

消化性溃疡活动期中医辨证分型与舌象、胃镜像的关系研究^①

黄娜¹, 刘燕平¹, 徐哲锋², 马艳君¹, 蓝娇娜³

(1. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001;

2. 广西中医药大学附属瑞康医院, 广西 南宁 530001;

3. 右江民族医学院附属医院, 广西 百色 533000)

摘要:目的 探究消化性溃疡活动期中医证型与舌象、胃镜像表现及Hp感染的关系。方法 收集160例消化性溃疡活动期患者的舌象、胃镜像、Hp感染资料,运用 χ^2 检验对数据进行统计学分析。结果 脾胃湿热型占46.25%(74/160),脾胃虚弱型占36.25%(58/160),胃络瘀阻型占17.50%(28/160);各舌色、舌苔,胃镜像和Hp阳性率在不同消化性溃疡中医证型之间的差异均具有统计学意义($P < 0.01$);红、淡白、绛紫分别为脾胃湿热证、脾胃虚弱证、胃络瘀阻证的主要舌色,黄腻为脾胃湿热证和胃络瘀阻证的主要舌苔,薄白为脾胃虚弱证的主要舌苔;脾胃湿热证患者胃镜像显示黏膜以糜烂为主,其次为充血,脾胃虚弱证和胃络瘀阻证的患者分别以苍白和充血所占比重最高;消化性溃疡活动期各中医证型的Hp感染率从高到低为脾胃湿热证>脾胃虚弱证>胃络瘀阻证。结论 消化性溃疡活动期中医证型与舌色、舌苔、胃镜像、Hp感染有一定的关系。

关键词: 消化性溃疡; 中医辨证分型; 舌象; 胃镜像

中图分类号: R573.1 文献标识码: A 文章编号: 1001-5817(2018)05-0466-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2018.05.018

The correlation among traditional Chinese medicine syndrome type and tongue images and gastroscopie images

Huang Na¹, Liu Yanping¹, Xu Zhefeng², Ma Yanjun¹, Lan Jiaona³

(1. Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530001, Guangxi, China;

2. Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine,

Nanning 530001, Guangxi, China; 3. The Affiliated Hospital of Youjiang

Medical University for Nationalities, Baise 533000, Guangxi, China)

Abstract: **Objective** To explore the correlation among traditional Chinese medicine (TCM) syndrome type and TCM tongue images and gastroscopie images and Helicobacter pylori (Hp) infection in active peptic ulcer. **Methods** Tongue images, gastroscopie images and Hp infection data of 160 patients with active peptic ulcer were collected and statistically analyzed by chi-square test. **Results** The spleen-stomach damp-heat type accounted for 46.25% (74/160) and the spleen-stomach weakness type accounted for 36.25% (58/160), and gastro-collateral stasis type accounted for 17.50% (28/160). Comparison of tongue color images, tongue coating images, gastroscopie images and Hp-positive rate among different TCM syndrome types of active peptic ulcer showed statistically significant differences ($P < 0.01$). Red, light white, and dark reddish purple were the main tongue colors of patients with spleen-stomach damp-heat syndrome, spleen-stomach weakness syndrome and gastro-collateral stasis, respectively. The yellowish greasy tongue was the main tongue coating of patients with spleen-stomach damp-heat syndrome and gastric collaterals stasis syndrome. The thin white was the main tongue coating of patients with spleen-stomach weakness syndrome. The mucous membranes of patients with

^① 基金项目:2015年度广西高校科学技术研究项目(KY2015YB512);2014年度广西高校科学技术研究项目(LX2014670)

第一作者简介:黄娜(1983-),女,讲师,研究方向:中医四诊的客观化与规范化研究,E-mail:119722038@qq.com

通信作者简介:刘燕平(1956-),女,教授,研究方向:中医诊法的客观化与规范化研究,E-mail:ypliu136@sina.com

spleen-stomach damp-heat syndrome mainly presented with erosion under the gastroscope, followed by hyperemia; the patients with spleen-stomach weakness syndrome and gastric collaterals stasis syndrome had the highest proportions of paleness and congestion. The Hp infection rate of all TCM syndromes ranged from high to low as the following: spleen-stomach damp-heat syndrome > spleen-stomach weakness syndrome > gastric collaterals stasis. **Conclusion** There is a certain correlation between the TCM syndrome of active peptic ulcer and tongue color, tongue coating, gastroscope images and Hp infection.

Key words: peptic ulcer; TCM syndrome; tongue images; gastroscope images

消化性溃疡(Peptic ulcer, PU)是指多种因素引起的胃、十二指肠溃疡,包括胃溃疡(Gastric ulcer, GU)和十二指肠溃疡(Duodenal ulcer, DU),是一种全球性常见病。通过胃镜可对其进行确诊并进行镜下分期,即分为活动期、愈合期、瘢痕期^[1]。祖国医学将消化性溃疡归为“胃脘痛”范畴,通过“四诊”进行辨证论治,其中“舌诊”是很重要的一个环节。舌与脏腑经络有着密切的联系,中医理论而言,足太阴脾经连舌本,散舌下,舌为脾之外候,舌苔乃胃气之所熏蒸,因此,脾胃病和舌象的关系尤为密切。有研究表明^[2],80%以上的消化性溃疡由幽门螺旋杆菌感染(Hp)引起,其主要致病机制与胃酸、免疫损伤对胃和十二指肠黏膜自身消化作用有关。近年来,中医药治疗消化性溃疡已取得显著进展,中药在治疗 Hp 相关性消化性溃疡时不仅能够改善症状,且不良反应和耐药现象较少,复发率低^[3]。笔者拟对 160 例活动期消化性溃疡患者进行辨证分型并结合舌象、胃镜观察研究,现将结果报道如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取广西中医药大学附属瑞康医院 2015 年 6 月—2017 年 12 月收治的 160 名消化性溃疡活动期患者。纳入标准:均经过胃镜等相关检查符合诊断标准,并排除其他系统性疾病;神志清楚,无严重视觉不良、听力障碍,认知理解功能正常;无其他严重疾病处于急性期者。排除标准:胃镜检查不符合溃疡病的胃镜表现;合并有心血管、呼吸、内分泌、泌尿、血液等其他系统严重原发病的患者;有其他并发症如穿孔、幽门梗阻或胃癌者。

1.2 研究方法

1.2.1 消化性溃疡活动期诊断标准 参照中华消化

杂志编委会于 2008 年拟定的我国《消化性溃疡病诊断与治疗规范建议》^[4],所有患者均经过胃镜检查确诊为消化性溃疡活动期,包括十二指肠溃疡或(和)胃溃疡。

1.2.2 中医辨证分型与舌象中医辨证分型 参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》^[5]中的有关内容,选择其中的脾胃湿热证、脾胃虚弱证、胃络瘀阻证 3 个证型研究。舌象方面则参照 2002 年朱文峰主编出版的《中医诊断学》^[6],主要观察患者的舌色与舌苔,其中舌色分为:淡白、淡红、红、绛紫,舌苔分为薄白、黄腻、白腻。

1.3 统计学方法 数据录入使用 Excel 表格,采用 SPSS 17.0 软件对数据进行统计学分析,数据的描述采用构成比,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 共收集 160 例消化性溃疡活动期患者,其中,男性 84 例,女性 76 例,男女之比为 1.11 : 1。中医辨证各分型例数及所占比例,见表 1。

表 1 消化性溃疡中医证型的性别分布 (n, %)

中医证型	男	女	合计
脾胃湿热证	48(64.86)	26(35.14)	74(46.25)
脾胃虚弱证	26(44.83)	32(55.17)	58(36.25)
胃络瘀阻证	10(35.71)	18(64.29)	28(17.50)
合计	84(52.50)	76(47.50)	160

2.2 消化性溃疡中医证型与舌色和舌苔的关系 各舌色、各舌苔在不同消化性溃疡中医证型之间的差异具有统计学意义(χ^2 分别为 89.168, 39.970, P 均 < 0.001),见表 2。

表 2 消化性溃疡中医证型与舌色和舌苔的关系 (n, %)

中医证型	n	舌色				舌苔		
		淡白	淡红	红	绛紫	薄白	白腻	黄腻
脾胃湿热证	74	10(13.51)	22(29.73)	39(52.70)	3(4.05)	15(20.27)	12(16.21)	47(63.51)
脾胃虚弱证	58	31(53.45)	15(25.86)	6(10.34)	6(10.34)	32(55.17)	20(34.48)	6(10.34)
胃络瘀阻证	28	2(7.14)	2(7.14)	7(25.00)	17(60.71)	7(25.00)	9(32.14)	12(42.86)

2.3 消化性溃疡中医证型与胃镜像的关系 各胃镜像表现在不同消化性溃疡中医证型之间的差异具有统计学意义($\chi^2=24.140, P<0.001$),见表3。

表3 消化性溃疡中医分型与胃镜征象的关系 (n,%)

中医证型	n	充血	糜烂	苍白	出血
脾胃湿热证	74	22(29.73)	38(51.35)	5(6.76)	9(12.16)
脾胃虚弱证	58	9(15.52)	19(32.76)	22(37.93)	8(13.79)
胃络瘀阻证	28	11(39.29)	9(32.14)	5(17.86)	3(10.71)

2.4 消化性溃疡中医证型与Hp感染之间的关系 不同消化性溃疡中医证型之间的Hp阳性率差异具有统计学意义($\chi^2=12.264, P=0.002$),见表4。

表4 消化性溃疡中医证型与Hp感染之间的关系 (n,%)

中医证型	n	阳性	阴性
脾胃湿热证	74	52(70.27)	22(29.73)
脾胃虚弱证	58	34(58.62)	24(41.38)
胃络瘀阻证	28	9(32.14)	19(67.86)

3 讨论

王洪京等^[7]对263例消化性溃疡临床流行病学调查研究发现:消化性溃疡活动期患者以脾胃湿热证多见。本研究对160例消化性溃疡患者的研究发现,脾胃湿热型占46.25%,脾胃虚弱型占36.25%,胃络瘀阻型占17.50%,与以上研究一致。另有研究认为^[8],溃疡各期与舌象有密切联系。经临床观察^[9],消化性溃疡患者各证型的舌象特征分布较广,多数证型的主要舌象与证型的内在病理本质相吻合。本研究发现,红、淡白、绛紫分别为脾胃湿热证、脾胃虚弱证、胃络瘀阻证的主要舌色,黄腻苔为脾胃湿热证和胃络瘀阻证的主要舌苔,薄白为脾胃虚弱证的主要舌苔。

消化性溃疡胃镜征象与中医各证型之间有密切联系,通过胃镜检查与中医证型相结合,可以为中医辨证分型的客观化提供临床资料,对患者病症治疗具有重要意义^[10]。蒋晓玲的研究发现^[11],消化性溃疡的胃黏膜红白相间,以红为主者脾胃湿热证高于脾胃虚弱证;以白为主的病例及黏膜苍白的病例以脾胃虚寒为显。周俊亮^[12]探讨胃镜征象指出:胃络瘀阻型及胃阴亏虚型黏膜多出现苍白、充血、水肿,但未见出血。消化性溃疡活动期患者体内热盛则灼脉络伤肤,最终导致肉腐而发为溃疡,与中医五色诊的赤色主热证湿盛一致^[13]。脾胃虚弱证同中医五色生病白色主虚证、寒证、失血一致^[14]。本研究中,脾胃湿热证以糜烂为主,其次为充血;脾胃虚弱证和胃络瘀阻证的患者分别以苍白和充血所占比重最高,与以上研究结果类似。

有研究表明,脾胃湿热证比其他证型更易发生Hp

感染,Hp感染的同时反过来促进脾胃湿热证的形成^[15]。韩立民的研究结果得出^[16],肝胃郁热、胃中蕴热型Hp的检出阳性率最高,而胃阴不足、脾胃虚寒证中Hp检出率较低。杨梅芳的研究认为^[17],脾胃湿热型、肝郁气滞型的Hp感染率较高,胃阴亏虚型以及脾胃虚寒型的Hp感染率较低。本研究中,消化性溃疡活动期各中医证型的Hp感染率从高到低为脾胃湿热证>脾胃虚弱证>胃络瘀阻证,这与中医传统“热盛肉腐”和“热盛生虫”的观点相符合,与以上研究结果类似。提示Hp感染与消化性溃疡的中医证型以实证为主,分析原因可能三个方面:其一,本研究所收集的患者长期生活在广西,气候潮湿,容易受到湿邪的侵袭,湿热相兼,壅遏中焦,损伤脾胃;其二,处于活动期的患者在感染Hp后产生内毒素破坏胃黏膜改变胃内环境,引起的黏膜炎症,导致胃内湿热,进而影响全身^[18];其三,从中医角度来看,Hp性质偏于热邪,热能灼伤胃黏膜,同时促进脾胃湿热证的形成,而湿热之邪致病往往缠绵难愈,更为Hp的入侵及定植提供了有利条件^[2]。

综上所述,通过消化性溃疡活动期中医证型与舌色、舌苔、胃镜像以及Hp感染之间的关系,以中医辨证作为研究切入点,将辨证和辨病相结合,在继承传统的基础上加强中医辨证的客观化研究,以期提高中医对消化性溃疡的认识。

参考文献:

- [1] 陈丽娟. 消化性溃疡病人的药学服务[J]. 中国执业药师, 2004(11):21-22.
- [2] 张茜,葛惠男. 中医药治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2017,33(12):147-149.
- [3] 刘鹏,胡阳黔,何旭东,等. 三联疗法联合中药调理治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的疗效评价[J]. 海军医学杂志, 2018,39(2):139-141+14.
- [4] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范建议(2008,黄山)[J]. 中华消化杂志, 2008,28(7):447-450.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:799-831.
- [6] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:230-233.
- [7] 王洪京,黄海量,赵明,等. 消化性溃疡脾胃湿热证临床流行病学调查研究[J]. 山东中医药大学学报, 2010,34(5):417-420.
- [8] 董丽霞,王伟明. 263例慢性胃炎电子胃镜下表现与中医辨证的相关性研究[J]. 中国民族民间医药, 2015(9):128-129.
- [9] 张爱灵. 71例胃、十二指肠溃疡病患者舌象的观察与分析[J]. 山西中医学院学报, 2006,7(2):24.

(下转第471页)

因子,达到循经感传、通导经络和调节微循环的作用,在灸处形成高浓药区,通过热力渗透组织深部,直达病所^[11]。中医经络腧穴理论认为,命门穴是肾阳藏身之处,肾俞穴属足太阳膀胱经经穴,为肾脏精气灌注于背部的要穴,可调补肾气,通利腰背,腰阳关和次髎主治腰骶疼痛,下肢痿痹。灸法刺激上述诸穴,可以益肾壮阳、填精补髓、培元固本,强健腰脊。在本临床护理观察中,对照组给予刮痧中医护理,观察组另加予雷火灸中医护理,结果显示,两组总有效率比较差异无统计学意义,但两组愈显率比较,差异有统计学意义,观察组高于对照组。治疗后两组腰腿疼痛及生活质量评分差异均有统计学意义,观察组改善优于对照组。由此可以认为,雷火灸联合刮痧能进一步提高疗效,明显减轻LDP患者腰腿疼痛症状和提高生活质量,因此值得在临床护理中推广应用。

参考文献:

- [1] 杨少锋,郭彦涛,罗振华,等.长沙市腰椎间盘突出症中医证候研究[J].中医正骨,2016,28(2):33-35.
- [2] 王笛.护理干预改善腰椎间盘突出症保守治疗的疗效及患者生存质量的研究[J].中华现代护理杂志,2015,21(19):2304-2306.
- [3] 曾业龙,陈东,赖美桂,等.体重指数对腰椎牵引治疗腰椎

间盘突出症效果影响[J].右江民族医学院学报,2013,35(1):32-33.

- [4] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第三辑)[M].北京:中国医药科技出版社,1997:145-146.
- [5] 佟世民,谭智怀,冯武,等.祛瘀舒筋汤联合针灸治疗腰椎间盘突出症术后神经根水肿58例[J].右江民族医学院学报,2013,35(4):553-554.
- [6] 张鸿嫣,杜世正,石秦川,等.刮痧对腰背痛干预效果的系统评价[J].时珍国医国药,2015,26(12):3047-3050.
- [7] 岳容兆,杨敏,张鸿嫣,等.基于iTRAQ技术探索刮痧干预腰椎间盘突出症的生物学基础[J].南京中医药大学学报,2018,34(3):307-311.
- [8] 张鸿嫣,杨敏,岳容兆,等.刮痧对腰椎间盘突出症模型大鼠背根神经节炎性细胞因子和血清疼痛物质的影响[J].时珍国医国药,2017,28(2):500-503.
- [9] 倪慧君,程为玉.刮痧疗法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].湖北中医杂志,2016,38(9):44-45.
- [10] 宁余音,李敏智,韦衡秋,等.观察温阳通脉雷火灸对阳虚质胃脘痛失眠患者的影响[J].中医药导报,2016,22(6):98-100.
- [11] 李泰标,谢洪武,吴伟,等.雷火灸配合宣氏压痛点强刺激推拿治疗腰腿痛的疗效[J].中国老年学杂志,2015,35(24):7133-7135.

收稿日期:2018-08-27;修回日期:2018-10-15

(上接第468页)

- [10] 唐玲玲.消化性溃疡胃镜表现与中医证候的相关性研究[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(23):17-18.
- [11] 蒋晓玲.慢性胃炎内镜下胃黏膜表现及病理改变与中医证型的相关性研究[D].成都:成都中医药大学,2015.
- [12] 周俊亮,潘奔前,刘友章,等.消化性溃疡胃镜表现与中医证型的相关性研究[J].现代消化及介入诊疗,2008,13(3):212-214.
- [13] 沈静.消化性溃疡胃镜表现与中医胃脘痛的相关性[J].中国社区医师,2014,30(21):90,92.
- [14] 王海燕.消化性溃疡中医辨证分型与内镜诊断、Hp及ACTH关系初步研究[D].广州:广州中医药大学,

2014.

- [15] 刘夏,苏成程,李桂贤,等.幽门螺杆菌相关性消化性溃疡与中医辨证分型关系探讨[J].山西中医,2009,25(3):44-50.
- [16] 韩立民.胃脘痛中医辨证分型与Hp感染的关系分析[J].中华中医药学刊,2008,26(1):90-91.
- [17] 杨梅芳.消化性溃疡、慢性胃炎幽门螺杆菌感染与中医证型相关性[J].当代医学,2016,22(21):156-157.
- [18] 张旭东.幽门杆菌所致消化性溃疡与中医辨证分型关系探讨[J].内蒙古中医药,2015,34(1):30-31.

收稿日期:2018-08-27;修回日期:2018-09-29