

四 诊 研 究

腭粘膜征 2176 例的观察分析

上海医科大学中山医院

陈泽霖 周月明 章勤荣 胡庆福 戴豪良 吴榕洲 潘晓霞 陈依萍

腭粘膜包括软腭粘膜和硬腭粘膜二个部分。腭粘膜中有丰富的血运,在疾病过程中该部位可有不同程度的小静脉曲张、小动脉扩张、出血及粘膜面的色调改变等变化,这些变化统称为腭粘膜征(以下简称腭征)异常,腭征异常可能与中医的血瘀证有联系,有关这方面的研究,日本已有报道⁽¹⁾。为了观察健康人群中腭征的变化情况和探讨其在中医临床辨证中的意义,我们于1984年6~11月间对1144例健康人及1032例各类疾病患者的腭粘膜作了调查,现将结果报告如下。

观察对象和方法

观察对象:健康组的对象为大学生、工人献血者、知识分子、干部及社会福利院的老年人。健康人的标准参阅文献⁽²⁾。1032例患者主要为本院的门诊和住院病人。疾病种类包括:慢性支气管炎(5.7%),哮喘(3.2%),肺源性心脏病(1.7%),上消化道出血(5.0%),肝硬化(4.9%),高血压病(9.1%),冠心病(7.0%),风湿性心脏病(2.8%),慢性肾炎(9.8%),白血病(5.9%),血小板减少性紫癜(2.5%),糖尿病(9.8%),恶性肿瘤(3.5%),月经不调(10.8%),慢性咽喉炎(11.1%)。各类疾病均由临床专科医生确诊。为了尽可能反映各年龄组健康人和病人的腭征分布情况,使其具有一定代表性,健康人和病人均分成6个年龄组:20岁以下组,21~30岁,31~40岁,41~50岁组,51~60岁组和60岁以上组。

观察方法:腭征由二名医师共同观察,主要检查软、硬腭粘膜上的血管变化(包括充血、扩张、淤血、出血等改变)和粘膜面色调的改变,参照伊原信夫制定的标准将腭征分为四级。0度:在腭粘膜上基本看不到小血管的显露,粘膜面呈淡红色;软腭粘膜征(以下简称软腭征)I度:腭弓处粘膜稍红,可见较清晰的细小血管显露,此型基本属正常范围;软腭征II度:有I度的表现,并可看到充血扩张的小动脉和曲

张的小静脉;软腭征III度:软腭粘膜上的小动脉明显充血扩张或小静脉明显曲张淤血,或有出血现象,或在II度变化的基础上再加粘膜面色调深红或紫暗的改变。一般认为软腭征II、III度属异常情况。硬腭粘膜征(以下简称硬腭征)I度:在硬腭粘膜上可见清晰的小血管;硬腭征II度:粘膜上小动脉扩张、充血,或小静脉曲张、淤血;硬腭征III度:可见明显的小动脉充血、扩张,或小静脉瘀血、曲张,或有出血现象,或在II度变化的基础上再出现粘膜面色调深红或紫暗的改变。此硬腭征I、II、III度均属异常情况。

除观察腭征外,还观察了被检者的舌苔、舌质、舌脉的变化。

结 果

表1为2176例腭征的分布情况,在健康人组中,男性软腭征异常的比例高于女性,统计学处理有非常显著的差异($P < 0.01$)。疾病组软腭征异常和硬腭征异常的比例均高于健康人组,差异均极显著(P 值均 < 0.001)。

表1 健康人与病人的腭粘膜征比较

腭粘膜征		健康组			疾病组		
		男 (785 例)	女 (359 例)	合计 (1144 例)	男 (584 例)	女 (448 例)	合计 (1032 例)
软 腭 征	0+I度	651 (82.9)	320 (89.1)	971 (84.9)	418 (71.6)	321 (71.6)	739 (71.6)
	II+III度	134 (17.1)	39 [△] (10.9)	173 (15.1)	166 (28.4)	127 (28.4)	293* (28.4)
硬 腭 征	0度	707 (90.1)	322 (89.7)	1029 (89.9)	498 (85.3)	374 (83.5)	872 (84.5)
	I度以上	78 (9.9)	37 (10.3)	115 (10.1)	86 (14.7)	74 (16.5)	160* (15.5)

注:表中括弧内数字为%(表2、表3、表4同);[△]与健康男性比较 $P < 0.01$; * 与健康组比较 $P < 0.001$

表2表明,健康人软腭征异常的比例随年龄增高而逐渐递增,20岁以下组仅为9.2%,而60岁以上

表 2 腭粘膜征 2176 例 分布情况

腭粘膜征	<20 岁组		21~30岁组		31~40岁组		41~50岁组		51~60岁组		60 岁以上	
	健康人 (325 例)	病人 (34 例)	健康人 (121 例)	病人 (199 例)	健康人 (102 例)	病人 (124 例)	健康人 (292 例)	病人 (192 例)	健康人 (210 例)	病人 (276 例)	健康人 (94 例)	病人 (207 例)
软腭征												
0+I度	295 (90.8)	30 (88.2)	107 (88.4)	145 (72.9)	86 (84.3)	85 (68.6)	236 (80.8)	133 (69.3)	172 (81.9)	206 (74.6)	75 (79.8)	140 (67.6)*
II+III度	30 (9.2)	4 (11.8)	14 (11.6)	54** (27.1)	16 (15.7)	39** (31.4)	56 (19.2)	59** (30.7)	38 (18.1)	70 (25.4)	19 (20.2)	67* (32.4)
硬腭征												
0 度	285 (87.7)	30 (88.2)	101 (83.5)	156 (78.4)	86 (84.3)	100 (80.7)	271 (92.8)	166 (86.5)	194 (92.4)	238 (86.2)	92 (97.9)	182 (87.9)
I 度以上	40 (12.3)	4 (11.8)	20 (16.5)	43 (21.6)	16 (15.7)	24 (19.3)	21 (7.2)	26* (13.5)	16 (7.6)	38* (13.8)	2 (2.1)	25** (12.1)

与同年龄组的健康人相比较: * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

表 3 血瘀证患者的腭粘膜征变化情况

腭 粘 膜 征		51~60 岁 组				40~50 岁 组		21~30 岁 组	
		健康人 (210 例)	冠心病 (75 例)	肝硬变 (27 例)	糖尿病 (44 例)	健康人 (292 例)	肝 癌 (52 例)	健康人 (121 例)	月经不调 (43 例)
软腭征	0+I度	172 (81.9)	54 (74.0)	19 (70.4)	27 (61.4)	236 (80.8)	26 (50.0)	107 (88.4)	30 (69.8)
	II+III度	38 (18.1)	19 (26.0)	8 (29.6)	17* (38.6)	56 (19.2)	26** (50.0)	14 (11.6)	13* (30.2)
硬腭征	0 度	184 (92.4)	57 (78.1)	22 (81.5)	39 (88.6)	271 (92.8)	39 (75.0)	101 (83.5)	31 (72.1)
	I 度以上	16 (7.6)	16* (21.9)	5 (18.5)	5 (11.4)	21 (7.2)	13** (25.0)	20 (16.5)	12 (27.9)

与同年龄组的健康人相比较: * $P < 0.01$; ** $P < 0.001$

组却为 20.2%。在 20 岁以上各年龄组中, 病人组的腭征异常率均高于同年龄组的健康人, 且多数有统计学意义($P < 0.05 \sim 0.01$)。表 3 为肝癌、冠心病、肝硬变、糖尿病、月经不调 5 种疾病中血瘀证患者腭粘膜征分布及与相应年龄健康人组的比较情况。从中可见, 5 种疾病中血瘀证患者的腭征异常率均高于同年龄组的健康人, 其中多数有统计学意义 ($P < 0.01 \sim 0.001$)。

表 4 为 892 例腭征正常的健康人和 373 例腭征异常病人的舌质、舌脉的分布情况, 腭征异常病人组的淡红舌比例明显低于腭征正常的健康人组, 而红舌、青紫舌、舌脉粗张等病理舌象的比例显著高于腭征正常的健康人组 ($P < 0.001$)。

讨 论

腭粘膜上皮血运丰富, 而且血管位置表浅, 易于显露, 是观察人体细小血管变化的理想部位。中医理论认为腭位于鼻咽部中心, 是人体“表”与“里”的交接区, 而且该部位与许多经络相关联, 如手阳明大肠经、足太阳膀胱经、足少阴肾经和足厥阴肝经均络于此,

表 4 腭粘膜征和舌质、舌脉的关系

舌 象	健康人组 (892 例)	病人组 (373 例)
淡 红 舌	649 (72.8)	205 (54.9)*
淡 白 舌	14 (1.6)	7 (1.9)
暗 红 舌	33 (3.7)	19 (5.1)
红 舌	119 (13.3)	79 (21.2)*
青 紫 舌	77 (8.6)	63 (16.9)*
舌 脉 粗 张	239 (26.8)	168 (45.1)*

* 与腭粘膜正常的健康人比较 $P < 0.001$

因而腭粘膜血管的淤血、充血变化, 可能反映机体内的某些病理变化, 日本学者在这方面曾作过探索⁽⁴⁾。

本文对 1144 例健康人的调查结果表明, 健康人的腭粘膜呈淡红色, 粘膜上无明显的血管显露或仅在软腭上有细小血管可见, 软、硬腭粘膜上均无颗粒样隆起或出血斑点。但健康人也有一定数量出现腭征异常, 值得临床观察腭征时予以注意。健康人中出现异常腭征, 表明腭粘膜的血运丰富, 反应较灵敏, 当人体的有些病理变化尚未表现任何临床症状时 (即疾病的亚临床阶段), 腭粘膜上已可有所反映。伊原 信夫

的观察表明, 腭征可以作为诊治某些特定疾病的潜伏期即“未病”阶段的重要指标。我们以往在大量健康人的舌象调查中发现不少健康人可有异常舌象出现⁽²⁾, 因此健康人群中出现的异常腭征和异常舌象是否是体内潜在病理变化的早期征象, 值得加以研究。

腭征具有一定的临床意义, 本次检查了临床内科各系统疾病患者的腭征, 表1结果表明, 病人软、硬腭征异常的比例大大高于健康人(P 值均 <0.001), 在20岁以上各年龄组中, 病人组的腭征异常率均高于同年龄组的健康人, 且多数有统计学意义($P<0.05\sim0.01$)。这说明许多慢性疾病均可影响腭粘膜的血供, 造成肉眼可见的充血、淤血或出血现象。从中医辨证分型来看, 本次调查的病人大都属于气滞血瘀、气虚血瘀、血虚或血热的范畴, 因此腭征异常可能与中医的气、血病理变化有关。伊原信夫在临床观察中发现, 腭征异常在妇科疾病、变态反应性疾病、自身免疫性疾病、血管疾病、胃肠道疾病、肿瘤等病种中易见, 他认为这些疾病具有反复发作、迁延难治的倾向和有血瘀、血虚或血热的征象, 腭征异常反映了疾病的这二个特点⁽¹⁾。在现代医学中, 口腔粘膜征观察也很受重视, 在系统性红斑狼疮、硬皮病、遗传性出血性毛细血管扩张症、阿狄森氏病的诊断中腭征具有重要意义, 另外, 腭征也可作为类似蜘蛛痣的体征出现, 在肝硬化、病毒性肝炎、类风湿性关节炎、糖尿病等疾病的诊断中有一定意义⁽⁴⁾。

为了进一步探讨腭征异常与中医血瘀证的关系, 本文将肝癌、冠心病、肝硬化、糖尿病、月经不调五种疾病中舌质淤紫或舌脉曲张、中医辨证属血瘀证者的腭征变化情况与同年龄组的健康人作比较, 结果表明腭征异常和血瘀证之间关系密切, 肝癌血瘀证患者的软、硬腭征异常率均明显高于对照组($P<0.001$); 冠心病血瘀证患者的硬腭征异常率显著增高($P<0.01$); 月经不调和糖尿病血瘀证患者主要表现为软腭征异常率升高($P<0.01$)。这提示腭征异常(主要为粘膜血管的扩张、淤血)和青紫舌、舌脉曲张一样都是中医血瘀证的外部表现。

血瘀在肝癌的中医辨证中占有重要地位, 童氏曾报道, 原发性肝癌患者舌的左右两侧边缘常呈现青或紫色条纹或不规则形状的黑色斑块, 境界分明, 易于辨认⁽⁵⁾。我们在1046例恶性肿瘤患者的舌象调查时发现, 在所有恶性肿瘤中, 肝癌患者的青紫舌比例最高, 达50%, 舌脉曲张占64.3%⁽⁶⁾。本文观察的52例肝癌, 舌质淤紫或舌脉曲张占72.2%, 软、硬腭征异常的比例分别为50%和25%, 为其他各类疾病之

首。可见除舌诊外, 腭征观察在肝癌的临床诊断方面具有较大的参考价值。

糖尿病、冠心病和月经不调的病机均与中医的血瘀有关。早期糖尿病病人的舌质往往偏红, 但随着病程延长, 体内代谢紊乱, 血小板聚集性升高, 可使小动脉发生硬化, 同时可有血液成份的改变, 如纤维蛋白原、双球蛋白、珠球蛋白、 C_3 补体、双巨球蛋白增多, 白蛋白减少, 从而导致体内血液粘度增加, 血细胞聚集性增加, 血流不畅或淤滞⁽⁷⁾, 患者的舌质可变为暗红或紫暗。本文观察的44例糖尿病患者中舌质瘀紫或舌脉曲张者占43.6%, 软、硬腭征异常者分别为38.6%和11.4%, 这表明腭征和舌诊均能反映患者的血瘀情况。

冠心病患者除有血流动力学方面的变异外, 还常伴有血液流变性的改变⁽⁸⁾。月经不调(包括痛经、月经紊乱、功能性子宫出血)患者常有血液粘滞性增高和微循环障碍的表现⁽⁹⁻¹⁰⁾, 这些病理改变是血瘀证发生的基础。本文冠心病和月经不调血瘀证患者的腭征异常率明显升高, 可能也是这些病理改变的一种表现。

腭征和舌苔的关系不密切, 但腭征异常(充血或淤血)与红绛舌、青紫舌、舌脉曲张之间有较高的相关性(见表4)。伊原信夫在临床观察中也发现在高血压病和盆腔器质性疾病中, 患者若出现腭粘膜淤血征象, 则大都伴有舌质瘀紫的表现⁽¹⁾。表明腭征异常和红绛舌或青紫舌、舌脉曲张具有相同的临床意义, 都是体内某种病理变化的外部表现, 换言之, 腭征异常的形成机理和红绛舌、青紫舌、舌脉曲张有共同之处。

舌色鲜红或深红一般均示营分有热, 但热的性质有虚实的不同。导致舌质发红的因素很多, 其中以舌上皮固有层中的血管扩张、增生为最重要⁽¹¹⁾。活体舌微循环检查和病理切片观察中均见舌粘膜毛细血管扩张、充血⁽¹²⁾。此次腭征观察中发现: 舌质红绛病人的腭粘膜面色调常鲜红, 粘膜血管扩张充血, 严重者还可见到出血现象。伊原信夫也曾发现红舌与腭粘膜充血表现间的关系密切, 他认为腭粘膜的单纯充血反应是血热的一种表现, 病理切片可察见腭粘膜下层血管扩张、水肿, 并有轻度炎症细胞浸润及淋巴细胞集聚⁽¹³⁾。腭粘膜的这些形态变化与红舌非常相似, 似可认为腭粘膜血管的扩张充血和舌上皮血管的扩张充血具有相同的临床意义, 均是体内某些病理变化如发热、炎症反应、毒素刺激、血液高凝状态、基础代谢升高等的反映, 因而都可作为中医辨证的指标。

青紫舌和舌脉曲张是中医血瘀证的重要指征。近年来对血瘀证的研究表明, 血瘀是一个和血液循环有关的病理过程, 具体表现为微循环障碍、血液流变性

异常、血小板聚集性升高和血流动力学改变。鉴于唇征和青紫舌的发生密切相关, 唇粘膜血管的淤血或粘膜面的色调变为紫暗, 也可能是机体微循环异常的一种反映。唇粘膜血管的淤血变化是否也与青紫舌一样, 也反映患者血液流变性和血小板聚集性的改变, 值得进一步研究。

参考文献

- (1) 伊原信夫: 日本东洋医学会志 32(3):7, 1981。
- (2) 陈泽霖等: 中医杂志 22(2):18, 1981。

- (3) 伊原信夫: 日本东洋医学会志 30(4):23, 1980。
- (4) Shklar G: J Invest Dermat 47(2):15, 1966。
- (5) 童国璋: 福建中医药 (7):227, 1962。
- (6) 陈泽霖等: 中西医结合杂志 (2):81, 1981。
- (7) 池芝盛: 国外医学参考资料内科学分册 (8):348, 1978。
- (8) 胡庆福等: 中医杂志 24(6):467, 1983。
- (9) 刘平: 中医杂志 24(6):429, 1983。
- (10) 洪家铁: 中华妇产科杂志 (4):1, 1984。
- (11) 陈泽霖等: 舌诊研究。第二版, 第202页, 上海科技出版社, 1982。
- (12) 陈泽霖等: 上海中医药杂志 (6):43, 1983。
- (13) 伊原信夫: 日本东洋医学会志 (4):51, 1981。

独取督脉穴治疗癫痫

山东省青岛市第二人民医院 孙书鸿

近年来, 我们运用督脉经穴对 31 例癫痫患者进行探索性治疗, 收到较好效果, 现介绍如下。

一、临床资料: 本组 31 例中, 男 19 例, 女 12 例。年龄 1~10 岁 11 例, 11~20 岁 7 例, 21~30 岁 6 例, 31~40 岁 7 例。发病原因脑炎后遗症 9 例, 脑外伤 5 例, 高烧 6 例, 受惊 5 例, 恼怒 6 例。病程最短 1 年, 最长 8 年。1~5 日犯一次 17 例, 一日犯 2~40 次 14 例。

二、治疗方法: 选取督脉穴, 分为四组。一组: 大椎、风府、百会。二组: 长强、腰俞、命门。三组: 百会、长强。四组: 人中、龈交。用 28 号针, 进针得气后, 一组穴位行捻转补法, 二组穴位行捻转泻法, 各留针 30 分钟, 每日一次, 6 次为一疗程, 停针一天继续针刺。三组穴位适应于体质虚弱及病程较长的患者, 用艾条灸百会、长强二穴, 灸至红润汗出, 每日一次, 6 次为一疗程。四组穴位适应于病情发作时, 用三棱针点刺人中、龈交出血或用 26 号针行雀啄式手法。

三、疗效观察: (一) 疗效标准: 痊愈: 治疗后 5 年以上未发病者。好转: 治疗后发作时间缩短, 间隔时间延长, 发病时症状明显减轻者。无效: 经治疗三个疗程症状无改变者。(二) 治疗结果: 31 例中痊愈 6 例, 好转 16 例, 无效 9 例。

四、典型病例: 徐×, 男, 10 岁。1964 年 8 月 15 日初诊, 门诊号 28056。

患者于半年前高烧初愈, 当夜 11 点钟, 其母发现患儿四肢抽搐, 牙关紧闭, 口吐涎沫, 两眼直视, 呼之不应, 约 3~4 分钟自醒, 醒后随即入睡。次日除

精神不振外, 别无不适, 以后每日发病 1~2 次, 严重时遗尿, 曾经某医院诊断为癫痫, 服苯妥英钠、苯巴比妥以及中药, 并外用中药贴敷足心等法收效不著。查其发育营养一般, 精神欠佳, 四肢活动如常, 脉短数无力, 舌淡红、苔薄白。

治疗经过: 先取第二组的穴位, 进针得气后用捻转泻法, 再针第一组的穴位, 进针得气后行捻转补法, 各留针 30 分钟, 经过一个疗程的针刺治疗, 症状大为减轻, 发作时间缩短, 口吐涎沫减少, 继续针刺以上两组穴位 3 个疗程, 症状基本消失。以后隔日针刺一次, 两个疗程后痊愈。随访 10 年未复发。

五、讨论: 督脉是人体诸阳经的总汇, 与脑、肾、肝都有密切关系, 它在生理功能上主要有两种作用: 一是督率阳脉, 二是统摄真元。更由于督脉起于下极之俞, 其循行路线, 并于脊里, 上至风府, 入脑和足厥阴肝经会于巅。督脉的主要病候, 为脊柱强直, 角弓反张, 而癫痫的症状, 恰好与督脉病候有相似之处。

脑为奇恒之府, 是一切精神活动的物质基础, 故有“元神之府”之称。脑与髓相通, 又有脑为髓海之说。督脉上通于脑, 下至尾闾, 系精髓升降之路, 癫痫发病表现为督脉经气逆乱, 波及元神之府, 神明失职而出现暴仆神昏, 牙关紧闭, 四肢抽搐, 口吐涎沫或发怪声。所以在探讨癫痫的病因、病机、治疗等方面, 不能仅拘泥于痰、火、风等论点。本组在治疗中, 以独取督脉经穴, 按虚则补之, 实则泻之, 陷下则灸之的治疗原则来调理督脉, 使清升浊降, 气调髓和而收