

四 诊 研 究

人体苔色与胃粘膜色泽变化关系的探讨

郑 嘉 岗*

摘要 本文采用视诊与色度学测定相结合的方法,观察 200 例人体苔色与胃粘膜色泽的关系。结果显示:人体舌苔色调变化与慢性胃炎性质无关;与慢性胃炎的粘膜相有明显关系。粘膜相为水肿者,白苔居多;以充血为主,黄苔占优;糜烂者,黄色测定值较高。人体舌苔光泽变化与慢性胃炎性质有关。萎缩性胃炎患者的胃粘膜与其舌苔光泽均不如浅表性胃炎者。光泽明亮度与组织内津液含量有关,萎缩性胃炎粘膜津液明显不足,胃阴虚导致了舌苔光泽欠佳。人体舌苔厚度与慢性胃炎程度有关,炎症越重,舌苔越厚。

主题词 胃粘膜/病理学 舌苔

随着内镜技术的不断发展,已有许多学者探讨了中医舌诊与胃粘膜的关系。指出不同舌苔反映了不同的胃粘膜病变^[1]。胃粘膜相的微观辨证与中医的一般宏观辨证有明显的相关性^[2,3]。同时认为舌苔与舌质比较,前者更能反映胃及十二指肠疾病的变化情况,佐证了中医“苔乃胃气之所熏蒸”的观点。本文采用了较先进的辨色方法,进行量化测定。现将观察结果报告如下。

1 一般资料

对象:200 例均为有胃脘痛,或有上腹胀,或伴有食欲减退、嗝气、泛酸等症状的慢性胃炎(简称 CG)患者,经肝功能检查正常,临床可排除肝脏疾病。其中男 110 例,女 90 例。年龄最小 18 岁,最大 75 岁,平均 42.93 岁。

2 观察方法

Olympus CV200 型电子胃镜,Minolta CR100 型彩差计,由上海市激光技术研究所提供。

根据国际照明学会(CIE)的规定测色^[4,5]。按 1976 年国际照明委员会推荐的色度坐标系(L^* 、 a^* 、 b^*)进行分析^[6],这一表色方法其量值大小和人眼日常观察的结果相一致。 L^* 表示被测物体亮度, a^* 、 b^* 表示被测

物体的色调, a^* 为正值呈红色调,负值呈绿色调; b^* 为正值呈黄色调,负值呈蓝色调; a^* 、 b^* 色品值大小表示这些色调的彩度,即被测物体的色饱和度。

L^* 值在人体苔色和胃粘膜色泽的测定中,均反映组织的亮度,与组织内液体含量有关,含量越多,反光越强, L^* 值越大;与被测组织色调有关,色调越浅,反光越强, L^* 值也越大。由于 a^* 正值表示红色调,实际反映着组织内血红蛋白含量。因此,在胃粘膜色泽测定中,反映了充血程度;在舌苔测定中,反映的是舌质内的含血量,但因要透过苔膜,故可通过舌质舌苔测量值计算,获得苔厚指数,即苔厚指数=(舌质 a^* - 舌苔 a^*)/舌质 a^* ^[7]。 b^* 正值,可直接反映人体苔色和胃粘膜色泽的黄色调,对前者测定意义更大。

2.1 舌诊观察:由专职中医师负责。在胃镜检查前未喷利舒卡(局部麻醉药)的情况下,令患者取坐位,面对自然光线,张口伸舌,详细观察并记录舌象,尤其舌苔情况。采用光电积分法,测量苔色。工作时,先将彩差计上的光纤对准白色校正板,并取得标准测定值。在舌诊观察后,即将光纤对准舌体中部表面,瞬时无损伤性地测量舌表面直径约为 8mm 的圆内颜色,获得色度学参数,即测定值。随后,在无苔区以同样方法测得舌质的 a^* 值。

2.2 胃镜诊断:由胃镜室专业医师负责,行胃镜检查操作常规。详细观察胃粘膜的病变情况,判断慢性胃炎(CG)的性质和程度,并分别在病变区活检组织,作病理诊断及幽门螺杆菌(HP)测定。同时由内窥镜专业人员在胃镜操作过程中进行胃粘膜色泽测量。在常规镜下观察完毕作组织活检前,将彩差计上的光纤(测定值已校正)通过胃镜上的活检孔道,插入胃内,并对准胃粘膜病变区域,以与苔色测量相同方法,获取同一病人胃粘膜的色度学参数测定值。

3 结果

3.1 CG 性质及 HP 感染与苔色的关系:表 1 示,浅表性胃炎(CSG)与萎缩性胃炎(CAG)及其伴 HP 感染者,在苔色比较中均无显著性差异(P 均 >0.05)。说明 CG 性质及 HP 阳性与苔色变化无明显关系。

* 上海中医药大学附属龙华医院,上海宛平南路

725 号(200032)

收稿日期:1997-04-24

3.2 慢性胃炎不同粘膜相的苔色及测定值比较:表2示,胃粘膜水肿明显时,以白苔为主($P<0.05$),提示白苔与粘膜水肿有关;充血较明显时,黄苔较多见($P<0.01$),提示黄苔与粘膜充血有关。糜烂者因例数较少,苔色比较尚无显著性差异($P>0.05$)。

表1 慢性胃炎性质及HP与苔色的关系

苔色	例数	CSG 例(%)	CAG 例(%)	HP 阳性 例(%)
白苔	150	86(57.3)	64(42.7)	97(64.7)
黄苔	50	32(64.0)	18(36.0)	39(78.0)

表2 胃粘膜与苔色的关系

粘膜相	例数	白苔例(%)	黄苔例(%)
充血	59	21(35.6)	38(64.4)
水肿	40	29(72.5)	11(27.5)
糜烂	18	6(33.3)	12(66.7)

表3 不同胃粘膜相的苔色测定值比较($\bar{X}\pm S$)

测定值	充血(59例)	水肿(40例)	糜烂(18例)
L*	40.61 $\pm$ 1.98	43.26 $\pm$ 3.79*	38.33 $\pm$ 2.43*
a*	12.71 $\pm$ 1.38	11.57 $\pm$ 0.98*	12.84 $\pm$ 1.05
b*	6.91 $\pm$ 5.97	2.75 $\pm$ 3.92*	4.49 $\pm$ 3.07

* 与充血型比较 $P<0.01$

表4 舌苔厚度与CG程度的关系

CG 程度	例数	薄苔 例(%)	腻苔 例(%)	厚腻苔 例(%)
轻度	82	54(65.9)	22(26.6)	6(7.3)
中度	102	26(25.5)	54(52.9)	22(21.6)
重度	16	2(12.5)	5(31.3)	9(56.3)

表5 CG不同程度的苔厚指数比较($\bar{X}\pm S$)

测定值	轻度(82例)	中度(102例)	重度(16例)
舌质a*值	20.15 $\pm$ 3.01	16.85 $\pm$ 3.85	21.41 $\pm$ 3.29
舌苔a*值	12.79 $\pm$ 4.43	8.68 $\pm$ 3.69	6.11 $\pm$ 3.18
苔厚指数	0.37 $\pm$ 0.47	0.48 $\pm$ 0.04*	0.71 $\pm$ 0.03**

注:苔厚指数=(舌质a* - 舌苔a*)/舌质a*

与轻度者比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

表6 不同胃炎胃粘膜色泽测定比较($\bar{X}\pm S$)

胃炎性质	例数	L*	a*	b*
CSG	119	62.3 $\pm$ 2.28	23.73 $\pm$ 3.04	1.55 $\pm$ 3.92
CAG	81	59.96 $\pm$ 2.73*	22.50 $\pm$ 2.98*	2.49 $\pm$ 3.07

* 与CSG比较 $P<0.01$

表7 CSG与CAG的苔色测定值比较($\bar{X}\pm S$)

胃炎性质	例数	L*	a*	b*
CSG	119	32.3 $\pm$ 1.94	11.13 $\pm$ 3.26	4.00 $\pm$ 3.45
CAG	81	29.96 $\pm$ 2.16*	11.9 $\pm$ 3.23	3.24 $\pm$ 3.03

* 与CSG比较 $P<0.05$

表3示,舌苔黄色调(b*正值)为充血型>糜烂型>水肿型,说明胃粘膜明显充血时,以黄苔居多,糜烂者,黄苔也较多,但明显不如充血者。苔色的明亮度(L*值)为水肿型>充血型>糜烂型。除与胃粘膜内液体含量相关外,还与被照物色调深浅有关。白苔色调的反光要强于黄苔色调,故也说明水肿者白苔较多。

3.3 舌苔厚薄与慢性胃炎程度比较:表4示,舌苔厚薄、苔厚指数与慢性胃炎程度有关,即轻度者以薄苔为主($P<0.01$),重度者厚腻苔居多($P<0.05$)。

表5示,苔厚指数为轻度者<中度者<重度者,经统计学处理有显著意义。说明慢性胃炎的程度越重,舌苔越厚。两者关系十分显著。

3.4 不同胃炎胃粘膜色泽测定值比较:表6示,CSG胃粘膜色泽的L*值和a*正值均显著高于CAG($P<0.01$),说明CSG胃粘膜充血水肿较CAG明显。但两者的b*值无明显差异($P>0.05$)。

3.5 不同胃炎苔色测定值比较:表7示,CSG苔色的L*值高于CAG,说明CSG者舌苔中湿度高于CAG者;两者b*值无明显差异($P>0.05$),说明CSG与CAG在舌苔色调方面无明显区别。

4 讨论

本文选择常见苔色(白苔和黄苔)和慢性胃炎(浅表性胃炎、萎缩性胃炎)为主要观察对象。结果显示,浅表性胃炎与萎缩性胃炎在苔色方面无显著性差异。与仇氏观察结果较为一致^[8]。本文还观察到胃粘膜相水肿明显者,白苔居多;充血明显者,黄苔较多见;糜烂者,苔色视诊虽无明显变化,但经色度学测定值比较,仍能显示黄苔倾向。比如,我们在胃镜下发现的慢性胃炎糜烂灶,往往较小和孤立,这种尚不足以使苔色明显变黄的胃热证,需应用彩差计测定方能显示。说明苔色变化,不仅能够反映出胃粘膜相的寒热变化,而且需要一个量变到质变的过程。

本文运用色度学L*值测量,结果表明舌苔光泽变化与慢性胃炎性质明显相关。浅表性胃炎粘膜的L*值显著高于萎缩性胃炎,说明后者胃之津液明显不如前者,萎缩性胃炎阴虚倾向十分显然。同时,发现浅表性胃炎舌苔的L*值也高于萎缩性胃炎,萎缩性胃炎之阴虚可使舌苔光泽发生变化。

慢性胃炎患者中,炎症轻者,大多舌苔薄白或薄黄腻;炎症重者,大多为厚腻苔,且胃部的炎症越重,舌苔越厚腻。炎性反应是胃内邪正相争的结果,正胜邪盛。炎症明显,舌苔变厚,是胃中正气挟浊上熏于舌之故。

由此推测,人体苔色与胃粘膜色泽之间有一定的内在联系。色调变化与胃粘膜相的寒热表现有关;光泽改变可反映出胃阴存亡;舌苔厚薄则是胃内邪正相争的结果。至于两者间关系的机理探讨,有待于进一步深入研究。

5 参考文献

- 1 李志淳. 中医舌诊与胃粘膜相及幽门螺旋菌关系的临床观察. 四川中医 1994; 8: 7.
- 2 危北海. 慢性胃炎的诊治. 中西医结合杂志 1990; 10(5):

265.

- 3 危北海. 近年来中西医结合诊治消化系统疾病的进展. 中西医结合杂志 1990; 10(5): 263.
- 4 束越新. 颜色光学基础理论. 济南: 山东科学技术出版社, 1982: 46.
- 5 荆其诚, 等. 色度学. 第1版, 北京: 科学出版社, 1979: 115.
- 6 Newhall M, et al. New Japanese colorsystem: CHBOMACOSMg 500 "Infonal correspondence". J Opt Soc Am 1979; 69: 922.
- 7 韩新民, 等. 200例人体舌象的定量化检测分析. 中国中西医结合杂志 1993; 13(2): 110.
- 8 仇维荣, 等. 舌象与上消化道疾病的关系. 黑龙江中医药 1995; 4: 47.

冠心病心绞痛临床证型分类探讨

旷惠桃* 潘远根*

为进一步探讨关于冠心病心绞痛中医辨证分型的客观标准, 本人就近10年国内公开报道的辨证分型论治的2432例冠心病心绞痛病例, 进行了中医辨证分型统计分析。

1 一般资料

本文所收集的2432例冠心病心绞痛均有现代西医明确诊断。其中男1360例, 女1072例。年龄多在40岁以上, 50岁以上占大多数, 临床证型共有28种。

2 方法

不完全查阅了1985年~1996年30种国内公开发行的中医、西医、中西医结合学术刊物, 摘取了其中含中医辨证分型具体病例数据的论文37篇, 其杂志刊物出版覆盖面涉及18个省市地区。对搜集的临床28种不同或异名同类的证型, 进行主症、次症、舌脉的归纳, 总结出一般证型8种和其它种少见证型或兼夹证型, 然后分为9个证型组, 分析其各证型之间的构成比。将统计、归纳的9组证型的病例数据, 用 χ^2 检验法进行统计学处理分析。

3 结果

2432例冠心病心绞痛临床证型结构分布心血瘀阻型754例(31.00%)、气阴两虚型341例(14.03%)、寒凝心脉型486例(19.98%)、痰浊闭塞型195例(8.03%)、气滞心胸型170例(6.99%)、心阳不振型206

例(8.47%)、心阳暴脱型40例(1.64%)、心血亏损型48例(1.97%)、其他证型192例(7.89%)。其中心血瘀阻型最多, 占总病例的31%, 寒凝心脉型次之, 占总病例的19.98%。

2432例冠心病心绞痛9种证型构成比的两两比较: 第一组(心血瘀阻型), 第二组(气阴两虚型), 第三组(寒凝心脉型), 其病例数与任何一组比较, 有非常显著性差异($P < 0.01$); 第四组(痰浊闭塞型)、第五组(气滞心胸型)、第六组(心阳不振型), 三组间病例数相近, 其比较无显著性差异($P > 0.05$), 但与病例较多的第1、2、3组和病例较少的第7、8组比较, 均有非常显著性差异($P < 0.01$); 第9组(其它证型), 虽然与第4、5、6组病例数相近($P > 0.05$), 又与第7、8组比较有非常显著性差异($P < 0.01$), 但因其为多种单纯或兼夹证型的组合, 难以作为常见主要证型之一。因此, 可以看出, 2432例冠心病心绞痛常见主要证型依次为①心血瘀阻型; ②寒凝心脉型; ③气阴两虚型。而心阳不振型、痰浊闭塞型、气滞心胸型虽为常见证型, 但难分主次。

4 讨论

通过对2432例冠心病心绞痛临床证型分析, 认为临床常见证型为心血瘀阻、寒凝心脉、气阴两虚、心阳不振、痰浊闭塞、气滞心胸等6种证型, 其结果与目前出版的教科书证型分类基本相近。统计结果表明, 2432例中以实证者居多, 虚证次之。从而认为冠心病心绞痛发作期实证表现突出。治疗时应以通为主, 分别采用活血化瘀、芳香温通、化痰逐饮、理气行滞之法, 而气阴两虚可作为虚证之基本证型, 治以益气养阴为主。

* 湖南中医学院第二附属医院, 长沙市蔡锷北路185号(410005)

收稿日期: 1997-08-11