

化生型慢性萎缩性胃炎患者的舌象特点分析

杨 洋¹, 杨 敏², 瞿先侯², 赵鹏程², 王 欣¹, 孟 曼¹, 苏晓兰¹, 魏 玮¹⁽¹⁾ 中国中医科学院望京医院 功能性胃肠病北京市重点实验室, 北京 100102⁽²⁾ 北京中医药大学, 北京 100029

摘要: [目的] 探讨化生型慢性萎缩性胃炎(CAG)患者中医舌苔舌形的分布特点。 [方法] 选取 2017 年 12 月~2018 年 12 月就诊于我院脾胃病科经电子内镜加病理组织学检查确诊的化生型 CAG 患者, 并记录患者基本信息、生活方式(是否吸烟、是否饮酒), 比较轻、中、重度不同病变程度患者生活方式及中医舌苔舌形特点。 [结果] 共纳入 107 例患者, 不同程度肠上皮化生在性别、是否吸烟、是否饮酒方面分布差异无统计学意义, 不同程度肠上皮化生患者舌苔舌形有明显的差异性。舌苔主要集中在黄腻苔、白腻苔, 舌形主要集中在胖大伴齿痕舌、胖大舌。舌苔舌形方面, 薄白苔占 8.48%, 薄黄苔占 7.48%, 白腻苔占 29.91%, 黄腻苔占 51.40%, 少苔占 2.80%。薄苔主要常见于轻度肠上皮化生, 腻苔主要存在于中重度肠上皮化生, 而且随着肠上皮化生程度的加重, 腻苔所占的比例逐渐增大, 各组之间差异有统计学意义($P < 0.05$)。舌形中胖大舌有占 22.43%, 胖大伴齿痕舌占 55.14%, 瘦舌有占 10.28%, 裂纹舌占 6.54%, 正常舌 5.61%。随着肠上皮化生程度的加重, 胖大伴齿痕舌与裂纹舌比例逐渐增大, 各组之间分布差异存在明显($P < 0.05$)。 [结论] 化生型 CAG 病理病变程度与舌象有一定的内在联系, 提示脾胃虚弱与湿邪与本病的发生加重存在一定联系, 舌诊在诊治化生型萎缩性胃炎病变中有重要的价值。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 肠上皮化生; 舌苔; 舌形; 脾胃虚弱

doi: 10.3969/j.issn.1671-038X.2019.09.09

中图分类号: R573.3 文献标志码: A

Analysis of tongue features in patients with metaplastic chronic atrophic gastritis

YANG Yang¹, YANG Min², QU Xian-hou², ZHAO Peng-cheng²,
WANG Xin¹, MENG Man¹, SU Xiao-lan¹, WEI Wei¹⁽¹⁾ Department of Gastroenterology, Wangjing Hospital, Beijing 100102, China; ⁽²⁾ Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

Corresponding author: WEI Wei, E-mail: sxxy@sina.com

Abstract: [Objective] To investigate the distribution characteristics of tongue coating and tongue shape in TCM patients with chronic atrophic gastritis of metaplastic type. [Methods] The patients diagnosed as intestinal metaplasia by electronic endoscopy and histopathological examination in Wangjing hospital of traditional Chinese medicine of Chinese Academy of sciences between December 2017 and December 2018 was selected. The patients' basic information and life style (whether smoking or drinking) were recorded and compare the life style and tongue shape characteristics of the patients with mild, moderate and severe intestinal metaplasia lesions. [Results] A total of 107 patients were included. There was no significant difference in the distribution of intestinal metaplasia of different degrees in terms of gender, smoking and drinking. Tongue coating and tongue shape of patients with intestinal metaplasia of different degrees were significantly different. Tongue coating is mainly concentrated in yellow and white greasy coating and tongue shape is mainly concentrated in fat tongue and fat tongue with teeth marks. As for the shape of tongue coating, thin white coating accounts for 8.48%, thin yellow coating for 7.48%, white greasy coating for 29.91%, yellow greasy coating for 51.40% and less coating for 2.80%. With significant difference ($P < 0.05$), Thin coating is mainly found in mild intestinal metaplasia while greasy coating mainly exists in

收稿日期: 2019-05-26

基金项目: 中医药行业科研专项项目 (No: 201507001-09); 中国中医科学院自主选题研究项目 (No: ZZ11-035)

作者简介: 杨 洋, 女, 博士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗脾胃疾病

通讯作者: 魏 玮, E-mail: sxxy@sina.com

moderate to severe intestinal metaplasia. And with intestinal metaplasia aggravating, the proportion of greasy coating gradually increased. Among the tongue shapes, fat tongue accounted for 22.43%, fat tongue with tooth marks for 55.14%, thin tongue for 10.28%, cracked tongue for 6.54% and normal tongue for 5.61% with significant difference in the distribution ($P < 0.05$). And with intestinal metaplasia aggravating, the proportion of fat tongue with teeth mark and tongue crack gradually increased. [Conclusion] The degree of pathological lesion of metaplasia chronic atrophic gastritis has certain internal relation with tongue image, suggesting that there is a certain relation between spleen and stomach weakness and dampness-pathogenic factors. The occurrence and aggravation of this disease, and tongue diagnosis has important value in the diagnosis and treatment of metaplasia chronic atrophic gastritis.

Key words: chronic atrophic gastritis; intestinal metaplasia; tongue coating; tongue shape; weakness of the spleen and the stomach

慢性萎缩性胃炎 (chronic atrophic gastritis, CAG) 是由慢性非萎缩胃炎长期演变发展而来的, 主要依靠上皮固有腺体减少的胃黏膜组织诊断, 病变的胃黏膜组织肠上皮腺体替代或者纤维组织或炎性细胞替代, 伴或不伴有异型增生, CAG 可分为单纯萎缩与化生型萎缩 2 大类^[1]。胃黏膜肠上皮化生和异型增生为公认的胃癌癌前病变 (Precancerous lesions of gastric cancer, PLGC), 需要定期监测胃镜^[2]。PLGC 患者临床症状往往和胃镜下表现及病理病变严重程度无明显关联, 目前病情积极监测的有效辅助手段仍较局限。舌象是中医辨证的主要依据之一。舌与消化系统有着密切的联系。在临证时舌象可客观地反映疾病邪性质、病情进退、脏腑虚实, 对判断疾病演变、转归和预后指导处方用药有重要的价值。本研究探讨化生型 CAG 患者中医舌苔舌形的分布特点, 以期进一步分析其对化生型 CAG 临床诊治的指导意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2017 年 12 月~2018 年 12 月就诊于我院脾胃病科门诊及病房的经电子内镜加病理组织学检查确诊的化生型 CAG 患者 107 例。性别分布比较平均, 男 54 例, 女 53 例, 平均年龄为 (58.12 ± 10.12) 岁。

诊断标准: ① CAG 内镜下诊断标准参照 2012 年上海制定的《中国慢性胃炎共识意见》^[1] CAG 内镜下表现形式多样, 主要可见黏膜以白相为主、黏膜皱襞低平或减少、血管透见度增加、黏膜粗糙等; ② 病理组织检查诊断标准: 新悉尼病理组织学评价^[3]和《慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识 (2017)》^[4] 中肠化生组织学变化及分级诊断; ③ 舌苔舌形诊断标准: 参考人民卫生出版社出版《中医诊断学》^[5], 选取临床最常用的舌苔舌形。舌苔: 包括薄白苔、薄黄苔、白腻苔、黄腻苔、少苔。舌形: 包括

胖大舌、胖大伴齿痕、瘦薄舌、裂纹舌、正常舌。

纳入标准: ① 年龄 40 岁以上, 性别不限; ② 胃镜诊断 CAG, 病理诊断肠上皮化生。排除标准: ① 个别腺体或局灶性肠化生; ② 高级别异型增生或上皮内瘤变; ③ 胃癌。

1.2 研究方法

收集患者一般信息、胃镜报告、病理组织学报告, 记录患者基本信息、生活方式、消化系统症状等。探讨 CAG 不同程度病理改变 (轻、中、重度肠化生) 中医舌苔舌形分布特点。

舌苔舌形的数据收集:

在观察舌象之前尽量排除各种因素对舌象的影响。

① 时间: 舌象一般在 1 d 内变化是不明显的, 但在清晨时观察舌象效果最佳。

② 饮食: 食物的颜色影响舌苔的颜色, 如某些乳制品类的食物会使舌苔变白、变厚, 所以在观察舌象之前要询问患者的饮食种类及时间。建议在患者进食之前或进食 2 h 后观察舌象, 以减少食物、药物染苔等影响。

③ 光线: 舌头颜色受光线的影响比较大, 观察室要求光线充足而柔和, 也可使白色灯光观察患者舌象, 要避免使用有色灯光观察患者的舌象。观察舌象时, 舌头应迎着光线, 使光线能直接照着舌面, 舌头能清晰地展现在面前。

④ 生活习惯对舌象的影响: 观察舌象之前询问患者的特殊的生活习惯, 如某些患者喜欢张口呼吸会导致舌面变干, 某些患者最近有镶牙的行为会使舌变留有齿痕。

⑤ 体位: 患者要面对观察者, 尽量取坐位或仰卧位。

⑥ 伸舌的方法: 患者摆好体位后, 嘱托患者放松自然地伸出舌头, 此时患者的舌头应该充分暴露在观察者面前, 舌面展平、舌体放松、舌尖向下。伸舌

期间,应避免患者用力伸舌以及长时间暴露舌头。

⑦观察顺序:舌象应该观察 2 遍,前后对照观察得出患者舌象的数据。患者伸出舌头后,应先观察舌尖,再观察舌中、舌的两侧、舌根部,最后观察整体的舌形、舌苔,整个过程要迅速而专注。

⑧观察的方法:固定由我院脾胃病科 1 名主治医师及研究生负责对入组的患者舌象进行观察,观察后分别记录舌象的数据,若舌象的数据相同,则登记此名患者的舌相,若舌象的数据不相同,则需要再次观察患者的舌象,复议后记录数据。

1.3 统计学处理

利用 SPSS 13.0 软件进行数据分析。利用 Excel 表建立数据库,录入研究内容,若患者某项数据缺失,在进行相关统计时剔除该病例。将所得资料按字符型变量形式输入 SPSS 统计软件进行统计分析,作交叉列表,进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本资料比较

轻度肠上皮化生有 54 例,占 50.47%;中度肠上皮化生有 35 例,占 32.71%;重度肠上皮化生有 18 例,占 16.82%。不同的性别分别在轻度肠上皮化生、中度肠上皮化生所占比例最高,轻度肠上皮化生中男 23 例,女 31 例、中度肠上皮化生中男 20 例,女 15 例,但是不同程度的肠上皮化生在不同性别差异无统计学意义($P > 0.05$),结果见表 1。轻度肠上皮化生中吸烟为 16 例,不吸烟为 38 例、中度肠上皮化生中吸烟为 14 例,不吸烟为 21 例,但是不同程度的肠上皮化生与是否吸烟差异无统计学意义($P > 0.05$),结果见表 2。轻度肠上皮化生中饮酒为 15 例,不饮酒为 39 例;中度肠上皮化生中饮酒为 10 例,不饮酒为 25 例,但是不同程度的肠上皮化生与是否饮酒差异无统计学意义($P > 0.05$),结果见表 3。

表 1 肠上皮化生程度与性别相关性 例(%)

肠上皮化生程度	男性	女性	合计
轻度	23(21.50)	31(28.97)	54(50.47)
中度	20(18.69)	15(14.02)	35(32.71)
重度	11(10.28)	7(6.54)	18(16.82)
合计	54(50.47)	53(49.53)	107(100.00)

表 2 肠上皮化生程度与吸烟相关性 例(%)

肠上皮化生程度	吸烟	不吸烟	合计
轻度	16(14.95)	38(35.52)	54(50.47)
中度	14(13.09)	21(19.62)	35(32.71)
重度	6(5.61)	12(11.21)	18(16.82)
合计	36(33.65)	71(66.35)	107(100.00)

表 3 肠上皮化生程度与饮酒相关性 例(%)

肠上皮化生程度	饮酒	不饮酒	合计
轻度	15(13.02)	39(26.45)	54(50.47)
中度	10(9.34)	25(23.37)	35(32.71)
重度	7(6.54)	11(10.28)	18(16.82)
合计	32(29.90)	75(70.10)	107(100.00)

2.2 舌象特征分析

107 例患者舌苔舌形分布不均衡,其中薄白苔有 9 例、占 8.41%,薄黄苔有 8 例、占 7.48%,白腻苔有 32 例、占 29.91%,黄腻苔有 55 例、占 51.40%,少苔有 3 例、占 2.80%。在黄腻苔的患者中轻度肠上皮化生有 23 例、中度肠上皮化生有 21 例、重度肠上皮化生有 11 例,在白腻苔的患者中轻度肠上皮化生有 17 例、中度肠上皮化生有 9 例、肠上皮化生有 6 例。薄苔主要常见于轻度肠上皮化生,腻苔主要存在于中重度肠上皮化生,而且随着肠上皮化生程度的加重,腻苔所占的比例逐渐增大,各组之间差异存在明显($P < 0.05$),结果见表 4。

表 4 肠上皮化生程度与舌苔相关性

例(%)

舌苔	轻度肠上皮化生	中度肠上皮化生	重度肠上皮化生	合计
薄白苔	9(8.41)	0(0.0)	0(0.0)	9(8.41)
薄黄苔	3(2.80)	5(4.68)	0(0.0)	8(7.48)
白腻苔	17(15.89)	9(8.41)	6(5.61)	32(29.91)
黄腻苔	23(21.50)	21(19.62)	11(10.28)	55(51.40)
少苔	2(1.87)	0(0.0)	1(0.93)	3(2.80)
合计	54	35	18	107

在 107 例肠上皮化生的患者中在舌形中胖大舌有 24 例、占 22.43%,胖大伴齿痕舌有 59 例、占 55.14%,瘦舌有 11 例、占 10.28%,裂纹舌有 7 例、占 6.54%,正常舌有 6 例、占 5.61%。轻度固肠上皮化生患者胖大伴齿痕舌有 26 例,占所有轻度患者的 48.15%;中度固肠上皮化生患者胖大伴齿痕舌

有 20 例,占所有中度患者的 57.14%;重度固肠上皮化生患者胖大伴齿痕舌有 13 例,占所有重度患者的 72.22%。随着肠上皮化生程度的加重,胖大伴齿痕舌与裂纹舌比例逐渐增大,各组之间分布差异存在明显($P<0.05$)。结果见表 5。

表 5 肠上皮化生程度与舌形相关性

例(%)

舌形	轻度肠上皮化生	中度肠上皮化生	重度肠上皮化生	合计
胖大舌	18(16.82)	6(5.61)	0(0.0)	24(22.43)
胖大伴齿痕舌	26(24.30)	20(18.69)	13(12.15)	59(55.14)
瘦舌	4(3.74)	4(3.74)	3(2.80)	11(10.28)
裂纹舌	2(1.87)	3(2.80)	2(1.87)	7(6.54)
正常舌	4(3.74)	2(1.87)	0(0.0)	6(5.61)
合计	54	35	18	107

3 讨论

CAG 的发生是在多种因素长期刺激下慢性改变的过程,被认为是从慢性胃炎到胃癌的多步骤发病机制过程的重要过程,通常在发生此阶段以及进展成胃癌的过程中受很多因素协同影响,比如幽门螺旋杆菌、遗传、吸烟、饮酒、饮食偏嗜等。程时磊等^[6]用 Meta 分析追溯了中国 4 大数据库上近 20 年来发表的有关影响胃癌发生率的相关文献,结果显示:吸烟、饮酒、饮食不规律、饮食速度、饮食偏嗜如生冷辛辣油腻、家族史、疾病史都影响胃癌的发生率。但吸烟、饮酒对 CAG 发病影响尚无定论。同时由于吸烟、饮酒会对舌苔产生一定影响^[7],本研究首先分析了吸烟、饮酒对在肠化型 CAG 不同病变分级中分布,显示吸烟、饮酒与否在肠化型 CAG 病理分级分布无差异,排除其可能对舌象的影响。舌诊是诊疗脾胃疾病的重要的指标。舌位于口腔,连接食管、胃,与五脏六腑都有联系。舌中部主脾和胃、舌尖部主心和小肠、舌的中部与舌尖之间主肺和大肠、舌根部主肾和膀胱、舌两边主肝和胆。苔为胃中生气所化,舌苔的有无可以放映胃气的多少。脾胃还通过经络与舌相联系,如足太阴脾经连于舌本、散舌下。

脾胃虚弱是 CAG 起病及长期不愈的重要病机。本研究显示舌苔舌形在不同程度肠上皮化生中有明显的差异性。薄苔、胖大舌主要常见于轻度肠上皮化生,而且随着肠上皮化生程度的加重,胖大伴齿痕舌、裂纹舌所占的比例逐渐增大。胖大伴齿痕舌、胖大舌均为脾虚之舌象,研究提示脾胃虚弱是导致 CAG 发生的病因,也可以是 CAG 长期不愈的结

果。无论是先天脾胃虚弱导致脾胃易受邪气侵袭,还是后天饮食、情志失调伤及脾胃,都会导致本病的发生。脾与胃同居于中焦,脾胃升清降浊相辅相成,共同促进饮食的消化吸收和精微转输,共同促进五脏气机的调顺。脾为阴土,主化生、贮藏精气,脾气多因饮食不节、起居不时等内因所耗伤,多表现为正虚证。脾气虚时,脾主运化功能失调。脾失运化谷食则饮食减少,气血生化不足,则易受邪侵袭,造成脾胃进一步损害,导致 CAG 病情加重。程鹏等^[8]研究 CAG 胃黏膜病理与中医证型之间的相关性,结果显示脾虚气滞型、脾胃虚寒型在 CAG 患者最多见,脾胃虚寒型 CAG 患者的重度肠上皮化生发生率较高,从而得出 CAG 患者以虚证及虚实夹杂证居多,故本虚标实是本病的基本病机。曹志军等^[9]研究发现脾胃虚弱在 CAG 患者最常见,而且在不同病理改变中分布有明显差异性。本试验结果提示 CAG 患者的胖大、齿痕、裂纹舌形与肠上皮化生严重程度增加有明显相关性,验证了脾虚与 CAG 患者病情有一定的相关。

湿邪阻滞与 CAG 病情加重有一定相关性。黄腻苔、白腻苔均为湿停体内之舌象,脾虚失于运化水液则津液生成、转输不利,形成水湿痰饮等病理产物,湿邪是 CAG 的主要致病因素。施家强^[10]研究显示痰、湿、热与 Hp 感染、CAG 密切相关,与 CAG 胃黏膜慢性炎性反应、活动性以及固有腺体减少程度密切相关,是胃黏膜病理改变重要的因素。刘越洋等^[11]研究发现 CAG 伴肠上皮化生分析中,轻度肠化生患者的舌象多为舌淡红有齿痕或胖嫩,胖嫩舌、齿痕舌均为脾虚之征,轻度肠化中腻苔所占比值

较高,体现湿毒内蕴是胃癌前病变的启动因素。本研究结果显示薄苔主要常见于轻度肠上皮化生,腻苔主要存在于中重度肠上皮化生,提示气虚与湿邪阻滞与 CAG 病情加重有一定相关性。

气以通为顺,疾病初期若饮食积滞或肝郁不舒等则可导致脏腑经络气机的阻滞,中焦气机阻滞则诱使本病的发生;疾病迁延不愈则耗伤脾气,脾气虚运化水液无力则水湿不化酿成湿气;湿郁日久,又可化热,热灼津液则可凝练成痰,津液亏耗过多,津液不足。本研究结果显示,随着肠上皮化生程度的加重,胖大舌、裂纹舌、腻苔所占的比例逐渐增大,可见舌象的分布特点符合本病的病机演变规律,舌诊可提示 CAG 病情变化趋势,对 CAG 患者病情的发展具有指导作用。中医药治疗 CAG 有着自身独特优势,具体体现在个体化治疗、具有针对病理改变的特效中药、整体调理、毒副作用小可长期治疗等方面^[12]。本研究利用中医特色舌诊与西医病理客观诊断相结合,使中医的望、闻、问、切得以延伸,提高 CAG 中医临证特点的认识,为中医辨证提供有力的客观化证据,有助于指导患者制定个性化的诊治与病情监测策略。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2012 年,上海). 中华消化杂志 2013,33(1):5-16.
- [2] Pimentel-Nunes P, Libanio D, Marcos-Pinto R, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach(MAPS II):European Society of Gastrointestinal Endoscopy(ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group(EHMSG), European Society of Pathology(ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva(SPED) guideline update 2019[J]. Endoscopy, 2019, 51(4):365-388.
- [3] Dixon M F, Genta R M, Yardley J H, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994[J]. Am J Surg Pathol, 1996, 20(10):1161-1181.
- [4] 中华医学会病理分会消化病理学组筹备组. 慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识[J]. 中华病理学杂志, 2017, 46(5):289-293.
- [5] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:42-47.
- [6] 程时磊, 张发斌, 李斌. 中国人群胃癌发病影响因素 meta 分析[J]. 中国公共卫生, 2017, 33(12):1775-1780.
- [7] 张伯礼, 张丽蓉, 阮士怡, 等. 吸烟、饮酒、刮舌影响舌象的调查分析[J]. 天津中医, 1993(3):46-48.
- [8] 程鹏, 查安生. 慢性萎缩性胃炎胃黏膜病理与中医证型之间的相关性研究[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(15):52-52.
- [9] 曹志军, 左明焕. 慢性萎缩性胃炎中医证型分布和胃镜改变以及病理改变的关联性[J]. 世界中医药, 2018, 13(8):2040-2043.
- [10] 施家强. Hp 感染的慢性萎缩性胃炎中医证素与胃黏膜病理改变的相关性研究[D]. 福建中医药大学, 2018.
- [11] 刘越洋, 黄雅慧, 王俊, 等. 慢性萎缩性胃炎癌前病变与中医舌象的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(5):351-354.
- [12] 魏玮, 杨洋. 慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J]. 中医杂志, 2016, 57(1):36-40.
- [13] 姚秋园, 于永铎, 付原琰. 慢传输型便秘与血瘀的实验研究[J]. 吉林中医药, 2017, 37(2):170-173.
- [14] 王亨飞. 苁蓉通便汤治疗阳虚便秘临床观察[J]. 中药临床杂志, 2018, 30(6):1147-1150.
- [15] 孙秀娟. 麻仁软胶囊治疗老年便秘的疗效观察[J]. 中草药, 2018, 49(11):2629-2631.
- [16] 陈莉, 王东强, 李志军, 等. 中西医结合四联疗法治疗麻痹性肠梗阻的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24(1):36-39.