

四 诊 研 究

226 例慢性胃十二指肠病的
舌象与胃镜象观察

北京医科大学第一附属医院 庞宁涛* 马文香**

舌诊是祖国医学诊断疾病的重要组成部分, 自开展应用纤维胃镜以来, 各地陆续有不少作者报道^(1~4)发现胃和十二指肠病变与舌象变化有一定关系。本文总结近期在我院内科诊治的226例慢性胃、十二指肠病患者纤维胃镜检查及舌象观察结果, 现报告如下。

临床资料

本组病例均系我院门诊或住院病人, 以慢性胃病为主诉, 不伴有热性病或肝胆病, 经纤维胃镜或病理明确诊断为胃、十二指肠病患者。226例中男性143例, 女性83例, 男女之比为1.7:1。年龄18~70岁, 其中小于20岁者8例, 21~40岁者96例, 41~60岁者107例, 大于60岁者15例。病程最短者6个月, 最长者30年, 一般为3~4年。

观察方法

全部病例作纤维胃镜检查前认真观察舌象, 固定一人观察记录。令患者取坐位, 在良好的自然光线下, 将舌自然伸出口外, 仔细观察舌苔舌质。大部分患者用普通放大镜(放大5倍)从正面及两侧进行观察, 然后用消毒过的钝刀自舌根向舌尖刮取舌苔, 涂片二张, 干燥后, 用95%酒精固定, 作HE及PAS染色后镜检。

纤维胃镜系使用日本Olympus GIF-K₂型胃镜(个别使用GIF-B₂型), 观察记录舌象后常规肌注阿托品并行的卡因咽部喷雾麻醉。纤维胃镜检查过程中对129例做了活检, 送病理协助诊断。

舌苔刮片脱落细胞学检查凡超过以下范围者定为异常:

(1) 角化前上皮细胞<50%; (2) 完全角化细胞偶见; (3) 细菌<10个/高倍镜; (4) 霉菌(-); (5) 单个细胞内细菌沉着、偶见; (6) 松塔样或树枝状角化物, 其周围细菌沉着(-); (7) 炎性细胞(-);

(8) 脂肪细胞(-)。

结 果

纤维胃镜及病理检查结果: 226例中, 慢性胃炎167例(73.9%), 包括慢性浅表性胃炎86例, 萎缩性胃炎21例, 复合性胃十二指肠球炎56例, 胃手术后胃炎4例; 溃疡病(包括胃、十二指肠溃疡及复合溃疡)27例(11.9%), 溃疡病合并炎症25例(11.0%); 胃癌7例(3.1%)。其舌象情况见表1。

表1 胃镜诊断与舌象的关系

胃镜诊断	例数	淡红	淡白	红绛	紫黯	胖大	裂纹	薄白	白腻	薄黄	黄薄
慢性胃炎	167	118	9	24	16	40	9	27	29	53	58
溃疡病	27	17	2	5	3	10	1	14	7	1	5
溃疡病合并炎症	25	18	1	3	3	9	1	3	2	9	11
胃癌	7	1	3	0	3	0	0	2	1	1	3
合 计	226	154	15	32	25	59	11	46	39	64	77

从表1可见226例中, 舌质以淡红多见, 共154例(68.1%), 舌胖大59例(26.1%), 舌苔以黄苔多见, 各类黄苔共141例(62.3%), 薄苔110例(48.7%), 腻苔116例(51.3%)。

慢性胃炎舌质多见正常色(色淡红), 共118例(70.7%), 其中慢性萎缩性胃炎的淡红舌(10/21)与慢性浅表性胃炎(64/86)比较, 两组有显著差异, $P < 0.05$; 慢性萎缩性胃炎与复合性胃炎比较无明显差异, 而慢性萎缩性胃炎的红绛紫黯舌较多见(11/21); 溃疡病及溃疡病合并炎症者舌质亦多淡红(62.9%、72%), 与慢性胃炎比较无明显差异, 但均伴有舌体胖大(37%、36%); 而胃癌则见红或紫黯舌, 淡红舌仅1例。

慢性胃炎有黄苔111/167例(66.4%), 慢性萎缩

* 中医科; ** 泌尿外科研究所

性胃炎有黄苔 10/21 例 (47.6%), 低于慢性浅表性胃炎 63/84 例 (73.3%), 两组比较有显著差异 $P < 0.05$; 溃疡病合并炎症者有黄苔 20/25 例 (80%), 比例较大, 而单纯溃疡病有黄苔者仅 6/27 例 (22.2%), 两组比较有显著差异 $P < 0.001$; 胃癌组也以黄苔多见。

慢性胃炎有腻苔 87/167 例 (52.1%), 溃疡病有腻苔 12/25 例 (48.0%), 溃疡病合并炎症有 13/27 例 (48.1%), 三组无明显差异。226 例舌苔刮片染色镜检异常结果见表 2。

表 2 226 例舌苔刮片镜检异常结果

项 目	薄 黄 (64例)	黄 腻 (77例)	薄 白 (46例)	白 腻 (39例)
角化前上皮细胞	22	53	12	24
完全角化细胞	3	10	1	4
细 菌	58	71	8	37
霉 菌	19	30	16	21
单个细胞内细菌沉着	9	29	6	10
角化物周围细菌沉着	28	73	15	37
炎性细胞	29	46	6	22
脂肪细胞	5	5	2	3

从表 2 可见, 薄黄苔与黄腻苔比较: 角化前上皮细胞、单个细胞内细菌沉着、松塔样树枝状角化物其周围细菌沉着三项上, 有显著差别 ($P < 0.05$ 、 $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$), 其余指标则无。薄白苔与白腻苔比较: 细菌、松塔样树枝状角化物其周围细菌沉着、炎性细胞三项上有显著性差异 ($P < 0.001$ 、 $P < 0.01$ 、 $P < 0.01$), 其他项没有。薄白苔与薄黄苔比较: 二者在炎性细胞及细菌上有显著差异 ($P < 0.05$ 、 $P < 0.001$), 其余项及黄腻苔与白腻苔比较, 均无显著性差异。

讨 论

舌诊是中医辨证的重要手段之一, 自古以来即认为观舌质可以辨虚实, 辨舌苔可以知脏腑之寒热, 审舌脉可以知气血之瘀滞, 对指导临床实践, 有很大的价值。

(一) 慢性胃、十二指肠病变与舌苔的关系: 本文观察慢性胃炎 167 例, 以黄苔多见, 其次为腻苔, 与国内报道结果相似。胃内炎症性病变可能是出现黄苔的原因, 慢性浅表性胃炎及复合性胃、十二指肠球炎的胃镜象是以粘膜充血、水肿、糜烂出血及炎性渗出增多为特点, 而慢性萎缩性胃炎则腺体萎缩、粘膜变

薄、皱襞变细或消失、分泌物减少为主, 二者虽均属胃内炎症表现, 但病理变化、疾病性质、预后转归皆不同, 故在舌苔上也不相同。据舌苔刮片细胞学检查, 黄苔、腻苔内细菌及炎性细胞均增多, 也符合这种看法。据以上分析, 不同的舌苔似各有其相应的胃粘膜病变, 可以认为在一定的范围内, 舌苔变化可以作为胃粘膜病变的体表反映。

溃疡病合并有炎症时, 黄苔出现率明显增多, 这与上述慢性胃炎所见是一致的。故临床诊断溃疡病时, 如见黄苔或黄腻苔, 应考虑合并有胃粘膜炎症。国内报道胃溃疡多见黄苔^(2~3), 十二指肠球部溃疡舌苔基本正常, 本组溃疡病中有 9 例单纯性十二指肠球溃疡, 均为薄白苔, 与文献报道结果相符。胃癌也认为多见黄苔^(3~4), 本组 7 例胃癌有 4 例见黄苔, 亦与文献结果一致。

黄苔的形成与感染、炎症发热而导致的植物神经功能紊乱、代谢失调和消化系统功能改变等因素有关^(5,6)。但正常人各种黄苔出现率为 16.64%⁽⁷⁾。因此我们不能认为黄苔均属胃热, 应该根据脏腑辨证确定病变部位, 临证用药, 才能收到良效。

(二) 慢性胃、十二指肠病变与舌质的关系: 舌体胖大, 在慢性胃炎、溃疡病及溃疡病合并炎症的三组中均占有较高的比率。这种舌形的改变属中医脾胃气虚, 与临床长期消化功能低下导致舌组织水肿, 舌粘膜棘细胞层增厚, 胞浆空泡化, 结缔组织增生, 血管淋巴回流障碍等因素有关, 因此国外有人认为这是机体营养不良的早期变化⁽⁸⁾, 似与中医虚证相符。

舌质的变化常可反映病变的深浅, 慢性浅表性胃炎和溃疡病的舌质大多正常, 说明病势较轻, 病变较易恢复, 而萎缩性胃炎及胃癌的舌质大多异常, 尤以胃癌更为明显, 说明病变较深, 治疗困难。

(三) 舌苔刮片的脱落细胞学所见: 黄苔 (包括薄与腻) 中细菌、松塔样树枝状物周围细菌沉着及炎性细胞均明显增加, 它们可能是组成黄苔的主要因素。薄黄苔与黄腻苔比较, 只是在角化前上皮细胞、单个细胞内及松塔树枝状物周围细菌沉着上有程度上的不同, 但白苔中薄苔与腻苔比较, 薄苔各项指标似均较低, 而在角化前上皮细胞、细菌、松塔树枝状物周围细菌沉着及炎性细胞上与腻苔差别极为明显。正常人多见薄白苔, 其镜检所见有异于黄苔与腻苔, 可以作为区别舌苔病变的基础。

黄腻苔与白腻苔舌苔刮片均有大量脱落上皮细胞, 角化不全细胞和完全角化细胞, 细菌较多, 或在松塔树枝状物周围沉着或成群, 有中等量的炎性细胞。

此二种舌苔脱落细胞学所见相似,差别不大,靠涂片来鉴别是不容易的。

薄白苔与薄黄苔比较,薄黄苔的细菌及炎性细胞较薄白苔明显增多,而黄腻苔也有相似改变,所以似可认为黄苔是胃内炎症反映在舌苔上的表现。腻苔的形成与上皮明显角化亢进及角化不全,其表面附有大量细菌有关。

异常舌苔可以由于慢性胃肠道病造成胃肠功能紊乱,以致营养缺乏,导致舌粘膜乳头上皮角化亢进或发生萎缩造成的。黄苔形成的前提是角化代谢异常,丝状乳头过度增殖,而舌上皮营养障碍和胃内炎症使舌的局灶性炎症加剧,中性多核白细胞及其他炎性细胞渗出增多,加上一些产色细菌或霉菌的着色作用而形成黄苔⁽⁹⁾。营养不良越严重,丝状乳头角化亢进越

明显,更有利于细菌的繁殖,形成肉眼黄腻苔或白腻苔。

本项工作承凌瑞珠、孙可淳医师协助完成,谨致谢意。

参 考 文 献

- (1) 殷凤礼等: 中医杂志 22(11):23, 1981。
- (2) 王克健等: 新医学 8(3):110, 1977。
- (3) 沈家足: 上海中医药杂志(5):33, 1979。
- (4) 杨春波等: 中西医结合杂志 2(2):103, 1982。
- (5) 陈泽霖: 新医药学杂志(7):52, 1978。
- (6) 徐鸿达等: 新医学杂志(10):17, 1974。
- (7) 陈泽霖等: 中医杂志(2):18, 1981。
- (8) 陈泽霖等: 中医舌诊史话。江苏科学技术出版社, 1983。
- (9) 胡庆福等: 浙江中医杂志(3):135, 1982。

灵仙木瓜汤治疗干性坐骨神经痛

青海医学院附属医院骨科 郭景周 孙国定

笔者用自拟灵仙木瓜汤加减,治疗干性坐骨神经痛(痹证)26例取得较好疗效,兹介绍如下。

一、临床资料:26例中,男11例,女15例;年龄20~65岁;病程7天~2年。26例中,臀中小肌损伤者4例,梨状肌损伤者8例,臀大肌损伤者2例。其中12例X线腰椎片有轻度增生。

二、治疗方法:以中药内服为主,个别患者配合手法按摩。内服方剂组成:威灵仙15克,木瓜、白术、川断、当归各12克,羌活、香附、桂枝、牛膝各9克,干姜6克,三七5克(冲服)。水煎服,每日一剂,饭后服。痛甚者加制乳没、延胡索;寒重、臀腿冷痛喜温热者加附片、细辛或制川乌;气血虚弱者加重白术、当归用量或另加黄芪、熟地;湿重者加苍术、防己、生姜、半夏、秦艽;风胜者加防风、五加皮;病程日久、瘀血较重者加三棱、莪术、五灵脂或稍许加大三七粉用量。

三、治疗结果:26例患者中,疼痛、症状完全消失,已恢复原工作,随访一年未复发评为优者4例,占15.4%;疼痛基本消失,停药后不再加重,行走活动自如,可参加体力劳动,偶有酸痛麻木评为良者17例,占65.4%;疼痛好转,停药后仍有复发评为好转者3例,占11.5%;服药9剂以上,症状无改善,而改用其他疗法评为无效者2例,占7.7%。

四、典型病例:陈××,女,44岁,1983年8月27日初诊。左臀部及左腿后侧疼痛发凉麻木、遇寒后加剧一周,以小腿外侧及足部尤甚,左下肢活动行走障碍,咳嗽时无影响。体检:左下肢跛行,左足不敢用力着地;左下肢坐骨神经走行区臀点、腓点、腓点有明显压痛,且向远端放射;梨状肌走行处触诊呈索条状钝厚变硬;直腿抬高试验40°,加强试验(+);交叉直腿抬高及屈颈试验(-);跟腱反射消失;腰椎X线片无异常发现;舌淡苔白,脉沉细缓。诊断:干性坐骨神经痛(寒湿痹证)。予灵仙木瓜汤加制乳没各9克,附片6克,白术加至30克,水煎服每日一剂。并予药液送三七粉冲服,每5克分2次冲下。3剂后疼痛大减,自行来院再诊,自诉服药后腿部发热,寒痛已去,仍有麻木。上方去附片复加姜半夏9克,继服3剂后症状好转,恢复日常工作。随访观察一年未见复发。

五、小结:灵仙木瓜汤适用于因跌打闪挫或风寒湿邪侵袭及长期坐位姿势所致的干性坐骨神经痛,而因神经组织肿瘤、根性压迫、骶丛病变及软组织肿瘤压迫、妊娠压迫坐骨神经干造成的坐骨神经痛不属本方的适应症。本方以驱风散寒燥湿为主,佐以三七、当归等活血化瘀,加用白术、川断补虚,木瓜、牛膝引药下行,直达病所,而获疗效。