

114 例胃癌患者舌象分析

陈鲁媛^{1*} 路广晔²

(1. 山东省荣军总医院门诊部, 山东省济南市解放路 23 号, 250013; 2. 山东中医药大学附属医院)

* 通讯作者: hanchen712@hotmail.com, 13793188067

[摘要] 目的 探讨胃癌患者舌象特点。方法 观察组选择未做相关治疗的胃癌患者 114 例, 对照组分别选择健康体检者 80 例和胃溃疡患者 75 例、萎缩性胃炎患者 32 例、单纯型浅表性胃炎患者 122 例。按照中医传统的望诊方法观察舌象, 并应用数码相机拍摄、制成 ICC 文件, 记录观察结果并进行统计学分析。结果 胃癌组红、绛舌发生率为 49.12%, 与健康组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 与胃部良性疾病对照组患者比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。胃癌组青紫舌、胖大舌发生率分别为 21.93%、22.80%, 与其他各组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。胃癌组淡白舌发生率为 23.68%, 与萎缩性胃炎组比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 与其他各组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。胃癌组舌苔以腻苔为主, 主要是白腻苔和白厚腻苔, 发生率分别为 21.93%、26.32%, 前者与健康组比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 与其他各组比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 胃癌组舌面外周部少苔或无苔发生率 40.35%, 与其他各组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 胃癌患者易发生青紫舌、淡白舌、胖大舌, 舌苔以白腻、白厚腻苔为主, 舌面外周部少苔或无苔, 对胃癌的诊断、治疗也有很大意义。

[关键词] 胃癌; 舌象; 舌诊

Study on the Tongue Pictures of Gastric Cancer Patients: A Report of 114 Cases

CHEN Luyuan¹, LU Guangchao²

(1. Shandong Rongjun General Hospital, Jinan 250013; 2. The Affiliated Hospital of Shandong University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To investigate the characteristics of tongue pictures of gastric cancer patients. **Methods** The observation group consisted of 114 gastric cancer patients who didn't accept any relevant treatment, while the control groups consisted of 80 healthy persons, 75 common gastric ulcer patients, 32 atrophic gastritis patients, and 122 simple superficial gastritis patients. Their tongue pictures were inspected according to traditional Chinese inspection diagnostics and recorded in ICC documents using a digital camera. **Results** The incidence rate of red or deep-red tongue was 49.12% in the observation group, compared with the healthy group, the difference was significant ($P < 0.05$), but there was no significant difference in comparing with the control groups ($P > 0.05$). The incidence rate of purple tongue and swollen tongue was 21.93% and 22.80% respectively in the cancer patients, showing significant difference when compared with the control groups ($P < 0.05$). The incidence rate of pale tongue was 23.68% in the cancer patients, showing no significant difference compared with the atrophic gastritis group ($P > 0.05$), however, there was statistical difference in the comparison with the other control groups ($P < 0.05$). The tongue coating in the observation group was mainly of greasy coating, and the incidence rate of white greasy coating and white thick greasy coating was 21.93% and 26.32% respectively. The incidence of white greasy coating of the observation group showed significant difference compared with that of the healthy group ($P < 0.05$), although there was no significant difference compared with the other control groups ($P > 0.05$). The incidence rate of tongue periphery having less coating or no coating was 40.35% in the observation group, and there was significant difference compared with all control groups ($P < 0.05$). **Conclusion** The tongue and tongue coating of the gastric cancer patients demonstrate regular features and patterns, which have important reference value for the diagnosis and treatment of gastric cancer.

Key Words gastric cancer; tongue picture; tongue diagnosis

胃癌是目前我国最常见的恶性肿瘤之一, 其死亡率居国内各类肿瘤的首位^[1]。舌诊是中医学的独特诊法, 几千年来一直指导中医临床的诊断、治疗以及预后疾病的转归。近些年许多学者运用中西医结合的方法对胃癌舌象进行研究, 取得了一定的进展, 舌象与胃癌的相关性研究已引起医学界的关注。本

文通过对 114 例胃癌患者舌象的临床观察和研究, 探讨胃癌舌象特点及发生机制, 旨在为临床诊治胃癌提供参考。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

胃癌诊断标准依据中国抗癌协会编制的《新编

常见恶性肿瘤诊治规范》^[2]制定,经胃镜或手术病理学确诊胃癌;胃癌临床分期标准根据 1997 年国际抗癌联盟(UICC)制定的胃癌 TNM 分期标准^[3];胃溃疡诊断标准参照陈灏珠《实用内科学》^[4];萎缩性胃炎、单纯型浅表性胃炎诊断标准参照《全国慢性胃炎研讨会共识意见》^[5]标准。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:观察组符合上述诊断标准,经胃镜检查确诊,未做相关治疗(包括手术、化疗、放疗等),患者知情同意。健康组无全身器质性病史,目前无明显不适,体格检查正常者。

排除标准:多重癌患者,合并有其他系统疾病或全身器质性疾病,月经期、妊娠期、哺乳期妇女和 18 岁以下少年儿童。

1.3 一般资料

收集 2008 年 6 月至 2010 年 3 月山东省肿瘤医院普外科住院患者、山东省立医院、齐鲁医院消化内科门诊患者 343 例,其中胃癌组为胃癌患者 114 例,对照组包括单纯型浅表性胃炎患者 122 例、胃溃疡患者 75 例、萎缩性胃炎患者 32 例。健康组 80 例为同期山东省荣军总医院查体中心健康体检者。

胃癌组中男 73 例,女 41 例;年龄 31~80 岁,平均年龄(60.54±9.86)岁;临床分期:Ⅰ期 19 例,Ⅱ期 33 例,Ⅲ期 45 例,Ⅳ期 17 例;病理分型:高分化腺癌 14 例,中分化腺癌 17 例,低分化腺癌 60 例,黏液腺癌 12 例,印戒细胞癌 5 例,其他 6 例。胃溃疡组中男 49 例,女 26 例;年龄 31~80 岁,平均(63.9±9.9)岁。单纯型浅表性胃炎组中男 79 例,女 43 例;年龄 27~84 岁,平均年龄(60.4±9.7)岁。萎缩性胃炎组中男 21 例,女 11 例;年龄 26~78 岁,平均年龄(60.0±9.9)岁。健康组中男 52 例,女 28 例;年龄 30~78 岁,平均年龄(60.2±9.9)岁。各组受试者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.4 研究方法

按照中医传统的望诊方法,患者在自然光线下取端坐位,伸舌放松,由两名主治医师以上的医师同时观察舌象,采用数码相机拍摄并制成 ICC 文件。按照《中医诊断学》舌象标准^[6],对舌色、舌形、舌苔进行观察记录并进行统计学分析。舌色:淡白、淡红、红、绛、青紫;舌形:正常、胖大、瘦薄、齿痕、裂纹;舌苔:薄白、白腻、白厚腻、薄黄、黄腻、黄厚腻、少或无苔、剥苔。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 15.0 统计软件进行数据处理,实验数据用率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 各组受试者舌色比较

表 1 示,健康组以淡红舌为主,发生率为 85.00%,胃癌组淡红舌发生率为 5.26%,二者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。胃癌组以红、绛舌为主,发生率 49.12%,与健康组比较差异有统计学意义($P<0.05$),但与胃溃疡组、萎缩性胃炎组、单纯型浅表性胃炎组比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。淡白舌多见于胃癌组和萎缩性胃炎组,发生率分别是 23.68%、12.50%,二者比较差异无统计学意义($P>0.05$);但胃癌组淡白舌与其他对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。青紫舌胃癌组发生率 21.93%,明显高于其他各组($P<0.05$)。

表 1 各组受试者舌色比较[例(%)]

组别	例数	淡白舌	淡红舌	红、绛舌	青紫舌
胃癌组	114	27(23.68)	6(5.26)	56(49.12)	25(21.93)
单纯型浅表性胃炎组	122	12(9.84)*	42(34.43)*	68(55.74)	0*
胃溃疡组	75	3(4.00)*	19(25.33)*	44(58.67)	9(12.00)*
萎缩性胃炎组	32	4(12.50)	5(15.63)*	21(65.63)	2(6.25)*
健康组	80	5(6.25)*	68(85.00)*	7(8.75)*	0*

注:与胃癌组比较,* $P<0.05$

2.2 各组受试者舌形比较

表 2 示,胖大舌以胃癌组最常见,发生率 22.80%,与其他各组比较差异有统计学意义($P<0.05$);瘦薄舌以萎缩性胃炎组多见,发生率 21.88%,胃癌组发生率 2.63%,二者比较差异有统计学意义($P<0.05$);齿痕舌胃癌组发生率 32.46%,健康组发生率 6.25%,差异有统计学意义($P<0.05$);裂纹舌以胃癌组发生率 10.53%最高,与单纯型浅表性胃炎组、健康组比较差异有统计学意义($P<0.05$),与胃溃疡组、萎缩性胃炎组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 各组受试者舌苔比较

表 3 示,健康组以薄白苔为主,发生率 82.50%,胃癌组发生率仅 37.72%,二者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。胃癌组以腻苔为主,主要是白腻苔、白厚腻苔,发生率 21.93%、26.32%。胃癌组白厚腻苔与各对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);胃癌组白腻苔与健康组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),与其他对照组比较,差异无

表 2 各组受试者舌形比较[例(%)]

组别	例数	正常舌	胖大舌	瘦薄舌	齿痕舌	裂纹舌
胃癌组	114	54(47.37)	26(22.80)	3(2.63)	37(32.46)	12(10.53)
单纯型浅表性胃炎组	122	62(50.82)	6(4.92)*	0	48(39.34)	2(1.64)*
胃溃疡组	75	36(48.00)	7(9.33)*	3(4.00)	29(38.67)	3(4.00)
萎缩性胃炎组	32	17(53.12)	2(6.25)*	7(21.88)*	8(25.00)	0
健康组	80	72(90.00)*	4(5.00)*	0	5(6.25)*	1(1.25)*

注:与胃癌组比较,* $P<0.05$

表 3 各组受试者舌苔比较[例(%)]

组别	例数	薄白苔	白腻苔	白厚腻苔	薄黄苔	黄腻苔	黄厚腻苔	少或无苔	舌面外周部少或无苔
胃癌组	114	43(37.72)	25(21.93)	30(26.32)	0	6(5.26)	9(7.89)	0	46(40.35)
单纯型浅表性胃炎组	122	68(55.74)*	20(16.39)	8(6.56)*	9(7.38)*	12(9.84)	2(1.64)*	2(1.64)	0*
胃溃疡组	75	33(44.00)	12(16.00)	8(10.66)*	6(8.00)*	9(12.00)	4(5.33)	3(4.00)*	7(9.33)*
萎缩性胃炎组	32	17(53.12)	3(9.38)	0*	5(15.63)*	3(9.38)	0	4(12.50)*	2(6.25)*
健康组	80	66(82.50)*	7(8.75)*	0*	5(6.25)*	2(2.50)	0*	0	0*

注:与胃癌组比较,* $P<0.05$

统计学意义($P>0.05$)。胃癌组黄腻苔发生率为 5.26%,与其他各组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。胃癌组黄厚腻苔发生率为 7.89%,与胃溃疡组、萎缩性胃炎组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),与单纯型浅表性胃炎组、健康组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。胃癌组患者舌面外周部分少苔或无苔的发生率为 40.35%,而胃溃疡组、萎缩性胃炎组较少出现,发生率分别为 9.33%、6.25%,单纯型浅表性胃炎组、健康组未见发生。胃癌组舌面外周部少苔或无苔的情况与其他各组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

中医舌诊有着悠久的历史,经过历代医家不断充实和完善,已成为中医理论指导下的一种独特诊断方法。中医理论认为舌象反映了五脏六腑的生理功能和病理状态,反映机体盛衰、病邪深浅、邪气性质和疾病的转归和预后。在舌与脏腑的关系中,舌与脾胃的关系尤为密切,早在《黄帝内经》中已有详尽的论述:“脾足太阴之脉,入腹属脾络胃,上膈,夹咽,连舌本,散舌下。”“脾气通于口,脾和则口能知五谷矣。上焦出于胃上口……上至舌,下注足阳明。”古代医家多认为舌为脾胃之外候,苔乃胃气熏蒸,故素有“舌为胃之镜”之说。

本研究观察了未做相关治疗的 114 例胃癌患者以及由健康人和胃溃疡、萎缩性胃炎、单纯型浅表性胃炎等常见胃部良性疾病患者组成的对照组舌象变化,观察结果表明胃癌患者舌象变化有一定的规律特点,舌象对胃癌的诊断、治疗具有重要的意义。①

舌色方面:胃癌组以红、绛舌为主,发生率为 49.12%,与健康组比较差异有统计学意义($P<0.05$),但与胃溃疡组、萎缩性胃炎组、单纯型浅表性胃炎组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。青紫舌在胃癌组发生率也较高,发生率为 21.93%,与各对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。淡白舌以胃癌组最常见,其次萎缩性胃炎组,发生率分别为 23.68%、12.50%,二者比较差异无统计学意义($P>0.05$)。胃溃疡组、单纯型浅表性胃炎组、健康组淡白舌发生率较低,与胃癌组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。淡白舌多发生在胃癌组和萎缩性胃炎组,胃癌组出现淡白舌时,舌苔一般是白厚腻的,常常伴有舌形的胖大;而萎缩性胃炎发生淡白舌时,舌苔多薄白甚至少苔或无苔,可伴有瘦薄舌。因此青紫舌和淡白舌并白厚腻苔时对胃癌的诊断更有意义。②舌形方面:胖大舌和裂纹舌更多发生在胃癌组,与其他各组比较差异有统计学意义($P<0.05$),胃癌组裂纹舌与单纯型浅表性胃炎组、健康组比较差异有统计学意义($P<0.05$),与胃溃疡组、萎缩性胃炎组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。胃癌组齿痕舌发生率明显高于健康组($P<0.05$)。③舌苔方面:胃癌组以腻苔为主,主要是白腻苔、白厚腻苔。其中胃癌组白厚腻苔与其他各组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);胃癌组白腻苔与健康组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),与其他各组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。胃癌组 114 例患者中未见明显少苔、无苔及花剥苔发生。但我们观察到,在舌面的外周部即沿舌前部、舌两边连贯地少苔

或无苔的情况在胃癌组患者中很多见。常常由于舌中部规则、自然地覆盖着腻苔或厚腻苔,使舌外周部因少苔或无苔形成的“U”型图带更加彰显。此种情况,与文献[7]报道一致,我们称为“舌面外周部少苔或无苔”,可以与舌苔呈不规则脱落的花剥苔相鉴别^[8]。“舌面外周部少苔或无苔”在胃癌组发生率为 40.35%,而胃溃疡组、萎缩性胃炎组发生率为 9.33% 和 6.25%,单纯型浅表性胃炎组、健康组中未见发生,胃癌组与其他各组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

胃癌属于中医学“反胃”、“噎膈”、“呕逆”、“胃脘痛”、“积聚”等病症范畴。胃癌的发生、发展是一个错综复杂的过程,由于长期饮食不节、情志失调、劳倦内伤及感受外来邪毒引起脏腑经络功能失调,脾胃损伤,出现气滞、痰结、血瘀、邪毒内壅等一系列病理变化,最后导致癌瘤积聚于胃,形成胃癌。其病机以脾胃虚弱为本,气滞、痰结、血瘀、毒结为标,本虚标实,虚实夹杂。正如《医宗必读·积聚篇》指出:“积之成者,正气不足,而后邪气占据之。”本研究观察结果显示,胃癌患者发生青紫舌、淡白舌、胖大舌,舌苔以白腻、白厚腻苔为主,表现了胃癌气滞、痰结、血瘀、热毒壅盛、痰湿中阻的病因病机。尤其是舌中部覆以白腻苔或白厚腻苔而舌面外周部出现少苔或无苔的舌象特点,更反映了胃癌发生时机体脾胃两虚,不仅脾失健运、湿浊中阻,同时胃阴亏损,胃气难以完全上乘于舌的复杂的病理变化特征。我们在观察中还发现,“舌面外周部少苔或无苔”的舌象并不是胃癌患者所独有的,在胃溃疡、萎缩性胃炎患者中

也偶有发生。但胃溃疡、萎缩性胃炎患者多表现较轻度的少苔,而胃癌患者舌面外周部常常发生明显的少苔或无苔,晚期胃癌患者的舌面外周部甚至可以出现牛肉样无苔的改变。并且“舌面外周部少苔或无苔”的发生与胃癌患者的年龄、性别、肿瘤发生部位以及病理组织学类型尚未见有明显的联系,而与病情的轻重即临床病理分期关系密切,晚期患者发生率更高。“舌面外周部少苔或无苔”的舌象变化对胃癌的诊断、治疗有很大的意义,值得进一步研究,以提高胃癌舌诊的特异性,同时也为胃癌的中医辨证分型补充更全面、客观的资料和依据。

参考文献

- [1] 孙秀娣. 中国胃癌死亡率 20 年变化情况分析及其发展趋势预测[J]. 中华肿瘤, 2004, 26(1): 4.
- [2] 中国抗癌协会. 新编常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 1999: 1-94.
- [3] Sobin LH, Wittekind CH. TNM classification of malignant tumors. International Union Against Cancer[M]. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, 1997: 59-62.
- [4] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1565-1579.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见[J]. 胃肠病学, 2000, 5(2): 77.
- [6] 邓铁涛. 中医诊断学[M]. 5 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1987: 126.
- [7] 姚保泰. 中医舌象与胃镜像对照图谱[M]. 济南: 山东科技出版社, 1996: 5.
- [8] 邓铁涛. 实用中医诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 159.

(收稿日期: 2011-03-01; 修回日期: 2011-05-04)

[编辑: 侯建春]

(上接第 1924 页)

参考文献

- [1] 周仲瑛. 瘀热论——瘀热相搏证的系列研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 24.
- [2] 国家中医药管理局脑病急诊协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [3] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [4] 国家中医药管理局脑病急诊症科研组. 中风病辨证诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1991, 17(3): 64-66.
- [5] 吴承远, 刘玉光. 临床神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 128-129.
- [6] 周仲瑛. 出血性中风瘀热阻窍证证治的研究[J]. 中医药学刊, 2002, 20(6): 709-713.

- [7] 袁园, 过伟峰, 吴勉华. 凉血通瘀方治疗脑出血的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2009, 25(4): 265-267.
- [8] 过伟峰, 袁园, 李建香, 等. 凉血通瘀中药治疗出血性中风急性期 56 例疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(10): 1619-1621.
- [9] 梁清华, 黎杏群, 李家邦, 等. 出血性中风病人的脑 CT, 中医辨证与血液流变学的关系探讨[J]. 湖南医科大学学报, 1995, 20(6): 554-556.
- [10] 袁园, 过伟峰. 论出血性中风之瘀热阻窍证[J]. 中国中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5(8): 723-725.
- [11] 杜敢琴, 黄丽娜, 富奇志, 等. 脑卒中预后的影响因素分析[J]. 中华神经医学杂志, 2005, 4(1): 57-59.

(收稿日期: 2011-01-26; 修回日期: 2011-06-03)

[编辑: 邓媛]