

胃癌患者舌象与病机分析

范德荣¹ 林瑞春² 林 欣³ 方公贤³

胃癌是国内目前死亡率最高的恶性肿瘤，我省是胃癌高发区。为了探求胃癌舌象的表现，探索其规律性，从1989年8月至1991年2月，我们对168例胃癌患者及200名健康人群的舌象进行了观察分析。现报道如下：

一、对象与方法

1. 观察对象：选择经纤维胃镜下胃粘膜活检和/或手术切除标本经病理诊断证实的住院患者共168例，其中男123例，女45例。年龄最小26岁，最大79岁，平均年龄58岁。按胃癌病理分期，本文168例中诊为I期10例，II期22例，III期71例，IV期65例。肿瘤部位：贲门胃底癌65例，胃体癌34例，胃窦癌63例，残胃癌6例。肿瘤大小：小于1/2分区40例，1/2~1个分区52例，大于1个分区57例，未证实19例(未手术)。肿瘤形态：息肉型30例，溃疡型47例，弥漫浸润型16例，溃疡浸润型75例。浸润深度：粘膜层7例，肌层19例，浆膜层113例，远端脏器或锁骨上淋巴结转移21例，肝转移8例。组织学类型：腺癌31例，低分化腺癌41例，粘液腺癌44例，粘液细胞癌28例，管状腺癌8例，乳头状腺癌6例，其他10例。手术149例，其中行根治术107例，非根治术32例，探查10例；未手术19例。

选择无任何器质性疾患病史，近1个月内无急性感染的健康人200例作为对照观察。其中男127例，女73例。最小年龄21岁，最大81岁，平均年龄54岁。

2. 观察方法：胃癌舌象观察均以患者入院时首次舌象观察为准，观察时间为早餐后2小时，一般由两人进行判定。舌象观察项目如下：

舌质：使用癌症中医诊断协作组的舌诊比

色板进行观察。比色板分为7组，即淡白、淡红、红、绛、红紫(暗红)、淡青紫及青紫。用比色板与受检者舌质颜色对比，确定相应舌色后，记录该比色板分组分级的相应号码。

舌苔、舌形、舌脉：舌苔、舌形参照上述协作组的标准和要求进行观察。舌脉分为正常、轻度异常、中度异常、重度异常四类。正常：舌下二根静脉隐现于舌下，主干直径<2.6毫米，长度不超过舌系带止点，静脉无扭曲、怒张，颜色淡紫。轻度异常：主干粗张，直径<2.6毫米，长度不超过舌系带止点与舌尖的1/2，轻度弯曲，颜色红紫。中度异常：主干直径>2.6毫米，长度不超过舌系带止点与舌尖的3/5，轻度弯曲，颜色青紫。重度异常：主干饱满，曲张明显，直径>2.6毫米，长度超过舌系带止点与舌尖的3/5或将及舌尖，颜色紫黑，外带有粗枝状分支或鱼子酱刺。

二、结果和分析

1. 舌质：表1示，胃癌组紫舌(包括红紫、淡青紫、青紫在内)占全部患者的70.8%(119例)，而健康人组仅占12.5%(25例)，组间差异非常显著($P<0.001$)。胃癌组的绛舌、淡白舌亦较健康人组明显增加($P<0.01$ 、 $P<0.05$)。

表1 两组的舌质情况比较

分组	例数	淡白	淡红	红	绛	红紫	淡青紫	青紫	瘀斑(点)
胃 癌	168	20	9	7	13	39	28	52	49
健康人	200	9	140	23	3	8	6	11	7

注：表中瘀斑和瘀点为兼见舌质

1 福建中医学院附属人民医院

2 福建中医学院研究生

3 福建中医学院肿瘤研究中心

健康人组淡红舌占70%(140例),胃痛组仅占5.4%(9例),组间差异非常显著($P<0.001$)。瘀点和瘀斑在各种舌质中均可出现,一般可见于舌边或舌下。健康人组瘀点和瘀斑的出现率为3.5%(7例),而胃癌组为29.2%(49例),组间差异非常显著($P<0.001$)。晚期胃癌淡白舌者,瘀斑和瘀点多且面积大。

2. 舌苔:表2示,健康人组薄苔占76.5%(153例),而胃癌组仅占26.2%(44例);健康

表2 两组的舌苔情况比较

分 组	例 数	苔 质				苔 色			
		薄	厚	剥	腐	黄	白	灰黑	光剥
胃 癌	168	44	104	15	5	66	89	6	7
健康人	200	153	45	2	0	39	161	0	0

人组厚(或厚腻)苔仅占22.5%(45例),而胃癌组高达61.9%(104例)。以上两种舌质的组间差异均非常显著($P<0.001$)。胃癌组剥苔占8.9%(15例),而健康人组仅占1%(2例),差异非常显著($P<0.001$)。胃癌组腐苔占3%(5例),而健康人组无腐苔者,组间比较也有显著差异($P<0.05$)。

健康人组苔色以白苔居大多数,占80.5%(161例),而胃癌组占53%(89例),组间差异非常显著($P<0.001$)。健康人组黄苔占19.5%(39例),而胃癌组占39.3%(66例);胃癌组有灰黑苔和光剥苔者共占7.7%(13例),而健康人组则无。以上两种舌色的组间差异均非常显著(P 均 <0.001)。

3. 舌形:表3示,健康人组舌有齿痕者占10.5%(21例),而胃癌组齿痕舌占23.2%(39例);健康人组裂纹舌极少见,仅占1.5%(3

表3 两组的舌形情况比较

分 组	例 数	正 常	异		常	
			胖大	瘦小	齿痕	裂纹
胃 癌	168	77	12	5	39	35
健康人	200	164	8	4	21	3

例),而胃癌组裂纹舌高达20.8%(35例)。以上两种舌形的组间差异均非常显著(前者 $P<0.01$,后者 $P<0.001$)。与健康人组比较,胃癌组胖大舌、瘦小舌的出现率略有增高($P>0.05$)。

4. 舌脉:表4示,舌脉异常者健康人组占10.5%(21例),而在癌症组占83.9%(141例),两组差异非常显著($P<0.001$)。在异常舌脉的分布中,健康人组轻度异常者占66.7%(14例),无重度异常者;而在胃癌组中,中度以上异常者占75.9%(107例)。两组的异常舌脉分布差异非常显著($P<0.001$)。

表4 两组的舌脉情况比较

分 组	例 数	正 常	异 常		
			轻度	中度	重度
胃 癌	168	27	34	83	24
健康人	200	179	14	7	0

三、讨论

本文观察了168例胃癌患者及200例正常人的舌象,结果表明,胃癌患者舌象具有一定的特点,与正常人比较差异非常显著。因此舌象的变化对胃癌的诊断及预后观察具有重要参考价值。曾遇到数例患者,平时有消化道症状,近期不明原因地出现进行性消瘦、舌质青紫、剥苔,经胃镜检查证实为胃癌。因此对于40岁以上有消化道症状或患有慢性萎缩性胃炎等癌前病变患者,若见紫舌、剥苔、舌脉异常以及舌边或舌下有瘀斑或瘀点等血瘀征象者,在排除其他疾患后,应高度怀疑有胃癌的可能性。对于有上述舌象表现而自觉症状不明显的患者,应动员其反复检查,并注意追踪观察。

上述研究表明,胃癌发病的病因病理主要在于机体久受毒邪(致癌因素)侵袭,蕴毒于内,加以饮食不节,情志不畅,损伤脾胃所致。脾胃为气机升降之枢纽,脾胃损伤致成气滞、血瘀(血虚)、痰结、毒邪蕴热,四者互为因果,前后相兼,积聚遂成。故治疗胃癌中常需配伍健脾行气、化痰活血之品,其理盖出于此。