

炎症性肠病患者中医舌象特征分析*

陈立基¹ 马燕颜¹ 黄佩娣¹ 张北平²

[摘要] 目的:探讨炎症性肠病患者中医舌象特征,为中医药治疗炎症性肠病提供参考依据。方法:纳入广州中医药大学第二附属医院 2022 年 3—12 月行结肠镜检查的 27 例炎症性肠病患者(炎症性肠病组)及同期 25 例健康人(正常对照组)为研究对象,采集舌象,并分析其在分布上的差异。结果:炎症性肠病组和正常对照组在舌色及苔色的比较上,差异无统计学意义($P>0.05$)。炎症性肠病组患者正常舌形的占比低于正常对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),齿痕舌、腻苔的占比显著高于正常对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。亚组分析中,溃疡性结肠炎组和克罗恩病组在舌象的比较上,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:炎症性肠病患者的舌象多见齿痕、腻苔,这些特征与脾虚、湿盛有一定的关系。

[关键词] 炎症性肠病;溃疡性结肠炎;克罗恩病;舌象

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.01.10

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A

Exploration of Traditional Chinese Medicine tongue features in patients with inflammatory bowel disease

CHEN Liji¹ MA Yanyan¹ HUANG Peidi¹ ZHANG Beiping²

(¹The Second Clinical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510405, China; ²Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine)

Corresponding author: ZHANG Beiping, E-mail: doctorzbp@163.com

Abstract Objective: To investigate the characteristics of Traditional Chinese Medicine tongue features in patients with inflammatory bowel disease (IBD), and to provide a reference basis for the treatment of IBD by Traditional Chinese Medicine. **Methods:** From March to December 2022, the patients who underwent colonoscopy were recruited from the Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, including 27 IBD patients (the IBD group) and 25 healthy individuals (the normal control group). We collected their tongue features and analyzed the differences in their distribution. **Results:** There was no statistically significant difference between the inflammatory bowel disease group and the normal control group in the comparison of tongue color and coating color ($P>0.05$). Compared with the normal control group, the IBD group had a lower percentage of normal tongue shape ($P<0.05$) and a higher percentage of toothed tongue and greasy coating ($P<0.05$). In the subgroup analysis, there was no statistically significant difference between the ulcerative colitis group and the Crohn's disease group in the comparison of tongue features ($P>0.05$). **Conclusion:** Compared with the normal control group, the tongue of IBD patients tends to show toothed tongue and greasy moss, features that are related to spleen deficiency and dampness.

Key words inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; Crohn's disease; tongue features

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是一种病因未明的慢性非特异性肠道炎症性疾病,包括溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)和克罗恩病(Crohn's disease, CD),近年来在我国的发病率呈逐步升高趋势^[1-2]。其症状反复发作,病

程迁延,严重影响患者的生活质量,被称为“绿色癌症”^[3-4]。目前西医尚无治愈手段,常用的药物具有停药后易复发、不良反应多的缺点^[5]。中医药治疗 IBD 具有一定的优势与经验,但是目前中医领域对本病具有多元化的理解,如“虚”、“湿”、“热”、“痰”、“瘀”、“毒”等^[6-10],不利于中医药治疗在临床中的运用与推广。

舌诊是中医的特色诊法之一,《辨舌指南·辨舌总论》有言:“辨舌质,可诀五脏之虚实。视舌苔,可察六淫之浅深。”可见舌象可有效反映人体阴阳虚实、邪正盛衰等情况,正所谓“司外揣内”^[11]。本

*基金项目:省部共建中医湿证国家重点实验室专项(No: SZ2021ZZ2701)-人工智能舌苔图像采集与识别研究(No: B67016)和舌苔微观生物学的研究(No: B67017)

¹广州中医药大学第二临床医学院(广州,510405)

²广州中医药大学第二附属医院脾胃病科

通信作者:张北平, E-mail: doctorzbp@163.com

研究基于舌象分析,探索 IBD 患者的舌象特征规律,以为中医药治疗 IBD 提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究病例来源为 2022 年 3—12 月在广州中医药大学第二附属医院内镜检查中心行结肠镜检查并完成舌象采集的人群。以符合 IBD 诊断的患者为 IBD 组,另选同期健康人群作为正常对照组。

1.2 诊断标准

IBD 组患者符合中国《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年·北京)》^[3]中关于 UC 或 CD 的诊断标准。

1.3 纳入标准

IBD 组:①符合 IBD 的诊断标准;②年龄>18 岁;③在行结肠镜检查前完成中医舌象采集;④自愿参与并签署知情同意书。

正常对照组:①同时期的体检人群,肠镜检查提示未见明显器质性病变者;②年龄>18 岁;③在行结肠镜检查前完成中医舌象采集;④自愿参与并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①有严重的并发症者,如巨结肠、肠麻痹、肠穿孔、肠梗阻者;②合并 P-J 综合征、家族性腺瘤性息肉病者;③合并消化道或其他系统的恶性肿瘤者;④不能除外缺血性结肠炎、放射性结肠炎、肠结核者;⑤合并严重心、肺、肝、肾疾病、未控制的活动性感染、内分泌疾病以及精神病者;⑥妊娠期及哺乳期妇女;⑦舌象图片不清晰者;⑧临床资料不全者;⑨合并高血压、糖尿病、冠心病等内科慢性疾病者;⑩肝肾功能异常、凝血功能障碍者。

1.5 伦理审查

本研究获得广州中医药大学第二附属医院伦理委员会审核批准(No:BF2021-181-01)。

1.6 研究方法

1.6.1 舌象采集方法 受试者在舌象采集前 1~2 d 内不服用或者摄入染苔的食物、药物或者饮料,采集舌象前 2 h 禁食、禁饮。采集时,在自然充足光源下,患者采取坐位,头略上抬,尽量张口,自然将舌伸出,暴露舌体舌根,拍摄舌苔正面。

1.6.2 舌象判读方法 由两名临床经验丰富的副高级别中医师进行判读,判读前医师均不了解患者病史、既往诊断结果及病理结果;若两者舌诊结果不一致,则由另外一名主任级别中医师进行判别。相关舌象判定标准参照《中医诊断学》《中医临床诊疗术语》中的舌象内容,主要记录 4 个维度:舌色、舌形、苔色、苔质。

1.6.3 临床信息采集方法 每例受试者在接受中医舌象采集及结肠镜检查前,完成一般信息的采

集,内容包括姓名、性别、年龄、身高、体重等。每例受试者均完成结肠镜检查,清洁度符合波士顿肠道准备评分量表(Boston bowel preparation scale, BBPS)≥9 分。结肠镜检查由 3 年以上操作经验的主治医师或副主任医师完成,退镜时间≥7 min。完成检查后,研究者通过院内系统采集内镜及病理报告。

1.7 统计学方法

受试者信息录入至 Excel 软件储存,舌象部分按“有、无”分别赋值为“1、0”。使用 SPSS 25.0 软件对数据进行统计学分析。进行组间比较时,若定量资料符合正态分布及方差齐性,采用 t 检验,否则采用秩和检验。定性资料采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法。所有检验为双侧,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组受试者的一般资料比较

本研究共纳入 52 例受试者,其中 IBD 组 27 例,男 21 例(77.8%),女 6 例(22.2%);平均年龄(44.91±18.08)岁。正常对照组 25 例,男 16 例(64.0%),女 9 例(36.0%);平均年龄(40.68±11.79)岁。两组受试者的性别、年龄比较均差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 两组受试者的舌色、苔色比较

两组受试者在舌色及苔色分布上,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组受试者的舌色、苔色分布比较

	例(%)		
舌色及苔色	IBD 组 (n=27)	正常对照组 (n=25)	P
舌色			
淡白色	2(7.4)	2(8.0)	1.000
淡红色	15(55.6)	16(64.0)	0.535
红色	5(18.5)	6(24.0)	0.629
绛色	3(11.1)	0	0.262
青紫色	2(7.4)	1(4.0)	1.000
苔色			
白苔	17(63.0)	21(84.0)	0.087
黄苔	10(37.0)	4(16.0)	0.149

2.3 两组受试者的舌形比较

IBD 组正常舌形的占比低于正常对照组($P<0.05$),而齿痕舌的占比显著高于正常对照组($P<0.01$),两组差异有统计学意义。见表 2。

2.4 两组受试者的苔质比较

IBD 组腻苔的占比高于正常对照组,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.5 UC 组与 CD 组的舌象比较

为进一步探讨在 IBD 中 UC 患者和 CD 患者

在舌象上是否存在差异,我们对 IBD 患者进行了亚组分析,UC 组和 CD 组患者的舌象分布比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 2 两组受试者的舌形分布比较 例(%)

舌形	IBD 组 ($n=27$)	正常对照组 ($n=25$)	P
正常	9(33.3)	16(64.0)	<0.05
齿痕	11(40.7)	2(8.0)	<0.01
点刺	1(3.7)	1(4.0)	>0.05
裂纹	2(7.4)	1(4.0)	>0.05
胖	3(11.1)	4(16.0)	>0.05
瘦	1(3.7)	1(4.0)	>0.05

表 3 两组受试者的苔质分布比较 例(%)

苔质	IBD 组 ($n=27$)	正常对照组 ($n=25$)	P
正常	9(33.3)	14(56.0)	>0.05
腻苔	15(55.6)	7(28.0)	<0.05
润苔	1(3.7)	3(12.0)	>0.05
燥苔	1(3.7)	1(4.0)	>0.05
无苔	1(3.7)	0	>0.05

表 4 UC 组和 CD 组患者的舌象分布比较

舌象	UC 组($n=16$)	CD 组($n=11$)	例(%) P
舌色			
淡白色	0	2(18.2)	0.305
淡红色	10(62.5)	5(45.5)	0.630
红色	4(25.0)	1(9.1)	0.588
绛色	1(6.3)	2(18.2)	0.729
青紫色	1(6.3)	1(9.1)	1.000
舌形			
正常	6(37.5)	3(27.3)	0.890
齿痕	5(31.3)	6(54.5)	0.417
点刺	1(6.3)	0	1.000
裂纹	2(12.5)	0	0.638
胖	2(12.5)	1(9.1)	1.000
瘦	0	1(9.1)	0.848
苔色			
白苔	10(62.5)	7(63.6)	1.000
黄苔	6(37.5)	4(36.4)	0.890
苔质			
正常	6(37.5)	3(27.3)	0.890
腻苔	9(56.3)	6(54.5)	1.000
润苔	1(6.3)	0	1.000
燥苔	0	1(9.1)	0.848
无苔	0	1(9.1)	0.848

3 讨论

IBD 是消化系统难治性疾病,由于其病程长、临床表现复杂多样,从古至今关于其病机的讨论从未停止^[12]。众医家各抒己见,众说纷纭,从多种角度解读 IBD 的中医病机,其中以“虚”、“湿”、“热”、“痰”、“瘀”、“毒”多见^[6-10]。近年来更是涌现了“阴火”、“脂膜-血络”、“肺肠同病”、“络病理论”等学术理论^[13-17]。然而,多元化的理解不利于医者从整体上把握 IBD 的病机,不利于中医药治疗在 IBD 领域的应用与推广。舌诊作为中医的特色诊法,可了解患者机体阴阳、寒热、虚实的盛衰,及痰湿、瘀血等病理产物的有无,正如《医门棒喝》所言:“观舌质,可验其证之阴阳虚实;审苔垢,即知邪之寒热浅深。”本研究基于 IBD 患者的舌象资料,从宏观角度分析 IBD 患者的舌象特征,以期对中医药治疗 IBD 提供参考依据。

本研究对受试者舌象资料的分析主要围绕舌色、苔色、舌形、苔质 4 个维度。在 IBD 组患者中,“淡红舌、白苔、齿痕、腻苔”分别在上述 4 个维度中占比最高,分别为 55.6%、63.0%、40.7%、55.6%。由此观之,IBD 组患者的舌象多表现为“淡红舌、白苔、齿痕、腻苔”。无独有偶,陈剑明等^[18]通过全国多中心、大样本临床调查同样发现,UC 患者的舌象以胖大舌、齿痕舌、腻苔为主。考虑到中医讲究“三因制宜”,时间、地理、年龄、性别等因素均对于体质有一定的影响^[19-20],单纯以 IBD 患者为研究对象恐怕难以准确剖析 IBD 患者的中医舌象特征。为尽可能排除上述因素的干扰,本研究严格纳入同期、同中心的健康人群作为正常对照组。在本研究中,正常对照组的淡红舌、白苔、齿痕、腻苔分别占比 64.0%、84.0%、8.0%、28.0%,均在各自维度中占有较高比重,提示“淡红舌、白苔、齿痕、腻苔”亦有可能为岭南地区健康人群的普遍舌象特征。

进一步比较发现,相比于正常对照组,IBD 组患者齿痕舌、腻苔的占比均更高,差异有统计学意义($P<0.05$),而在其他观察项目上,差异无统计学意义($P>0.05$)。“淡红舌、白苔”在 IBD 组患者与正常对照组中出现的频率相仿,这说明“淡红舌、白苔”并非 IBD 患者的特征性舌象。相反,IBD 组患者出现“齿痕舌、腻苔”的频率显著高于正常对照组,因此,本研究认为 IBD 患者的舌象特征可归纳为“齿痕舌、腻苔”。本研究结果与既往相关研究结果比较,具有一致性。方晨晔等^[21]将 226 例 UC 患者与 45 例健康人对比,亦发现 UC 组较正常对照组舌苔更厚腻。

由于目前尚无关于 CD 患者舌象特征的研究,为探索 CD 患者的舌象特征,我们对 IBD 组的受试者进行了亚组分析,通过比较发现,CD 组患者与

UC 组患者在舌色、舌形、苔色、苔质 4 个维度上比较均差异无统计学意义($P>0.05$)。因此,本研究表明 CD 患者与 UC 患者的舌象特征具有一致性,均以“齿痕舌、腻苔”为主要特征。

中医学认为,齿痕舌主脾虚、湿盛证,多由于脾虚不能运化水湿,导致舌体胖大水肿受压所致^[22]。腻苔主湿浊、痰饮、食积证,多由脾胃虚弱运化失司,湿浊内停,湿浊痰饮上熏舌面而致^[23]。两者结合,提示 IBD 的病机与脾虚、湿盛有一定关系,同时一定程度上验证了 UC 中医诊疗专家共识意见中的观点:UC 缓解期多属虚实夹杂,主要病机为脾虚湿恋,运化失健^[24]。由于 UC 与 CD 在临床表现上存在差异,尽管两者同属 IBD,既往对 IBD 病机的讨论也往往以 UC 或 CD 单病分析为主,鲜少将两者结合而谈论。本研究基于舌象分析的结果,认为两病的病机存在一定的共通之处。在临床处方用药时,宜以健脾祛湿法为常法,郭淳^[25]基于临床病例回顾的 UC 中医治法规律研究结果与该病机相符,同样,基于数据挖掘对 CD 的用药规律分析显示,补虚药、清热药、利水渗湿药的使用频次最高^[26-27]。

本研究尚有不足,因受限于样本量,无法对 IBD 组进行更深入的亚组分析以探索本病在不同缓急程度、严重程度及分型下的舌象特征。后续我们将进一步扩大样本研究,以期对中医药治疗 IBD 的理论研究及临床实践提供更多的参考依据。

4 结论

综上所述,本研究通过比较 IBD 患者与正常对照组的舌象资料,发现 IBD 患者的舌象多见齿痕舌、腻苔,这些舌象特征与脾虚、湿盛有一定关系,可为中医药治疗 IBD 提供参考依据。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 沈洪,张露,朱磊.经方治疗溃疡性结肠炎的临证思路与经验[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(4):250-254.
- [2] 吴开春,阴玥,万健,等.溃疡性结肠炎认识新视角[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(3):163-167,172.
- [3] 吴开春,梁洁,冉志华,等.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中国实用内科杂志,2018,38(9):796-813.
- [4] Burisch J, Munkholm P. Inflammatory bowel disease epidemiology[J]. Curr Opin Gastroenterol, 2013, 29(4):357-362.
- [5] Seyedian SS, Nokhostin F, Malamid MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease[J]. J Med Life, 2019, 12(2):113-122.
- [6] 栗梦晓,赵文霞.克罗恩病病因病机探析[J].山东中医药大学学报,2020,44(4):396-399.
- [7] 贺程程,郑奕枫,陈秋三,等.炎症性肠病相关噬血细胞综合征的研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(3):183-187.
- [8] 谭毅,蔡海荣,赵帅,等.基于虚、毒、浊、瘀论治克罗恩病理论探[J].新中医,2022,54(14):189-192.
- [9] 杨鑫,鱼涛.克罗恩病的中医研究进展[J].中医药学报,2023,51(5):88-93.
- [10] 张帅,刘英媛.中医治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J].中国实用乡村医生杂志,2022,29(5):29-32.
- [11] 赖敏,贾春华.明清及以前舌诊理论中的颜色隐喻分析[J].北京中医药大学学报,2023,46(7):960-964.
- [12] 罗林山,王旭.王旭教授治疗炎症性肠病的经验总结[J].中国肛肠病杂志,2019,39(9):67-68.
- [13] 何文姬,王睿清,卞慧,等.从“阴火”论治肠澼下利刍议[J].中医文献杂志,2022,40(4):51-55.
- [14] 刘镇亚,王晓鸽,姚翠翠,等.基于中医“脂膜-血络”理论的炎症性肠病防治策略探究[J].时珍国医国药,2023,34(2):403-406.
- [15] 周文华,张怡,程敬,等.从肺肠同病论治溃疡性结肠炎研究进展[J].四川中医,2022,40(4):217-220.
- [16] 罗瑞娟,柳越冬,陶弘武,等.柳越冬“肺肠合治”论治溃疡性结肠炎[J].辽宁中医杂志,2022,49(6):64-67.
- [17] 季芳,高文艳,鞠宝兆.基于“络病”理论谈溃疡性结肠炎的病机特征及意义[J].辽宁中医杂志,2019,46(7):1406-1410.
- [18] 陈剑明,王天芳,吴秀艳,等.溃疡性结肠炎活动期和缓解期中医症状分布特点的临床调查[J].中华中医药学刊,2012,30(3):497-500.
- [19] 白明华,王济,郑燕飞,等.基于 108015 例样本数据的中国人群中医体质类型分布特征分析[J].北京中医药大学学报,2020,43(6):498-507.
- [20] 毕颖斐,王贤良,苏立硕,等.基于文献的新型冠状病毒肺炎中医证候地域性特征分析[J].天津中医药,2020,37(6):623-626.
- [21] 方晨晔,戴彦成,张亚利,等.基于图像数据化的不同证型溃疡性结肠炎患者的舌象研究[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(6):406-410.
- [22] 潘赐明,朱培超,Sharma S,等.齿痕舌源流考及临床意义探讨[J].陕西中医,2021,42(9):1267-1269.
- [23] 徐艺峰,王忆勤,郝一鸣.腻苔古今研究评述[J].中华中医药杂志,2021,36(12):6993-6996.
- [24] 张声生,沈洪,郑凯,等.溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.
- [25] 郭淳.基于文献及病例回顾的溃疡性结肠炎中医治法规律研究[D].广州:广州中医药大学,2021.
- [26] 黄智斌,老膺荣,魏裕涛,等.于数据挖掘中医治疗克罗恩病的用药规律分析[J].中国医药科学,2022,12(1):67-71.
- [27] 林志宾,郑明岚.基于数据挖掘中药治疗克罗恩病的用药规律分析[J].中医临床研究,2022,14(21):7-11.

(收稿日期:2023-06-19)