

· 经验交流 ·

舌诊及幽门弯曲菌与胃脘痛发病关系探讨

空军天津医院(天津 300381)

刘圣杰 陈宝清 王云霞 张来青

为了探讨舌象及幽门弯曲菌(*Campylobacter Pyloridis*, 简称CP)与胃脘痛疾病的发病关系, 我科对500例以胃脘痛为主症的患者在详细观察了舌象变化的同时, 通过纤维胃镜进行观察, 采取胃粘膜组织分别做出病理学诊断及CP检查。现将结果报告如下。

资料与方法

一、一般资料：本组500例中，男428例，女72例；年龄12~81岁，平均49.6岁；平均病程3.88年；均符合下列条件：（1）胃镜检查前经肝功能、B型超声波或彩色多普勒等项检查，除外肝、胆、胰等脏器器质性疾病。（2）除外因吸烟、服药所致染苔及刮苔者。（3）诊断均以胃镜典型所见及胃粘膜活检病理报告为依据。

二、方法：本组 500 例于胃镜检查前均由专人在自然光线下详细观察并记录舌象改变，随即用 Olympus GIF-K₂ 型胃镜进行检查，并取胃粘膜组织活检，分别送病理及 CP 检查。

结 果

500例患者舌象及幽门弯曲菌与胃脘痛疾病关系, 见附表。

由附表可见, 本组依次检出慢性浅表胃炎189例,

占37.8%；十二指肠球部溃疡116例，占23.2%；浅表-萎缩性胃炎43例，占8.6%；萎缩性胃炎23例，占4.6%；十二指肠炎24例，占4.8%；胆汁返流性胃炎22例，占4.4%；胃溃疡43例，占8.6%；胃癌15例，占3%；正常者25例占5%。舌象与胃脘痛疾病的相对规律结果，正常人舌质多为淡红，苔薄白(23/25和21/25, $P<0.01$)；慢性浅表胃炎出血糜烂型及胃、十二指肠球部溃疡活动期舌质以红、暗多见，苔白腻或黄腻居多(124/151和136/151, $P<0.01$)；而浅表胃炎单纯型及球部溃疡静止期舌质多淡红，苔薄白(154/197和105/197, $P<0.05$)；浅表-萎缩性胃炎及慢性萎缩性胃炎舌质以淡红或淡为主，苔为薄白或少苔花剥为多(52/66和45/66, $P<0.05$)；胃癌舌质多属暗红，苔白腻或黄腻(15/15和12/15, $P<0.05$)。

讨 论

中医学认为“舌为脾、胃之外候，苔为胃气所蒸化”。辨证认为，属虚寒者多为舌淡、苔白，兼有湿邪困脾者苔白腻；属实热者舌质红，苔白腻或黄腻。此外尚有虚实、寒热夹杂者，此时舌质、舌苔各异。本组病例属虚寒者多见于慢性浅表胃炎单纯型、慢性浅表-萎缩性胃炎或慢性萎缩性胃炎；而浅表胃炎出血糜烂型及胃、十二指肠球部溃疡的活动期多属虚

附表 舌象及CE与胃脘痛疾病关系分析(例)

[illegible]

实、寒热夹杂或伴有血瘀；有癌变者多在此基础上兼有气滞、血瘀。从结果还可看出，舌质淡红、苔薄白者胃镜所见多属正常或病变轻微，CP多阴性；舌质红、暗，苔白腻或黄腻者则病变为重，CP多呈阳性。因此，我们通过舌象的演变及前后对比，对判断胃脘痛疾病的病变程度及转归具有一定的临床实用价值。

胃脘痛疾病与CP的相关性：由附表看出，本组CP总检出305例，占61%。胃镜诊断为消化性溃疡较

非消化性溃疡患者CP阳性率高。CP与组织学慢性浅表胃炎严重程度有关，炎症越重，阳性率越高，尤以活动性病变者明显。而胃镜检查正常或患胆汁返流性胃炎者与CP呈负相关，即CP均阴性。故有人认为CP与消化性溃疡也有显著相关性。以上结果将提示我们今后在诊治胃脘痛疾病中应考虑到CP的感染因素，并要适当选用抗CP有效的药物治疗，才能取得较好疗效。

中西医结合治愈毛发红糠疹继发剥脱性皮炎1例

甘肃省武山矿泉疗养院皮肤科(甘肃 741308) 张凤昆 张德怀

我们于1989年3~7月，用中西医结合的方法治疗毛发红糠疹继发剥脱性皮炎1例，效果满意。现报告如下。

杨某某，女，7岁，学生，住院号8188。患儿于3月前掌跖红肿发热，表皮变厚、皲裂、脱皮，自觉灼热、疼痛。半个月后发现项背部出现粟粒大小的皮色丘疹，坚硬棘手，密集融合成片。以后迅速发展至头面、躯干、四肢，局部皮肤红肿，脱皮瘙痒。曾在兰州某医院皮肤科住院治疗，诊断为毛发红糠疹。给予昆明山海棠、维生素、中药治疗3个月，病情稳定后，建议来我院进行矿泉浴治疗。家族中无类似患者。入院时查体：T37℃，R24次/分，P113次/分。精神差，少动懒言。发育欠佳，身高93cm，体重16kg。营养差，面色萎黄。腋窝、腹股沟淋巴结稍肿大，约1.5×1cm，无触痛。头发黄褐色，稀疏细软无光泽。头皮有较多的糠状鳞屑。全身皮肤干燥无汗，粗糙肥厚，呈“鸡皮”样外观。颜色暗红，上覆糠状及叶状鳞屑。周身只在小腿屈侧、胸骨上方皮肤见小片状正常皮肤岛。掌跖皮肤厚硬，指掌关节纹处皲裂出血，活动受限。指(趾)甲肥厚而黄，有横向沟纹。心率113次/分，律齐。余未见异常。周围血象：白细胞 $8 \times 10^9/L$ ，嗜中性粒细胞51%，淋巴细胞20%，单核细胞13%，嗜酸性粒细胞16%。诊断为毛发红糠疹继发剥脱性皮炎。

治疗经过：入院后给予维生素E每次10mg，每日3次；维生素C每次0.1g，每日3次，鱼肝油丸每次1粒，每日3次，扑尔敏每次4mg，每晚1次。矿泉浴每日早晚各1次，每次15分钟，20天为一个疗程。两个疗程中间休息7天。入院后4天(3月31日)给予中药治疗。中医辨证：脉象浮大，舌体小，边有齿

痕，嫩红无苔。证属脾肾不足，邪热未清。治宜培补脾肾，兼清邪热。方用：党参6g 炒扁豆10g 大熟地6g 当归6g 沙参6g 炒山药10g 茯苓6g 元参6g 芦根15g 银花6g 甘草2g，水煎服。服3剂后食欲改善，食量增加。原方加乌梅6g，再服3剂。4月7日食欲增加，精神好转，面有红色，舌生白苔，认为胃气渐复，原方继服。4月14日服药12剂后，全身皮肤颜色变淡，红肿消退，脱屑明显减少，面透红色，食欲好，能正常玩耍。皮损从远端开始消退。腋窝处有微汗出，手指活动灵活。舌脉如前，原方继进。5月9日面部、下腹部皮肤已恢复正常。脉象稍有好转，舌苔如前。仍予培补脾肾，兼清邪热。原方加黄芪10g、枸杞子6g，继续服药。除因感冒停服中药57天外，前后加减服用中药60剂，住院117天。皮损消退顺序是头面、四肢、外阴、腹、胸、背、臀部。消退时先出现一个正常皮肤岛，逐渐扩大，互相融合，连成一片。出院时颈部、臀部、肘膝关节伸侧、掌跖受压部位尚未恢复正常。皮损消退达80%以上，基本治愈。出院10个月后随访，患儿已痊愈，至今未复发。

体会：毛发红糠疹是一个原因不明而比较少见的疾病，目前尚无特效疗法。中医对本病的认识各家看法不一。本例患儿先天不足，发育迟缓，娇生惯养，偏食零食，饥饱无常，损伤脾肾，复感外邪，引发本病。入院时已发展为剥脱性皮炎，精神萎靡，食欲不振，经常感冒，病情沉重。患儿已不任克伐，待感冒好转后即予培补脾肾，以滋化源，兼清邪热，以救营阴。加上武山矿泉水对皮肤病的良好疗效，内外同治，取得了满意的疗效。