

中國醫藥大學中西醫結合研究所碩士論文

編號：GIIM-97-9410

指導教授：高尚德 教授

共同指導教授：王煌輝 副教授

李采娟 教授

論文題目

消化性潰瘍患者舌象分析與治療前後舌象變化之研究

(The Analysis of the Tongue Inspection for Peptic Ulcer Patient and the Change of the Tongue manifestation Before and After Treatment)

研究生：羅淑方

中華民國九十八年七月

中國醫藥大學碩士班研究生
論文指導教授推薦書

中西醫結合研究所，羅淑方 君所提之論文消化性潰瘍患者舌象分析與治療前後舌象變化之研究，係由本人指導撰述，同意提付審查。

指導教授_____（簽章）

中華民國 九十八 年 六 月 五 日

中國醫藥大學碩士班研究生
論文口試委員審定書

中西醫結合研究所，羅淑方君所提之論文
消化性潰瘍患者舌象分析與治療前後舌象
變化之研究，經本委員會審議，認為符合碩士
資格標準。

論文口試委員會 委員 _____ (簽章)

所長 _____

中華民國 九十八 年 七 月 一 日

目錄

圖目錄.....	v
表目錄.....	vi
中文摘要.....	1
第一章 前言.....	2
第二章 文獻探討.....	4
2.1 舌診的源流.....	4
2.2 舌與經絡的關係.....	6
2.3 舌與臟腑的關係.....	6
2.4 舌下絡脈.....	8
2.5 舌的現代解剖生理學.....	8
第三章 材料與方法.....	12
3.1 研究對象.....	12
3.2 內視鏡檢查.....	12
3.3 舌診電腦化攝影檢查.....	13
3.4 影像處理.....	13
3.5 舌象判讀.....	14
3.6 實驗流程.....	16
3.7 統計分析方法.....	16
第四章 結果.....	17
4.1 基本資料分析.....	17
4.2 健康成人舌象.....	17
4.3 實驗組患者的舌象變化.....	18
4.4 消化性潰瘍的類別與舌苔的關聯.....	21
4.5 治療前後舌象變化.....	22
第五章 討論.....	24
第六章 結論.....	27
參考文獻.....	28
英文摘要.....	33

圖目錄

圖 2-1 舌的部位與臟腑的關聯.....	7
圖 3-1 舌象攝影儀器.....	13
圖 3-2 舌質淡紅、舌苔薄白.....	15
圖 3-3 舌質紅、舌苔白膩.....	15
圖 3-4 舌質黯紅、舌苔黃膩.....	15
圖 3-5 舌質淡紅、舌苔黃.....	15
圖 3-6 舌下絡脈怒張.....	15
圖 3-7 舌下絡脈瘀象.....	15
圖 3-8 試驗流程圖.....	16



表目錄

表 2-1 舌質在中西醫的臨床意義.....	10
表 2-2 舌苔顏色在中西醫的臨床意義.....	10
表 2-3 舌苔性質在中西醫的臨床意義.....	11
表 4-1 50 名健康成人舌質、舌苔、舌下絡脈.....	17
表 4-2 實驗組 148 例消化性潰瘍患者基本資料.....	18
表 4-3 消化性潰瘍患者舌象與 HP 感染與否的相關性.....	19
表 4-4 消化性潰瘍患者與正常健康者舌象的差異.....	20
表 4-5 胃潰瘍與十二指腸潰瘍患者舌苔差異.....	21
表 4-6 消化性潰瘍患者治療前後舌象差異.....	22
表 4-7 14 位 GU 與 GU 合併 DU 患者治療前後舌象差異.....	23
表 4-8 34 位 DU 與 GU 合併 DU 患者治療前後舌象差異.....	23



消化性潰瘍患者舌象分析與治療前後舌象變化之研究
(The Analysis of the Tongue Inspection for Peptic Ulcer
Patient and the Change of the Tongue manifestation
Before and After Treatment)

研究生 羅淑方

指導教授 高尚德博士

共同指導教授 王煌輝博士 李采娟博士

中國醫藥大學 中西醫結合研究所

消化性潰瘍是消化道常見的疾患，與胃幽門螺旋桿菌感染有密切的關係；古籍有言：「舌為胃之鏡」，故可知消化性潰瘍與舌象關係密切。本研究的目的，除了比較健康成人與消化性潰瘍患者舌象的差異外，一方面要探討胃潰瘍與十二指腸潰瘍舌象的異同，一方面也可比較消化性潰瘍患者在治療前後舌象的變化，及胃幽門桿菌根除與否的舌苔變化。對照組 50 位健康成人，實驗組 148 名患者，皆經由門診上消化道內視鏡檢查，確定有胃潰瘍或十二指腸潰瘍疾病，且排除有全身系統性的疾患、潰瘍活動性出血、消化道的惡性病變及嚴重染苔者，安排舌診攝影紀錄舌象；統計結果顯示 148 名消化性潰瘍患者中有 108 名感染胃幽門螺旋桿菌，40 名則無，分析舌象以黃膩苔(38.51%)與黯紅舌(45.27%)較多，舌下絡脈多有怒張與瘀象；在 108 例皆接受胃幽門桿菌根除治療，只有 49 例於 3 個月後再接受第二次上消化道內視鏡檢查及第二次舌象攝影，排除仍有胃幽門螺旋桿菌感染患者 8 例，總計有 41 例潰瘍癒合且胃幽門螺旋桿菌根除。本研究針對此 41 例病患比較其治療前後之舌象變化，發現治療前後舌質並無明顯差異 ($P=0.075$)，但舌苔與舌下絡脈則有明顯差異，舌苔由黃轉白、膩轉薄 ($P=0.0145$)，舌下絡脈怒張減輕 ($P=0.0463$) 及瘀象減少 ($P<0.0001$)。說明患者治療後病勢向癒，印證了舌診的臨床意義，可進一步應用在推測病狀之進退。本研究結果證實中醫的舌診觀察，可以提供臨床醫師在診斷消化性潰瘍疾病與治療預後之判斷，有客觀性及科學性的依據。

關鍵詞：舌診、舌象、消化性潰瘍、上消化道內視鏡

第一章 前言

在中醫的診斷法中，透過望、聞、問、切四種診法，來獲取與疾病有相關的訊息，並加以分析整合，稱之為「四診合參」；而在望診中，「舌診」又佔有極重要的地位，從古至今已發展出一套完備的舌診體系。舌診中主要觀察舌質與舌苔，藉由兩者的變化來作為舌診的總合判斷；傳統醫學中，舌診的臨床意義包括有判斷正氣之盛衰、辨別病位之深淺、區別病邪之性質、推測病狀之進退等¹，因此舌象可說是非常敏感地反映出人體內部的變化，古籍有云：『舌乃心之外候，苔即胃之明徵。觀舌以占正之盛衰，驗苔以辨邪之出入』，就是這個道理。

消化性潰瘍臨床常見有胃潰瘍與十二指腸潰瘍；最常引起潰瘍的原因是胃幽門螺旋桿菌感染 (*Helicobacter Pylori*)；消化性潰瘍盛行率的統計是很難正確去計算，其原因在於很難判定為新病例或復發病例；但是根據估計，十二指腸潰瘍的發生率可高達每年每千人有 0.4 到 24 人，甚至在人的一生中，男性有 12%、女性有 10% 會罹患消化性潰瘍²；而在胃幽門螺旋桿菌與消化性潰瘍的關係中，研究指出胃潰瘍患者有 30-60%、十二指腸潰瘍患者有 70% 可發現有胃幽門螺旋桿菌存在²，在台灣這個比例更高，現今治療潰瘍以根除胃幽門螺旋桿菌為目標，若是去除胃幽門螺旋桿菌後，年復發率可由 60-80% 降至 10-20%；另外在台灣有學者研究指出，消化性潰瘍男性及女性發生率比例約在 2 比 1 左右，月份、季節也對消化性潰瘍發生率有影響³，由此可知消化性潰瘍為腸胃道常見的疾患之一。典型的潰瘍發作症狀有上腹疼痛、悶痛、燒灼感、壓痛感，為一種慢性、反覆發作、有節律性的疼痛；現今醫療對消化性潰瘍的檢查以上消化道內視鏡最為普及，醫生不但可以直接觀察腸胃道黏膜，判別病變的嚴重度，還可以直接針對病灶處做切片採樣，甚至局部電燒做止血治療等，可說是現今最好的診斷工具，並可作為部分治療的方式之一，雖說是極為安全的檢查，但是還是存在些許風險，有些病患會因年紀或病情等因素，並不

適合接受反覆內視鏡的檢查，而檢查時也會造成患者喉部噁心、疼痛的不適感，以及患者身體與心靈上的壓力；因此，本研究利用這套中醫舌診的診法，來探討消化性潰瘍患者與正常成人舌象的差異，探討胃潰瘍與十二指腸潰瘍舌象的異同處，比較消化性潰瘍患者在治療前後舌象的變化，進而可以達到藉由舌象的變化，應用在對評估消化性潰瘍病的預後，及判斷療效，同時也可降低醫療成本，減少病患因反覆內視鏡檢查的痛苦。



第二章 文獻探討

本研究主要探討消化性潰瘍患者舌象的變化，談到舌象就得先了解舌診的源流與舌診的意義；一般舌診包含兩個部分，一為舌：指舌的本體及舌質；另一為苔：是指舌面上的苔垢，另外，在舌的本體觀察還有舌下診法。以下就分段介紹。

2.1 舌診的源流

舌診是中醫四診中，最重要的一部分，早在殷墟出土的甲骨文就有記載，而在（黃帝內經）中，就把舌診有系統的用文字記錄，內容多達 60 餘條，為後世研究舌診的理論基礎，例如在「靈樞經脈篇」曰『唇舌者，肌肉之本也』、『肝氣通於目，肺氣通於鼻，心氣通於舌，脾氣通於口，腎氣通於耳』，「靈樞脈度篇」曰『心氣通於舌，心和則舌能之五味矣』，「素問脈要精微論」云『心脈搏堅而長，當病舌捲不能言』等都為後代舌診起著奠基的作用⁴。而到了東漢末年張仲景（傷寒雜病論）中，對舌診的論治理論做了更詳細的記載，使舌診有系統地應用在治療方面，例如「傷寒論太陽篇」指出『太陽病、重發汗而復下之，不大便五六日、舌上燥而渴，、、』，「傷寒論陽明篇」謂『傷寒若吐，若下後，七八日不解，熱結在裏，表裏俱熱，時時惡風，大渴，舌上乾燥而煩，、、』，「傷寒論少陽篇」曰『陽明病，脅下硬滿，不大便而嘔，舌上白苔者，可去小柴胡湯。』，另外，在「金匱要略腹滿寒疝宿食病脈症治第十」提到『病者腹滿、按之不痛為虛、痛者為實，可下之，舌黃未下者，下之黃自去。』，「金匱要略消渴小便利淋病脈症並治第十三」篇中說『渴欲飲水，口乾舌燥者，白虎加人參湯主之。』等說明張仲景承繼了（內經）的思想理論，利用舌診作為辨證論治的理論依據之一。而在春秋、戰國至東漢末年，確立了中醫通過「四診」來進行疾病診斷與辨證治療的理

論基礎；到了隋朝巢元方（諸病源候論）的「妊娠胎動候」篇中有提到『胎動不安者、多因勞役氣力、、候其母面赤舌青者，兒死母活；母面青舌赤，口中沫出，母死子活。』；元朝杜清碧收集一位托名敖氏的醫生，編纂以傷寒為病證兼內科與雜病而成（敖氏傷寒金鏡錄），全書紀錄了三十六種舌象，後世稱此書為我國第一本舌診專書。到了明末吳有性（瘟疫論）記載了溫熱病中舌象的轉變，提到『感之輕者，舌上白苔亦薄，、感之重者，舌上苔如積粉、滿布無隙』；葉天士（外感溫熱篇）中多次強調用藥『要驗之於舌』，開啟了舌診在溫病學診斷上的重要性，舌象變化對於指導治療有極重要的價值。除此之外，明代張吾仁著有（撰集傷寒世驗精法）、清朝張誕先的（傷寒舌鑒）、清朝徐大椿（舌鑒總論）、清朝陶保廉的（舌鑒辨證）、清朝楊雲峯的（臨證驗舌法）、清末劉恒瑞的（察舌辨證新法）等都是歷代闡述舌診重要的著作；一直到1920年曹炳章著的（辨舌指南）是一本集古今舌診文獻，兼以現代醫學的解剖學、生理學等來進一步說明舌診的機理，是一本有系統的舌診專著，書中提到『心者生之本，其經通於舌，其竅開於舌，故舌為心之外候也。』、『有胃氣則舌柔和，無胃氣則舌板硬。』。所以從上述各個醫家論述，可以發現舌診的源流、演變、發展，都是以（內經）、（傷寒論）為理論的依據，再加以闡明、發揚、總結。

舌苔的歷代論述中，清代張路（傷寒緒論）就說到『舌胎之名，始於長沙，以其邪氣結裏，故謂之苔。』；吳坤安（傷寒指掌）也提到『舌之苔，胃蒸脾濕上潮而生，故曰苔。』；章虛谷（傷寒論本旨）指出『舌苔由胃中生氣所現，而胃氣由心脾發生，故無病之人常有薄苔，是胃中之生氣』；而在舌苔的轉變與預後的關係，曹炳章在其（辨舌指南）提到『舌苔由白而黃，由黃而黑者，順症也；有由白而灰，由灰而黑，不由黃轉者，此謂之黑陷苔，逆症也。』，馬良伯（醫悟）也說到『苔色由白而黃，由黃而黑者，病日進；苔色由黑而黃，由黃而白者，病日退。』；所以章虛谷在（醫門棒

喝)說道『觀舌質可驗其正之陰陽虛實，審苔垢即知邪之寒熱深淺』⁵即是這個道理。

2.2 舌與經絡的關係

而在舌與經絡學說方面，在(內經)、(難經)等經典已有記載，十二經脈中主要和足太陰脾經「連舌本」、足少陰腎經「挾舌本」、足厥陰肝經「環唇內」有關；十二經別中與足少陰「繫舌本」、足太陰「貫舌中」有關；絡脈中與手少陰「系舌本」有關；而在經筋中就與足太陽「其之者，別入結於舌本」、足厥陰「上循陰股，結於陰器，絡諸筋」、手少陽「其之者，當曲頰，入繫舌本」有關；在奇經中則與任脈「上頤入舌，而絡於目」有關；總的來說，就如同清朝傅耐寒(舌苔統誌)序中說到『蓋舌為五臟六腑之總使，如心之開竅於舌，胃咽上接於舌，脾脈挾舌本，心脈繫於舌根，脾絡繫於舌旁，腎肝之絡脈，亦上繫於舌本。、胃為水穀之海，六腑之源；脾主中州，四臟賴以灌溉，是以臟腑有病，必變見於舌上也，故舌辨臟腑之虛實寒熱，猶氣口之辨表面陰陽。』，由此可見舌的重要性。

2.3 舌與臟腑的關係

在五臟分屬舌體的部位，明朝王肯堂在其所著的(醫鏡)就明白指出『凡病俱見於舌，、舌尖主心，舌中主脾胃，舌邊主肝膽，舌根主腎。』；清朝梁玉瑜傳、陶保廉錄的(舌鑒辨證)更加以詳細說明『舌根主腎、命門、大腸，舌中左主胃，右主脾，舌前面中間屬肺，舌尖主心、心包絡，舌邊左主肝、右主膽。』；另外還有一種是以三焦作為部位劃分法—舌尖為上焦，上焦主心肺；舌中為中焦，中焦主脾胃；舌根主下焦，下焦主肝腎—在在

都印證了舌與臟腑的關係密切。見下圖 2-1：

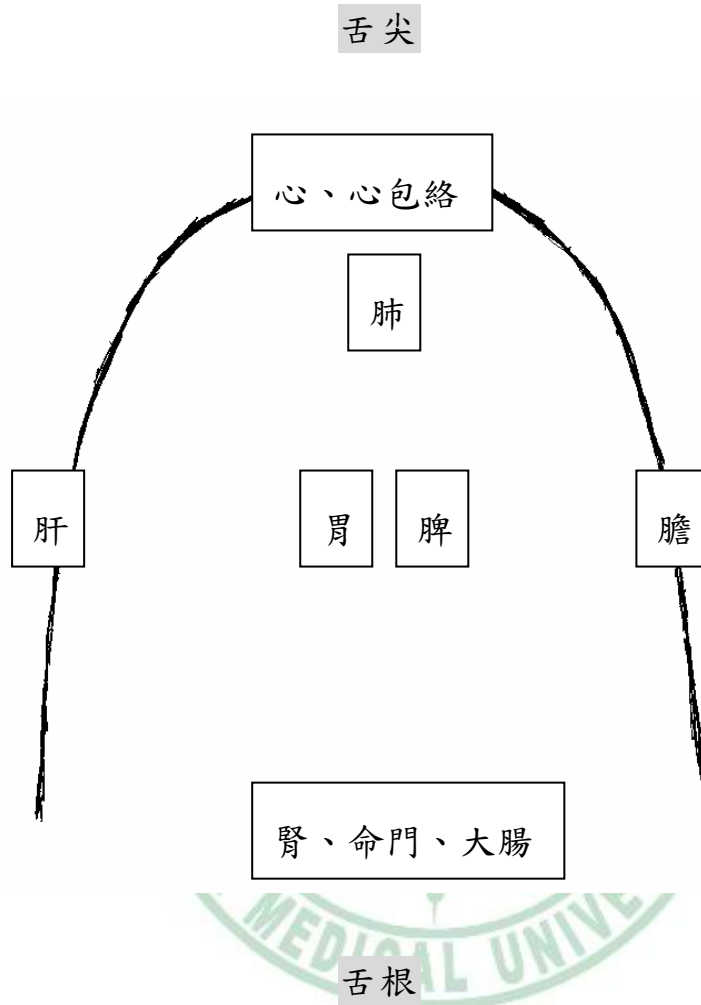


圖 2-1 舌的部位與臟腑的關聯

2.4 舌下絡脈

另外，在舌的本體觀察還有舌下診，早在宋朝陳自明（婦人良方）『身重體熱寒又頻，舌下之脈黑復青，反舌下冷子當死，腹中須遣子歸冥。』就提到舌下診；正常的舌下舌脈主幹粗細長短均勻，舌繫帶兩旁縱行的舌下靜脈隱現於舌下黏膜，不粗脹，不緊束，不彎曲，不增生，也無分支和瘀點，色澤多呈暗紅或淡紫，長度不超過舌尖到舌阜連線的 3/5。舌下診所依據的理論基礎是因舌下血絡豐富，足太陰脾的經絡直接散於舌下，而心又主血脈、開竅於舌，所以舌下絡脈的望診，是觀察周邊循環的理想部位，對於早期診斷血瘀證有重要的價值，臨床應用對於瘀血證、心臟疾病、肝臟疾病、脾胃疾患、等都有很重要的診斷意義。

以上是說明歷代醫家對舌質、舌苔、舌下診的探討，接下來討論舌在現代醫學的解剖學與組織學方面。

2.5 舌的現代解剖生理學⁶

舌的肌肉組織為橫紋肌，可分舌內肌與舌外肌；舌內肌依照肌纖維的方向，又分為舌上縱肌、舌下縱肌、舌橫肌、舌垂直肌；舌外肌也有四種，分別為顏舌肌、舌骨舌肌、莖突舌肌、腭舌肌，舌內肌與舌外肌的共同運作下，使得舌體運動靈活自如。舌的血管有來自外頸動脈的分支舌動脈，以及內頸靜脈的分支舌靜脈；神經支配有舌下神經、三叉神經、面神經、舌咽神經和迷走神經，不但可支配舌內肌與舌外肌，還掌管著舌的一般感覺及味覺。至於和舌體有相關的腺體有下頷下腺及舌下腺，腺體的分泌則是受到交感神經與副交感神經的調控；另外提到舌體表面的黏膜組織，它是由多層扁平上皮細胞及結締組織組成，黏膜上有無數小突起的「舌乳頭」，一般又因部位差異分成四種：

（一）絲狀乳頭：一般分佈在舌前面三分之二的中間位置，有輕

微的生長能力，但是如果在病理狀態下，增殖速度會加快，使得舌苔增厚。

(二) 蕈狀乳頭：多分佈在舌的兩側邊緣及舌尖，形狀呈現圓形平滑。

(三) 輪廓乳頭：多分佈在舌後三分之一的舌根部位。

(四) 葉狀乳頭：多分佈在舌後三分之一的兩側邊緣。

一般來說，正常人舌苔薄白潤澤，舌尖部乳頭不明顯，而觀察舌苔變化主要就是觀察食物殘渣、微生物與細胞代謝物附著於絲狀乳頭的間隙及絲狀乳頭增生的變化⁷，而觀察到舌尖與兩側邊緣的「紅點」，是為微血管在蕈狀乳頭的內部，因為充血與血管擴張所造成；總的來說，舌體受神經支配及舌肌收縮而活動自如，受血管的濡養而呈現淡紅舌質，味蕾受神經傳導而司味覺，腺體分泌受神經調控而使得苔質潤澤，故舌診的臨床意義，可讓我們判斷正氣的盛衰、辨別病位的深淺、區別病邪的性質以及推測病狀的進退。

下面就常見的舌質、舌苔的分類，歸納中西醫臨床上各自代表的不同意義：

表 2-1 舌質在中西醫的臨床意義

舌質表現	中醫的臨床意義	西醫的臨床意義
淡白舌	氣血兩虛、陽虛寒濕	營養不良、貧血
淡紅舌	正常舌色、溫邪初起、表證、三陽經證	正常舌色；疾病初起或慢性病不甚嚴重，一般疾病亦常見
紅舌	溫邪入營分、心包絡的實熱型；慢性消耗性疾病或溫熱病後期的陰虛型	感染引起的毒血症、化膿性感染、高熱、重症肺炎
絳舌	實熱程度較紅舌更嚴重，溫邪入營分、血分、心包絡、心火上炎等實熱型；慢性消耗性疾病或溫熱病後期的陰虛型	高熱敗血症
紫舌	熱極、寒證、酒毒、瘀血	嚴重感染、呼吸循環衰竭
藍舌	寒邪直中、瘀血內積	呼吸循環衰竭、缺氧症

表 2-2 舌苔顏色在中西醫的臨床意義

舌苔色	中醫的臨床意義	西醫的臨床意義
白苔	表寒證、表熱證、寒濕證、痰濕、停食、濕熱	輕症、疾病初起、或慢性病不嚴重
黃苔	表熱入裏、胃家實熱、濕熱	疾病較嚴重時常有、消化不良
黑苔	裏證、熱極耗陰、陽虛陰寒、陰虛腎水不足	疾病嚴重、病程較久

表 2-3 舌苔性質在中西醫的臨床意義

舌苔性質	中醫的臨床意義	西醫的臨床意義
薄	正常、表證	正常、疾病初起、輕症
厚	裏證、病邪漸盛、傷食	消化不良、便秘、病較重
潤	正常、津液未傷	正常或輕症
乾	津液已耗、溫邪盛、邪入血分	高熱、毒血症、脫水、酸中毒
膩	寒濕、溼熱、濕濁痰飲、食積頑痰	消化不良



第三章 材料和方法

3.1 研究對象：

(一) 自中國醫藥大學附設醫院腸胃科及中西醫結合科門診，篩選經由內視鏡診斷為消化性潰瘍病患為實驗對象。

實驗組的納入標準 (inclusion criteria): 年齡介於 25 至 80 歲之間。

排除標準 (exclusion criteria):

- 一、排除有糖尿病、肝硬化、尿毒症等全身系統性疾患患者。
- 二、排除潰瘍活動性出血。
- 三、消化道的惡性病變。
- 四、嚴重染苔

對照組為 50 名健康成人，排除有腸胃道疾患的過去病史及腸胃道不適症狀，同時也排除有糖尿病、肝硬化、尿毒症、癌症等全身系統性疾患。

(二) 在有胃幽門螺旋菌感染的 108 名患者皆接受三合一療法治療 (triple therapy) 一週—PPI (proton pump inhibitor) + Clarithromycin+ Amoxicillin 及單一抑酸劑 (antacid) 治療七週後，僅有 49 名患者經過四週接受再次接受第二次上消化道內視鏡檢查及第二次舌象攝影，排除仍有胃幽門螺旋菌感染患者 8 名後，共計有 41 名患者來比較治療前後舌象變化。

3.2 內視鏡檢查

實驗組來自中國醫藥大學附設醫院腸胃科及中西醫結合科門診患者，有明顯上消化道症狀，經由本院消化內科專科醫師內視鏡檢查，確定為消化性潰瘍病患，按照崎田隆夫分期法，把消化性潰瘍在內視鏡下分為活動期、癒合期、癍痕期，同時有快速尿素酶 (CLO test) 及組織學檢查確定是否有感染胃幽門螺旋桿菌，再安排患者至中醫舌診檢查室攝影。

3.3 舌診電腦化攝影檢查⁸：

舌診攝影場所為附設醫院的中醫診斷研究室，為獨立的暗房以避免外來光線的干擾；受試者將頭部放於固定架，使舌頭照射部位和相機三者位置固定。以標準色溫冷光燈光(色溫值約 5300K，亮度約 3100Lux)作為舌診攝影的光源，避免因色溫而影響影像的色相，也可避免光源的發熱干擾舌頭的血液循環。每位受試者舌診攝影前會以灰卡(gray card)做曝光矯正，以避免明度(luminance)與彩度(saturation)的失真。影像攝影由經過訓練且經驗豐富的技術員，依一定的攝影程序，並注意受試者伸舌頭的姿勢與狀態，以高解析度的數位相機，經由手動模式操作。

3.4 影像處理^{8,9}：

影像經攝影後，直接由介面卡輸送至電腦，以避免失真，舌影像經電腦取得傅利葉轉換(Fourier transform)後之頻域徵值加以量化；在顏色判斷上則使用 Adobe Photoshop 4.0 軟體，利用 HSL (hue, saturation, luminance) 及 RGB(redness, greeness, blueness)模型來獲得色彩學上的資料。

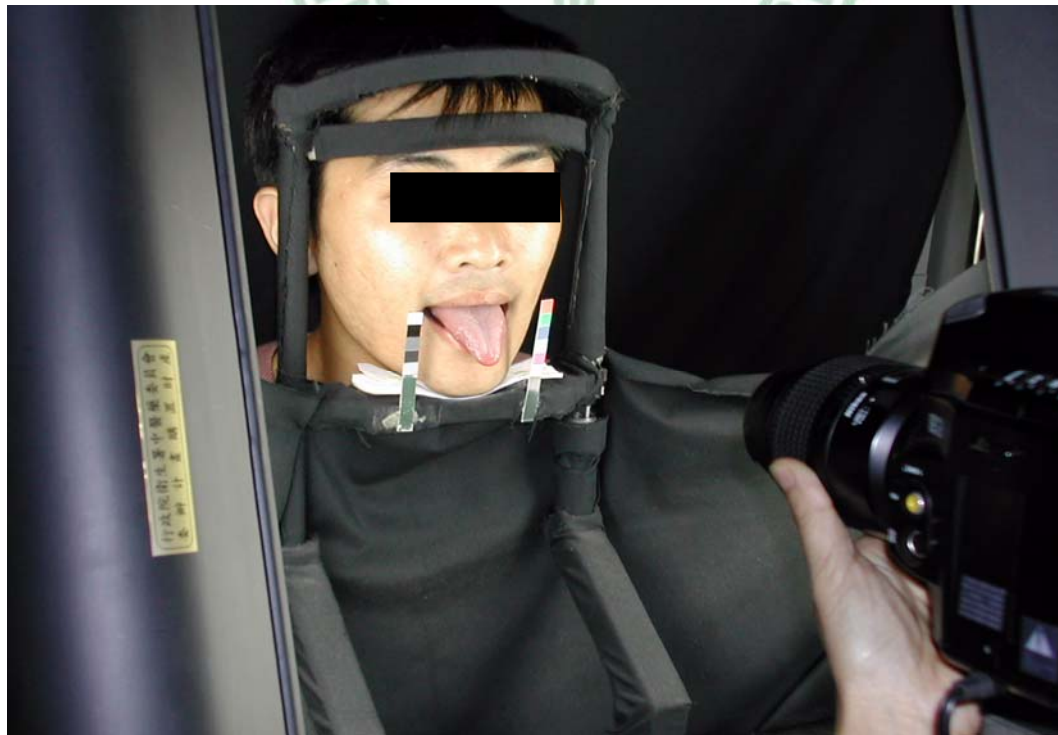


圖 3-1 舌象攝影儀器

3.5 舌象判讀

胃幽門螺旋桿菌感染相關性胃病，屬於中醫『胃脘痛』、『胃痞』的範疇。中醫舌象分類，除了採用馬建中教授著、國立編譯館主編的〈中醫診斷學〉有關舌診分法，並參考黃銘涵¹⁰等人在觀察慢性淺表性胃炎 HP 感染所佔比例，舌苔順序依次為黃膩苔、白膩苔、薄黃苔、薄白苔，舌質依序為紫黯舌、紅舌、淡白舌、淡紅舌；另外張菽芹¹¹等人也針對 184 例慢性幽門螺旋菌感染胃病的舌象，發現胃、十二指腸潰瘍伴 HP 感染，舌苔可見黃膩苔或厚膩苔占最多，有 44%，薄黃苔佔 29%，薄白苔佔 15%；冷輝林¹²等人也在急性腦血管病人的舌象變化評估患者預後及轉歸，發現舌質由瘀轉紅、由紅轉淡紅，舌苔由厚轉薄、由黃轉白，搭配中國卒中量表記分逐漸減少，表示患者病情逐漸轉好；故本次研究將舌苔分為薄白苔（+1、+2）、薄黃苔（+1、+2）、白膩苔（+1、+2）、黃膩苔（+1、+2），舌質分為淡紅舌（+1、+2）、紅舌（+1、+2）、黯紅舌（+1、+2）、紫舌（+1、+2），舌下診主要觀察有無怒張（+1、+2、+3）與瘀象（+1、+2、+3；包括瘀點、囊泡、囊柱），各以分數標示作為統計原始資料，例如舌苔中薄白苔為+1、+2，薄黃苔為+3、+4，白膩苔為+5、+6，黃膩苔為+7、+8；舌質中淡紅舌為+1、+2，紅舌為+3、+4，黯紅舌為+5、+6，紫舌為+7、+8；舌下診中怒張分為+1到+3，瘀象也分為+1到+3；舌診判讀由本院經驗豐富的臨床中醫主治醫師判讀。（原始資料可見附錄 1、2）

以下圖示介紹舌質、舌苔、舌下絡脈判別：

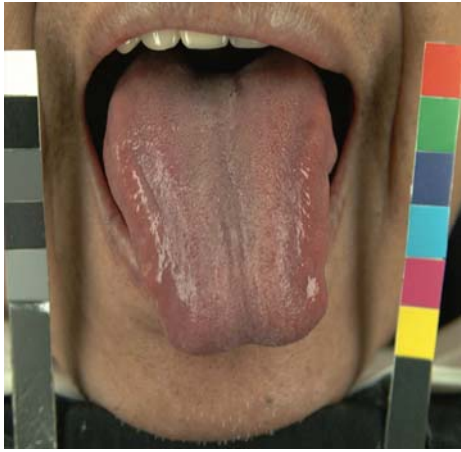


圖 3-2 舌質淡紅、舌苔薄白

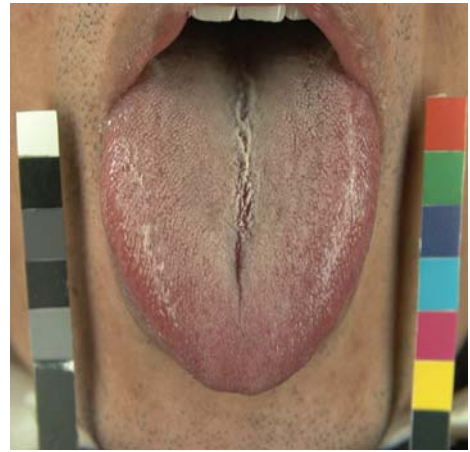


圖 3-3 舌質紅、舌苔白膩



圖 3-4 舌質黯紅、舌苔黃膩

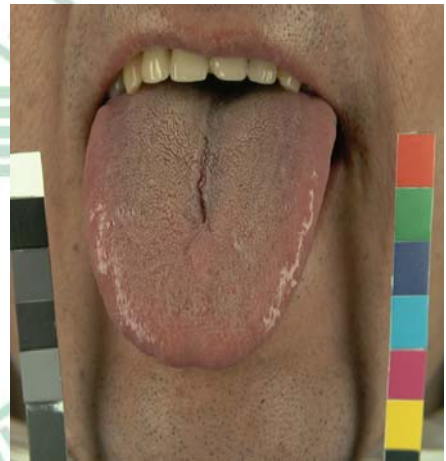


圖 3-5 舌質淡紅、舌苔黃

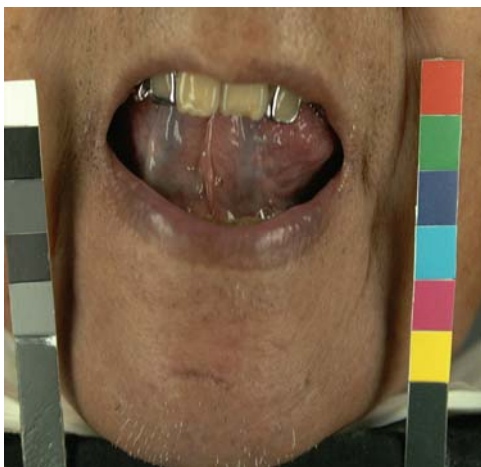


圖 3-6 舌下絡脈怒張

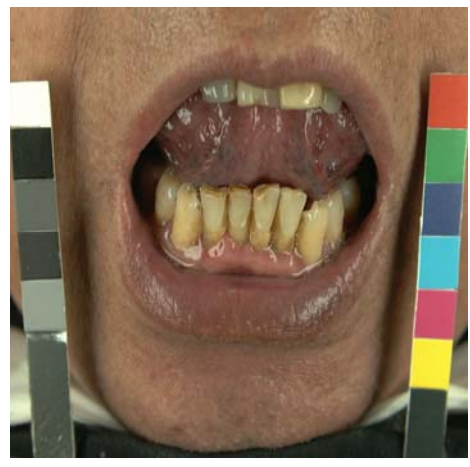


圖 3-7 舌下絡脈瘀象

3.6 實驗流程

在 108 名接受幽門螺旋菌根除患者，有 49 名患者於四星期後再接受第二次內視鏡檢查及第二次的舌診檢查，試驗流程（圖 3-1）如下：



圖 3-8 試驗流程圖

3.7 統計分析方法

使用 SPSS 統計軟體進行 Chi-Square Test 來分析各組間的差異，用 Paired t-test 來比較治療前後不同，以顯著水準低於 5% 認為具有統計學上的差異。

第四章 結果

4.1 基本資料分析

本研究總共完成實驗組 148 名消化性潰瘍患者，與對照組 50 名健康成人；總計男性佔 121 人，女性佔 77 人；實驗組平均年齡 53.5 歲，對照組平均年齡 34.6 歲。

4.2 健康成人舌象

表 4-1 50 名健康成人其舌質、舌苔、舌下絡脈結果顯示：

	男性 n=20	女性 n=30
舌苔		
黃膩	0	0
白膩	1 (5.00)	2 (6.67)
黃	0	0
薄白	19 (95.00)	28 (93.33)
舌質		
紫	0	0
黯紅	2 (10.00)	2 (6.67)
紅	4 (20.00)	2 (6.67)
淡紅	14 (70.00)	26 (86.67)
舌下絡脈		
怒張		
無	11 (55.00)	26 (86.67)
有	9 (45.00)	4 (13.33)
瘀象		
無	17 (85.00)	25 (75.00)
有	3 (15.00)	5 (25.00)

結果顯示在對照組 50 名健康成人中，無論男女，舌質多為淡紅舌，舌苔多為薄白苔，舌下診少有怒張及瘀象。

4.3 實驗組患者的舌象變化

實驗組為 148 名確診為消化性潰瘍患者，其基本資料、舌質、舌苔、舌下診結果顯示於表 4-2、4-3。

表 4-2 實驗組 148 例消化性潰瘍患者基本資料

	HP+ n=108	HP- n=40
性別：男/女	78/30	23/17
年齡：男	52.9 (25-85)	49.3 (35-79)
女	57.4 (24-83)	55.4 (23-82)
GU	27	22
DU	60	17
GU+DU	21	1

HP+表幽門螺旋桿菌陽性，HP-表幽門螺旋桿菌陰性；GU表胃潰瘍，DU表十二指腸潰瘍，GU+DU表同時有胃潰瘍及十二指腸潰瘍

表 4-3 消化性潰瘍患者舌質、舌苔、舌下診與 HP 感染與否的相關性

	HP+ n=108	HP- n=40	卡方值	P 值
舌質			2.63	0.27
紫	0 (0.00)	0 (0.00)		
黯紅	46 (42.59)	21 (52.50)		
紅	19 (17.59)	3 (7.50)		
淡紅	43 (39.81)	16 (40.00)		
舌苔			0.94	0.81
薄白	32 (29.63)	9 (22.50)		
薄黃	30 (27.78)	11 (27.50)		
白膩	6 (5.56)	3 (7.50)		
黃膩	40 (37.04)	17 (42.50)		
舌下絡脈				
怒張			0.03	0.86
無	29 (26.85)	12 (30.00)		
有	79 (73.15)	28 (70.00)		
瘀象			0.00	1.00
無	64 (59.26)	24 (60.00)		
有	44 (40.74)	16 (40.00)		

結果顯示在 148 名消化性潰瘍患者中，無論 HP 有無，其舌質黯紅舌為主（42.59%、52.50%），舌苔以黃膩苔（37.04%、42.50%）為主，而且超過 7 成都有舌下絡脈怒張、超過四成有舌下絡脈瘀象的情形。

表 4-4 消化性潰瘍患者與正常健康者舌象的差異

	消化性潰瘍患者 n=148	正常健康者 n=50	卡方值	P 值
舌苔			71.18	<0.0001*
黃膩	57 (38.51)	0 (0.00)		
白膩	9 (6.08)	3 (5.88)		
薄黃	41 (27.70)	0 (0.00)		
薄白	41 (27.70)	48 (94.12)		
舌質			26.74	<0.0001*
紫	0 (0.00)	0 (0.00)		
黯紅	67 (45.27)	4 (8.00)		
紅	22 (14.86)	6 (12.00)		
淡紅	59 (39.86)	40 (80.00)		
舌下絡脈			31.64	<0.0001*
怒張				
無	41 (27.70)	37 (74.00)		
有	107 (72.30)	13 (26.00)		
瘀象			8.92	0.003*
無	88 (59.46)	42 (84.00)		
有	60 (40.54)	8 (16.00)		

由上表可知，消化性潰瘍患者和健康成人比較，舌質以黯紅舌（45.27%）佔多數，舌苔以黃膩苔及黃苔（38.51%、27.70%）較多，舌下絡脈多有怒張（72.30%），舌下絡脈也偏有瘀象（40.54%），是有統計學上顯著差異。

4.4 消化性潰瘍的類別與舌苔的關聯

在消化性潰瘍的類別與舌苔的關聯上，實驗組 148 名患者中，再分別討論胃潰瘍、十二指腸潰瘍與兩者兼有的患者，其舌苔的表現如下表所示：

表 4-5 胃潰瘍與十二指腸潰瘍患者其舌苔差異

	GU n=50	DU n=75	GU+DU n=23	P 值
舌苔				0.24
黃膩	20 (40.00)	23 (30.67)	14 (60.87)	
白膩	3 (6.00)	5 (6.67)	1 (4.35)	
薄黃	16 (32.00)	21 (28.00)	4 (17.39)	
薄白	11 (22.00)	26 (34.67)	4 (17.39)	

P value for Fisher exact test.

由上表可知，胃潰瘍、十二指腸潰瘍及胃潰瘍合併十二指腸潰瘍的患者，其舌苔表現在統計上雖然沒有顯著的差異，但是可以發現在十二指腸潰瘍患者，其舌苔似乎有傾向薄白苔的趨勢，這也有待未來收集更多樣本數來印證。

4.5 治療前後舌象變化

在 108 名潰瘍合併有胃幽門螺旋桿菌感染患者，皆接受胃幽門螺旋菌根除治療（3 合一療法 1 週及單一抑酸劑治療 7 週），其中有 49 名患者於四週後再接受第二次內視鏡檢查及第二次的舌診攝影檢查，排除組織學檢查仍有胃幽門螺旋菌感染患者（總計有 ID3、ID13、ID15、ID25、ID30、ID33、ID36、ID45；見附錄 1、2）8 例，用配對 t 檢定以獲取治療前後統計相關資料如下：

表 4-6 消化性潰瘍患者治療前後舌象差異

	治療前 n=41	治療後 n=41	後－前差異	t-value	P 值
舌質	2.80±2.00	2.46±1.48	-0.34	-1.83	0.0750
舌苔	4.51±2.73	3.66±2.63	-0.85	-2.55	0.0145*
舌下絡脈怒張	1.51±0.93	1.17±0.67	-0.34	-2.06	0.0463*
舌下絡脈瘀象	1.14±0.94	0.41±0.59	-0.73	-5.81	<.0001*

由上表可知，治療後以舌苔、舌下絡脈怒張及瘀象與治療前相比，是有顯著的差異；由此亦可推之，我們可以把舌苔、舌下絡脈怒張及瘀象應用在觀察消化性潰瘍患者的預後。

如果再區分胃潰瘍患者與十二指腸潰瘍患者治療前後舌象的差異，用配對 t 檢定，可得表 4-7、4-8：

表 4-7 14 位 GU 與 GU 合併 DU 患者治療前後舌象差異

	治療前 n=14	治療後 n=14	後-前差異	t-value	P 值
舌質	2.64±1.69	2.36±1.34	-0.29	-1.30	0.2178
舌苔	5.50±2.56	4.14±2.85	-1.36	-2.06	0.0603
舌下絡脈怒張	1.43±0.65	1.36±0.74	-0.34	-0.25	0.8069
舌下絡脈瘀象	1.43±1.02	0.43±0.51	-0.73	-4.27	0.0009*

表 4-8 35 位 DU 與 GU 合併 DU 患者治療前後舌象差異

	治療前 n=35	治療後 n=35	後-前差異	t-value	P 值
舌質	2.74±1.99	2.37±1.46	-0.37	-1.77	0.0850
舌苔	4.40±2.75	3.51±2.66	-0.89	-2.29	0.0282*
舌下絡脈怒張	1.57±0.95	1.14±0.65	-0.43	-2.38	0.0230*
舌下絡脈瘀象	1.06±0.94	0.43±0.61	-0.63	-5.09	<.0001*

由上述兩表可知，十二指腸潰瘍患者在治療前後舌質、舌下絡脈怒張及瘀象，是比胃潰瘍患者更具有統計學上顯著差異。

第五章 討論

近年來隨著纖維內視鏡的普遍應用，很多學者都提到以舌診宏觀辨證與胃鏡檢查微觀辨病，來比較舌診與上消化疾病的關聯性。消化性潰瘍患者在胃或十二指腸黏膜，受到胃液侵蝕，而深入組織的消化道壁形成良性破損，反覆發作是其最大的特色；而內視鏡檢查可以直接觀察病灶，判別病變的嚴重度，還可以切片檢查，檢驗胃幽門螺旋桿菌感染與否、病灶發炎的程等，可說是現今最好的診斷工具，並可作為治療的一部份，進而評估預後；惟其檢查時會造成患者喉部噁心、疼痛的不適感，一直為人們望之卻步的主要原因；況且有些病人會因年紀或病情等因素，並不適合接受反覆內視鏡的檢查，因此需要有更簡便、更快速，不造成患者的恐懼與痛苦，而且是非侵襲性的檢查，這也是我們臨床醫者努力的方向。

至於現今對於舌診的研究，以及舌診與消化道潰瘍疾患的關係上，姚保泰等人就提到『舌象正常，黏膜像多為正常或是病理改變較輕；淺表性胃炎患者，舌質正常舌苔多為黃苔；萎縮性胃炎患者，舌苔白或是薄黃並且缺乏津液；肥厚性胃炎患者，舌質紅、舌苔厚或黃厚膩；十二指腸潰瘍患者，舌質淡紅、舌苔薄白；胃潰瘍患者，舌質紅、舌苔黃厚；胃癌患者，多裂紋舌、舌苔為膩苔或剝苔』^{13.14.15.16}。姚福弟、程樹紅等人觀察到消化性潰瘍患者在內視鏡下的分期，潰瘍活動期以白厚、黃厚、黃膩苔及紅舌為主，癒合期以薄白、薄黃、白膩苔及淡白、淡紅舌為主，癥痕期以薄白、薄黃苔及紅舌、紫舌為主；薄黃苔、白膩苔、白厚苔、黃厚苔、黃膩苔患者，幽門螺旋桿菌感染率明顯是高於薄白苔患者；紅舌和紫舌的幽門螺旋桿菌感染率也明顯高於淡白舌和淡紅舌患者^{17.18.19.20.33}。俞亞琴等人在相關的消化性潰瘍各期舌像表現的特點也提到，在活動期以紅舌、黯紅舌及黃厚苔、黃膩苔、白厚苔為主，且病情重、病程長；癒合期以淡白舌、淡紅舌及白膩苔、薄白苔、薄黃苔為主，說明患者病情好轉、病勢向癒；癥痕期以青紫舌、黯紅舌及少苔、無苔為主，說明患者病情遷延^{21.22.23}。牛素蒲

與趙禮一針對 1349 例經纖維內視鏡診斷為慢性上消化道疾病的患者，觀察舌診的變化，發現在紅（絳）舌多見於消化性潰瘍和食道癌患者，慢性胃炎和消化性潰瘍患者其舌苔相似，多為薄白膩、薄黃膩，此外，食道癌和胃癌的比較上，食道癌多見黃苔、黃膩苔，胃癌則多見白膩苔，而這兩種癌症的舌質都多見淡白舌、青紫瘀點舌^{24.14.25}。劉興山等人針對良性胃病患者的胃鏡下觀察，找出舌診及辨證分型的關聯性²⁶。王長洪、陸宇平等人針對 10216 例胃病患者的舌象分析，發現胃病患者舌苔以黃苔多見（佔 65.36%），舌質以紅舌或黯紅舌多見（佔 74.38%），而胃潰瘍以黃苔為主（佔 72.98%），十二指腸潰瘍以正常舌象（白苔）為主（佔 94.61%），慢性萎縮性胃炎以薄苔或剝苔多見（佔 84.09%；厚苔僅佔 15.01%），另外也提到胃癌舌診的特色—紫舌厚苔¹⁵。李玲秀則提出舌象的變化與舌頭微循環的改變關係密切^{27.28}。另外，國內學者鄭振鴻、許中華也發現感染胃幽門螺旋桿菌的病人，舌溫度比非感染者低¹¹。在眾多醫家對 HP 感染與舌象和辨證分型的資料中顯示，HP 感染與脾胃濕熱有密切關係³⁰，陳朝元³¹等人對 118 例慢性萎縮性胃炎併 HP 感染，其實證感染率是明顯高於虛證，各證型 HP 感染率順序為脾胃濕熱（87.5%）>胃絡瘀血>肝胃不和>脾胃虛弱>胃陰不足（44.4%）；綜合上述研究，我們可以體認到『舌象為外露胃鏡像』之說。

本研究針對 148 名有上消化道潰瘍患者，無論有無胃幽門螺旋桿菌感染，舌質以黯紅舌為主、舌苔以黃膩苔為主、舌下絡脈多見怒張及瘀象，與健康成人的舌象—舌質淡紅、苔薄白、少見舌下絡脈怒張及瘀象，具有統計學上顯著的差異，也印證了古人說『舌為脾胃之外候』，舌象可以靈敏的反映出腸胃道方面的問題。

而在舌苔與潰瘍的分類相關性，雖然統計上並沒有顯著的差異，但是我們觀察到胃潰瘍患者似乎有黃膩苔的傾向（40%），十二指腸潰瘍患者似乎有薄白苔的傾向（34.67%）；若是用中醫的

證型來解釋，是否意味著胃潰瘍患者，主要是以肝胃鬱熱、溼熱中阻為多，而十二指腸潰瘍患者，其臨床證型則以肝氣犯胃、脾胃虛寒為主，這也有待我們日後收集更多個案以得到更客觀的分析。

消化性潰瘍治療前後的 41 例患者，內視鏡檢查觀察到在潰瘍的分期方面，皆從潰瘍活動期、癒合期，進步到癒痕期，而且大多已檢測不出胃幽門螺旋桿菌的存在；在舌象變化方面，首先看到舌質的變化不大，主要在舌苔、舌下絡脈的變化；我們知道，西醫臨床上用標準藥物（standard drugs：H₂-receptor blockers, sucralfate, antacids）來治療消化性潰瘍患者 6 週，發現在十二指腸潰瘍患者約有 80-90% 可癒合，而胃潰瘍患者就只有 60%³²；在本研究觀察到治療前後十二指腸潰瘍患者比胃潰瘍患者舌苔顯著地由黃轉白、由膩轉薄（P=0.0282），舌下絡脈怒張也有統計學上顯著的差異（P=0.0230），這是否也印證了從舌象觀察也可以得知，十二指腸潰瘍患者比胃潰瘍患者更易治癒？疾病發展是一種複雜的過程，可能患者在患有消化性潰瘍疾患的同時，又兼有其他臟腑的病變，而導致舌苔不相符合，這也有賴日後追蹤患者，以及收集更大量的樣本數。

在舌下診應用方面，無論是舌下絡脈怒張或是瘀象，治療前後皆有顯著差異，說明舌象可以反映出血瘀證型的深淺，且病勢向癒。

此外，在第二次上消化道內視鏡檢查後仍有胃幽門螺旋感染的 8 位患者，雖然在內視鏡檢查下潰瘍多已癒合，但其組織學檢查仍有胃幽門螺旋桿菌存在；舌象分析可見治療後舌質、舌下絡脈怒張及瘀象均變化不大，但舌苔卻大多由薄轉厚、由白轉黃，顯示胃幽門螺旋桿菌根除與否，不僅攸關治療成功與否，也與中醫所說的脾胃功能是否有持續受損有密切的關係。

第六章 結論

消化性潰瘍患者在中醫舌診中，無論有無胃幽門螺旋桿菌的感染，舌質以黯紅舌較多（45.27%）、舌苔以黃膩苔較多（38.51%），舌下絡脈多有怒張（72.30%）及瘀象（40.54%）；而在治療前後舌苔顯著由黃轉白、膩轉薄（ $P=0.0145$ ），舌下絡脈怒張（ $P=0.0463$ ）及瘀象（ $P<0.0001$ ）皆有改善，說明患者病勢向癒，印證了舌診的臨床意義，可進一步應用在推測病狀之進退。本研究在證實中醫的舌診，是可以靈敏地反映出潰瘍患者消化道的氣血寒熱變化，而且臨床應用在診斷治療與預後判斷是有一定的客觀性及科學性。

期盼更大型、更廣泛的研究，明確地找出舌診與胃部疾患的關聯與規律，再配合科學化的定性、定量研究，這也是現代中西醫結合的臨床工作者未來努力的目標！



參考文獻

1. 神戶中醫學研究會：舌診與脈診，旺文出版社，台北，2005；pp3-4
2. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson：Harrison's principles of internal medicine 16th edition, McGraw-Hill Companies, Inc., New York；2005；pp1746-1762
3. 陳淑芬：全國消化性潰瘍病患與季節性變化之相關。北市醫學雜誌，2008；1：65-74
4. 王季藜、李玉玲：舌診辭典，立得出版社，台北，2004；pp1-62
5. 馬建中：中醫診斷學，國立編譯館主編，正中書局，台北，1980；pp33-61
6. Byrd JA et al：Glossitis and other tongue disorders，Dermatol Clin 21，2003，pp123
7. 張光遠、謝慶良：舌診的中西醫學觀。當代醫學，2007；2：48-54
8. 陳建仲：中醫舌診標準化之研究特定疾病舌苔資料庫之建立。中醫藥年報，2006；24：177-216
9. 陳文秀：使用高解析度彩色攝影系統對中醫舌診作定性及定量分析之研究。中醫藥年報，1998；5：637-663
10. 黃銘涵、林平、蘭世迂、鄭菊芹：慢性淺表性胃炎與HP感染120例的臨床觀察。遼寧中醫學院學報，2005；2：99-100
11. 張菽芹、朱惠芳：184例慢性幽門螺桿菌感染性胃病患者的舌象分析。浙江中醫學院學報，2001；4：21
12. 冷輝林、吳快英：以舌象變化揣急性腦血管病之預後及轉歸。遼寧中醫雜誌，2008；10：1544-1545
13. 姚保泰：中醫舌像與胃鏡像對照圖譜，山東科學技術出版社，濟南市，1996；pp3-5
14. 林乾樹：137例慢性胃病患者舌脈變化與胃黏膜病變關係之探討。福建中醫學院學報，1998；4：5-6
15. 王長洪. 陸宇平. 陳山泉. 王立新. 朱紅. 張敏. 楊卓：10216例胃病患者

- 消化內鏡與舌診觀察。中國中西醫結合消化雜誌，2002；4：233-234
16. 李春富：胃、十二指腸疾病的舌苔觀察。江南職工醫學院學報，2004；2：135-137
17. 姚福弟. 程樹紅. 余毅：消化性潰瘍分期及幽門螺旋桿菌與舌象的關係分析。廣東醫學院學報，2007；25：173-175
18. 余毅. 陳杭軍. 戴映平. 鄺寧子. 廖敦. 姚福弟. 阮華沙. 林雪香：消化性潰瘍與幽門螺旋桿菌和舌象關係的初步觀察附:356例病案報告。成都中醫藥大學學報，2005；2：14-16
19. 沈紅 譯：黃厚舌苔表明消化機能低下。日本醫學介紹，1995；6：285
20. 樊寶莉：胃痛病人舌苔變化及辨證施食。時珍國醫國藥，2000；11：954-955
21. 俞亞琴. 石喜之：消化性潰瘍的臨床分期與舌像關係探討。浙江中醫雜誌，2001；12：524
22. 林穗芳：淺談舌象變化與胃部疾病的關係。福建中醫藥，1999；30：10-11
23. 韓鴻雁、馬杰、趙樹華：慢性胃炎舌像與胃黏膜像的定量關係。中國中西醫結合消化雜誌，2004；12：23-24
24. 牛素蒲、趙禮一：淺析舌診與上消化道疾病的關係。中國實用醫藥，2007；33：92-94
25. 武和平. 鄭嘉崗：舌苔變化與胃鏡所見的關聯性觀察。上海中醫藥雜誌，1994；8：9
26. 劉興山. 孟慶陽. 郝筱倩：良性胃病患者胃鏡下黏膜與舌診及辨證分型關係的臨床研究。中醫研究，2008；6：29-32
27. 李玲秀、王宗殿：舌診與脾胃病的相關性研究。江西中醫學院學報，2006；4：774-75
28. 王惠娟. 陳憲海：中醫舌診與胃部疾病對照研究的現狀與展望。山東中醫藥大學學報，2000；6：474-476
29. 鄭振鴻. 許中華：上消化道病症感染幽門螺旋桿菌的舌溫與舌色之探討。台灣中醫醫學雜誌，2002；9：67-82

30. 黃銘涵、林平：HP 感染相關性胃病中醫證治研究進展。實用中醫藥雜誌，2005；2：126-127
31. 陳朝元、王岩：幽門螺旋桿菌與慢性萎縮性胃炎及其證型的關係。中醫藥學刊，2002；6：828-829
32. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson：Harrison's manual of medicine 16th edition, McGraw-Hill Companies, Inc., New York 2005; pp 737-741
33. 沈麒麟、王佩芳、唐紅敏、沈輝：舌像與胃鏡像及 Hp 的關係分析。中國臨床醫學，2004；3：451-452



附錄 (1)

ID	Type	治療前舌質	治療後舌質	治療前舌苔	治療後舌苔
1	DU	黯紅+2	黯紅+1	黃膩+1	白膩+2
2	DU	黯紅+2	黯紅+1	白+1	白+2
3	GU&DU	淡紅+2	黯紅+1	白+1	白膩+2
4	DU	淡紅+1	淡紅+2	白+1	白+1
5	DU	黯紅+2	黯紅+1	白膩+2	黃膩+1
6	DU	淡紅+2	淡紅+1	白+1	白+2
7	GU	淡紅+2	淡紅+2	白+1	白+2
8	GU&DU	淡紅+1	淡紅+1	白+1	白+2
9	GU&DU	淡紅+2	淡紅+1	黃膩+2	黃膩+1
10	DU	淡紅+1	淡紅+2	白+1	白+2
11	DU	淡紅+1	淡紅+1	白+1	白+2
12	GU&DU	紅+2	紅+1	黃膩+1	黃膩+2
13	GU	黯紅+1	黯紅+2	白+1	白膩+2
14	GU	淡紅+2	淡紅+1	黃膩+2	黃膩+1
15	GU&DU	淡紅+1	淡紅+2	白+2	白膩+1
16	DU	淡紅+1	淡紅+2	黃膩+2	白+1
17	GU	淡紅+1	淡紅+2	白膩+1	白膩+1
18	DU	黯紅+2	黯紅+1	白+1	白+1
19	GU	黯紅+2	黯紅+1	黃膩+2	黃膩+1
20	DU	淡紅+1	淡紅+2	白+2	白+1
21	DU	淡紅+1	淡紅+1	白+1	白+1
22	DU	黯紅+2	淡紅+1	白膩+2	黃膩+2
23	DU	淡紅+2	淡紅+1	白+1	白+1
24	DU	淡紅+2	淡紅+1	黃膩+2	黃膩+1
25	DU	淡紅+2	淡紅+2	白+1	黃+1
26	GU&DU	紅+1	紅+1	白膩+1	黃+1
27	DU	淡紅+1	淡紅+1	黃+2	白+2
28	DU	黯紅+2	黯紅+1	黃膩+1	黃膩+2
29	DU	紅+1	淡紅+2	黃膩+1	白膩+1
30	DU	黯紅+2	黯紅+1	白+2	白膩+1
31	DU	淡紅+2	淡紅+2	白膩+2	白膩+1
32	DU	紅+1	紅+1	黃+2	白+1
33	DU	紅+1	紅+1	黃+1	黃膩+2
34	DU	淡紅+1	淡紅+2	白+1	白+2
35	GU&DU	淡紅+1	淡紅+1	黃膩+2	白+1
36	DU	黯紅+2	黯紅+1	白+2	黃膩+1
37	DU	淡紅+1	淡紅+2	黃膩+1	黃+1
38	GU&DU	淡紅+1	淡紅+2	黃膩+1	白+1
39	GU&DU	紅+1	淡紅+2	黃膩+1	黃膩+2
40	DU	淡紅+1	淡紅+2	白膩+2	黃+1
41	DU	淡紅+1	淡紅+1	白+1	白+1
42	GU&DU	紅+1	淡紅+2	黃膩+1	白+1
43	DU	黯紅+1	黯紅+1	白膩+2	黃膩+1
44	DU	淡紅+1	淡紅+2	黃膩+1	黃膩+1
45	GU	黯紅+2	黯紅+1	白+2	黃膩+2
46	DU	黯紅+2	黯紅+1	黃+1	白+2
47	DU	黯紅+1	淡紅+2	黃+2	黃+2
48	GU	黯紅+2	黯紅+1	白膩+2	白膩+1
49	GU	淡紅+2	紅+1	黃+1	白+1

舌質分 淡紅+1、+2；紅+1、+2；黯紅+1、+2；紫+1、+2；舌苔分 白+1、+2；黃+1、+2；白膩+1、+2；黃膩+1、+2

附錄 (2)

ID	Type	治療前舌下脈絡怒張	治療後舌下脈絡怒張	治療前舌下脈絡瘀象	治療後舌下脈絡瘀象
1	DU	有+3	有+2	有+2	無+0
2	DU	有+3	有+1	有+1	無+0
3	GU&DU	有+2	有+1	有+1	無+0
4	DU	有+2	有+1	有+2	有+2
5	DU	有+1	有+1	有+2	有+1
6	DU	有+2	無+0	有+2	無+0
7	GU	有+1	有+2	有+3	無+0
8	GU&DU	有+1	有+2	有+1	無+0
9	GU&DU	有+2	有+2	有+2	有+1
10	DU	有+2	有+1	有+1	有+1
11	DU	有+1	有+2	無+0	無+0
12	GU&DU	有+2	有+1	有+3	有+1
13	GU	有+2	有+1	有+3	有+1
14	GU	有+2	有+1	有+1	無+0
15	GU&DU	有+2	有+2	無+0	無+0
16	DU	有+3	有+1	有+1	無+0
17	GU	有+1	有+2	有+1	無+0
18	DU	無+0	無+0	有+2	有+1
19	GU	有+1	有+2	有+2	無+0
20	DU	有+2	有+1	有+1	有+2
21	DU	有+2	有+1	有+2	無+0
22	DU	有+2	有+1	有+2	有+1
23	DU	有+2	有+1	無+0	無+0
24	DU	無+0	無+0	有+1	無+0
25	DU	有+1	有+2	無+0	無+0
26	GU&DU	有+2	有+1	無+0	無+0
27	DU	有+2	有+2	有+2	有+1
28	DU	有+3	有+1	有+1	無+0
29	DU	無+0	有+2	無+0	無+0
30	DU	有+2	無+0	有+2	有+1
31	DU	有+2	有+1	無+0	無+0
32	DU	無+0	有+1	無+0	無+0
33	DU	有+2	有+1	無+0	無+0
34	DU	有+2	有+1	有+2	有+1
35	GU&DU	有+2	有+1	有+2	有+1
36	DU	無+0	有+1	有+3	有+2
37	DU	無+0	無+0	無+0	無+0
38	GU&DU	有+1	有+2	無+0	無+0
39	GU&DU	有+2	無+0	有+2	有+1
40	DU	有+3	有+2	有+1	無+0
41	DU	有+1	有+1	無+0	無+0
42	GU&DU	有+1	有+2	無+0	無+0
43	DU	有+2	有+1	無+0	無+0
44	DU	無+0	有+1	有+2	有+1
45	GU	有+2	有+1	有+1	無+0
46	DU	有+1	有+2	無+0	無+0
47	DU	有+1	有+1	無+0	無+0
48	GU	有+2	有+1	有+2	有+1
49	GU	無+0	無+0	有+1	有+1

舌下絡脈怒張分+1、+2、+3；瘀象分+1、+2、+3

Abstract

The peptic ulcer disease is the common situation in digestive tract. It is concerned with *Helicobacter Pylori*. And there is an old saying that the tongue is the mirror of the stomach. So it tells there is a close relationship between the tongue inspection and the peptic ulcer disease. In the study, the differences between the healthy and the patients with the peptic ulcer disease are compared in the tongue manifestation. And then, the study can compare and contrast the tongue manifestations between the patients with the gastric ulcer and those with the duodenal ulcer. And the tongue manifestations can be compared before and after the treatment. Moreover, the changes of the tongue fur, with or without *Helicobacter Pylori*, can also be studied. By observing the tongue manifestations, it can be applied to evaluate the prognosis and the curative effects of the patients with the peptic ulcer disease.

In the study, there are 50 healthy adults in the control group and 148 patients in the experimental group. The patients were arranged to have the upper gastrointestinal endoscopy in clinic to make sure they were with the peptic ulcer disease. Besides, it has to be sure that they were without the systemic disease, active ulcer bleeding, malignancy of gastrointestinal tract and severe stained fur. Then, they were taken a photo to record their tongue manifestations. The result was that 108, out of the 148 patients with the peptic ulcer disease, had the *Helicobacter Pylori*, which means the other 40 were not. Their tongue manifestations were mostly with yellow slimy fur and red dark tongue, and the sublingual collateral vessels are with engorgement and blood stasis. In the 49 of 108 patient that accepted triple treatment took the second upper gastrointestinal endoscopy and the second photo for the tongue manifestations after three months. This

time was to exclude 8 patients still with Helicobacter Pylori infection. That means the other 41, who got well on the ulcer and were not with Helicobacter Pylori, were treated to be compared the changes of their tongue manifestations. The result showed the color of tongue had no differences, but the fur obviously changed from yellow to white, and from thick to thin ($P=0.0145$). The sublingual collateral vessels with engorgement ($P=0.0463$) and blood stasis ($P< 0.0001$) both got improved obviously. It told the patients were getting well. That proves the tongue inspection has the clinical meaning. It can be applied in figuring out the symptoms is good or not. The study is to show the tongue inspection in Chinese Medicine can sharply reflect the qi, blood, cold and heat of the patients with peptic ulcer disease. And it is objective and it is also science to apply the tongue inspection in clinic diagnosis, treatment and prognosis.

Key words : tongue inspection
tongue diagnosis
tongue manifestation
peptic ulcer
upper gastrointestinal endoscopy