,出现率约在27~70%之间,这类病人的胃粘膜色淡并有萎缩,同时舌体胖大、齿印也较多。胃癌病人舌质淡与贫血也有一定关系。其他,慢性胃炎合并溃疡、浅表性胃炎病人也有一定比例的淡白舌出现。

舌质出现瘀紫斑点应考虑病人有血瘀症状,微循环有病理变化,胃癌和胃溃疡病人尤其多见。从胃粘膜情况来看,粘膜病变为单纯充血水肿或溃疡者,舌质未见有色紫或紫暗的;粘膜有增生病变者,近半数病人的舌质表现为紫暗色;粘膜病变不明显而以功能紊乱为主的病人,也以紫、紫暗、红的舌质居多。我们在临床上,尤其在随访观察中,如发现舌质转为暗滞或舌现瘀点、瘀斑,应考虑病人有全身微循环障碍,并对这类胃病者提高警惕,以便尽早发现恶性病变。

红绛舌较多见于胃溃疡及浅表性胃炎的病人。有人认为,在食道癌、胃癌病人中,舌质红、舌苔光剥的比例较高。当舌质色泽红、绛并带有瘀斑、瘀点者,胃粘膜则有色泽红白相间、出血斑点以及粘膜粗大肿胀、糜烂、溃疡形成等炎症改变相关的倾向。在镜镜检查上多系慢性浅表性胃炎、慢性糜烂性胃炎、急性胃粘膜病变、胃粘膜脱垂、十二指肠炎以及胃十二指肠溃疡等。

舌胖嫩而有齿印者,主要是由于血浆蛋白减少、舌组织水肿造成。因为水肿及肌张力降低,舌体增大而松弛,压在齿缘上就出现了齿印。凡有此类舌象的胃脘痛、噎腐吞酸明显者,胃镜所见胃粘膜有水肿、粗张、糜烂、溃疡等改变。但在某些胃粘膜已有萎缩改变,但并无噎腐吞酸症状者,舌体形态亦以胖嫩有齿印为较多。这类病例之脾胃气虚可以从其消化液分泌减少、消化功能虚弱而引起贫血及血浆蛋白低下得到解释。凡遇到有胃脘疼痛、噎腐吞酸明显、舌胖嫩

而有齿印者，应初步估计胃及十二指肠粘膜有肿胀、糜烂等情况。

四、中医证型与胃粘膜病变的关系

有许多作者从舌象、胃粘膜病变与中医证型的关系方面进行了探讨。由于中医分型不一致，所以很难比较各类报告的结果。有人认为，胃粘膜局部形态学的变化与中医辨证之间存在着一一定的关系。肝胃不和与脾胃虚弱都可以在胃镜下发现胃粘膜有充血、局限性的红白相间与水肿。脾胃虚弱的胃粘膜出血灶、糜烂与溃疡较肝胃不和更为多见，同时，粘膜色泽普遍地趋向淡白，粘膜上皮细胞间变也增加。特别是一些肝郁化热的慢性浅表性胃炎病例，胃粘膜普遍有炎症充血、水肿并伴有不同程度的糜烂，其粘膜色偏淡者极少。反之，在属于脾胃虚弱型的慢性浅表性胃炎和溃疡病人中，粘膜多趋向淡白或灰白色。胃癌于胃镜下所见，虽然也有充血或出血灶，但多局限于癌的发病部位或癌肿的表面及其周围组织，其余部位的粘膜虽偶有红白相间，但亦以白为主。

通过舌诊、中医辨证和胃镜观察的对比研究，有人将常见胃病的各自特异表现，综合起来而得出如下模式。胃癌：胃痛纳差，迅速消瘦，嗳气黑便，臭气难闻，舌形胖嫩，舌质暗红、甚或紫瘀，舌苔厚腻，细查无根，脉弦或数，甚现细涩，辨证分型，气虚血瘀，其它各型，相对少见。胃及十二指肠溃疡：久病不愈，胃胀胃痛，疼痛规律，嗳气反酸，气味酸腐，舌多胖嫩，兼见齿痕，舌质淡白，或舌淡红，苔多白腻，脉象弦细，或见沉细，辨证分型，脾虚多见，肝木犯胃、胃阴不足，较少相见。萎缩性胃炎：胃痛纳差，甚少吐酸、口渴欲饮，舌形胖嫩，舌质暗红，舌面裂纹，最是多见，舌上生苔，比较少见，脉弦或细，辨证分型，胃阴虚见。出血性胃炎：病程较短，胃痛少见，口苦或淡，气味血腥，多为黑便，呕血也见，舌形胖嫩，舌色淡白，淡红也显，苔黄或腻，脉象多细，或是弦细，证型有二，或肝或脾。

五、值得注意和进一步探讨的几个问题

五年多时间有这么多个单位围绕着同一个专题进行类似的观察研究，这在其它课题的研究中，是很少见的。观察病例已达八千有余，按理可以对此作出一个较明确的结论，但在整理分析这些材料时，却发现很难将这些材料全部汇总比较，勉强可以对照分析的内容仅占全部材料的40%左右。观察结果有不少部分有较大差异，甚至大相径庭。推究其原因不外乎无统一的观察内容和分类。对于慢性胃炎的胃镜下分类、对病变性质的归纳和评价，目前尚无统一的标准，所以

随研究单位和观察者的不同，分类就大不一样了。对于各类病理舌象的分类有详有简，这也造成了一些困难；对于临床辨证分类更不一致，故对这方面材料不能汇总综合。30多篇报告从不同的角度分析了舌象与胃镜诊断、胃粘膜病变的关系；也有从中医辨证的角度进行了探讨。但从研究的水平来看，大多是在同一个水平进行了重复。部分报告将各类舌象在不同胃炎中的出现率进行了“统计学”处理，在数字里搞比较，最后却不能得出一个有较大参考价值的结论，有的推论也不够严格，缺乏一定的科学性。

深入分析舌象与纤维胃镜象之间的变化规律，对于探讨各类舌象形成原理有一定的参考价值。彻底弄清二者之关系，在临床上可以通过观察舌象来帮助推断胃内的变化情况，所以也具有明显的临床意义。深入一步进行这一专题的研究还是有一定意义的。但是，有以下几个方面的问题值得我们加以注意。

从解剖、组织学角度看，舌在口腔内，沐浴在唾液腺分泌的唾液环境中，唾液腺的活动与其它消化腺一起，受到进食及其它各种因素的影响，而基本上保持同步而协调的活动，所以胃与舌的变化有其相同的一个方面。但从组织发生学上看，舌体的上皮（包括唾液腺）来源于口腔处的外胚层，消化管的大部分上皮（包括胃、肠）和腺体来自原肠内胚层，而只有舌根的上皮来源于咽壁内胚层。所以，胃与舌上皮的来源不完全一致。这使我们联想起临床上常见舌根部变化与舌前2/3不同，一些慢性胃炎、肝炎患者，舌根部常有腻苔而长期不退，而舌前2/3却保持薄白舌苔。以前认为是舌前部分受到机械摩擦多而少见腻苔，但是一般腻苔病人即使用刮匙刮，也不易去除，所以这不能完全解释舌根腻而舌前2/3不腻的原因。从组织发生学上来看，也许可以提示我们：舌根部分的变化更能反映消化道其它器官的上皮和功能变化。因此，在今后进一步的观察中，似应把舌根与舌前2/3的变化分开进行记录分析。在以往的报告中，常可看到很多人十分注意肥厚性胃炎与厚苔、萎缩性胃炎与光剥苔出现率之间的联系，这是把舌与消化道粘膜变化关系简单化看法的反映。我们曾进行的一些初步动物实验发现，在某些腹泻的情况下，肠上皮包括肠绒毛发生萎缩而舌苔却增厚变腻，这至少说明舌与胃肠道粘膜上皮的关系要比我们想象的复杂。

从目前来看，对于胃镜象与舌象之间关系的分析，不能再停留于舌象与胃粘膜变化之间的单一联系上，而应把舌象看成是反映消化道器官的一系列状态、功能变化的复杂关系。因此，在观察舌象时，要比较具

体地分析舌苔的颜色、苔质湿润度、口腔pH、舌尖血流及微循环情况,或还可以做舌上皮印片,进行脱落细胞的分析。在胃镜观察中,应该对胃内各区域进行定点对照观察,包括粘膜、血管变化、胃液分泌情况(包括胃液理化性质检测),或经刺激后观察唾液、胃液分泌及胃肠运动的反应情况,对整个消化道的功能情况也可以从不同侧面进行一些检测,从而来分析舌与胃及消化道的形态、功能等方面的联系。

以往进行舌象与纤维胃镜象的对比分析,往往是中医科进行舌象观察,胃镜室进行胃镜象观察,然后再根据记录进行对照。因为胃镜象变化较复杂,不能确切地定性定量,所以最好是由同一个人进行舌象和胃镜象的观察。这种对照分析就比较实在、比较准确。

本文承陈泽霖教授审阅,特此致谢。

口 腔 病 治 验 二 则

湖北省安陆县中医医院 潘 湏 氏

一、舌失味觉案

刘×,女,27岁,医生,1972年4月5日就诊。去年11月产后月余,始觉唇麻不仁,舌动不利,渐至含酒而不知其味,经中西医屡治,虽唇麻已愈,舌动自如,而舌仍失味觉,病已三月。彼亦业医,故询其前医何治?谓以心肝肾脾诊之。更询之,素来体弱,短气乏力,胃脘怕冷,常敷热水袋,纳谷不香,食后可缓,脘腹隐痛乍作乍止,尤值产后失血,诸证渐甚。望唇口色淡,颜面皓白,脉细而缓,舌淡苔白。脉症合参,断为中焦阳虚,其纳谷不香,食后证缓,当是辨证之要,顿悟出“浊气出于胃,走唇舌而为味”(《灵枢·邪气脏腑病形》)。此中焦阳虚,胃气虚弱,不能产生水谷精气而上达唇舌,故唇舌味觉失灵。卒拟理中丸加味试之:红参10克,焦白术12克,干姜10克,甘草6克,生姜5片,乌梅12克,炒麦芽20克,建曲20克,柴胡3克。四剂。

4月11日二诊:药后,腹痛已止,胃脘怯冷减半,纳呆,舌失味觉依然。守方加肉蔻10克,三剂。

4月17日三诊:已有味觉感,纳谷亦添。再遵上方略作变易,再服六剂味觉已复正常,纳食复常。一年追访,味觉正常。

按:舌之味觉与心气最为相关,正如《灵枢·脉度》所云:“心气通于舌,心和则舌能知五味。”然舌之味觉又与脾气相关,《灵枢·脉度》篇又曰:“脾气通于口,脾和则舌能知五谷矣。”脾胃气强,辨味如常,反之,不辨五味。治用理中丸、肉蔻、生姜温中散寒,行气开胃;“乌梅酸收,益津开胃”(《本经逢原》);遵《局方》以干姜、建曲、乌梅、麦芽相伍,助理中丸温中散寒、开胃进食;借柴胡轻清,引津上升,“举而升之返其宅而中气自振”(《本草正义》)。共奏温中散

寒,行气健胃,振兴中气,益津升津之效。

二、口涎滞颐案

秦×,男,11岁,1979年9月17日就诊。患儿自3岁时,患吐泻治愈后,遂后遗流涎不断,已历八年。前医及吾屡以脾热、虫积、脾胃虚寒、脾肾阳虚等医治,虽时见功效,却未尽瘥。其母代诉:近来流涎频作,或流淋于下颌,或吐之于地,已难坚持读书。其涎作臭,唇舌肿痛,口干欲饮,下颌赤烂,饮食如常而食添涎增,舌赤苔少,脉数。诊思良久,想起《灵枢·口问》篇曰:“胃中有热……则廉泉开,故涎下。”遂断为胃中伏热,逆诸廉泉。治以白虎汤加乌梅、代赭石、石斛清热生津,益胃降逆。处方:生石膏50克,知母、石斛、乌梅各10克,薏苡仁30克,代赭石25克,甘草6克。石膏、赭石先煎30分钟,再入余药。三剂。

9月22日二诊:药后,口干欲饮已止,口腔及涎之臭气已减轻,流涎依然,守方加茯苓15克,薏苡仁6克。三剂。

9月28日三诊:流涎已减六七,原方石膏减至30克,赭石减至15克。五剂,并加服香砂养胃丸3瓶。

次年7月追访,上药服毕,流涎已止,诸恙悉除,惟下颌赤烂处留有瘢痕。

按:流涎一证,责诸脾肾者多。本案责诸胃热上逆,肇致涎唾,故用白虎、石斛清热生津,滋养胃阴;薏苡仁一能“健脾益胃”(《本草纲目》),二能理脾湿,化痰涎;乌梅酸收,益津益胃,疗“好唾口干”(《别录》);代赭石“其质重坠,又善镇逆气,除痰涎”(张锡纯语),诸味共奏清热除涎,镇逆下气,继而健脾和胃益胃生津而收功。