

舌诊经验拾遗

“前贤四诊以望为先，而望以辨舌为要，以其根于至深，发于最著，内外相应，转变甚速，最显而最可凭也”（江西清末名医姚国美语）。故中医精详于舌而理验俱丰，虽至今日，仍有不少独到之处亟待我们进一步挖掘与整理。笔者在师从于我院名誉院长姚荷生时，就不禁为其舌诊的真知灼见而慨叹。现对其经验谈几点看法。

1 黑苔须辨水火燥湿：黑为水色，水被火焚，成炭亦黑，故黑色之苔，有阴阳之分，如肾水上凌，来克心火，此黑因阴盛而现也；心火偏亢，火反似水，此黑因阳盛而现也。大抵阳盛之黑如烟煤，甚则起刺；阴盛之黑如淡墨，甚则起芒；湿热上腾者，黑而滑厚；燥火熏灼者，黑而干裂。属心则舌质或红或赤；属肾则舌质或淡或紫；胃之焦黑，多从黄厚而转；脾之灰黑，则或从白滑或从微黄而现。阴阳偏虚者，黑从舌根而起，治宜壮水以制阳光，或益火以消阴翳；燥湿偏胜者，往往现于舌之中心，治宜泻阳以救津阴，或温中以化湿浊。

2 舌绛须辨浅深虚实：舌之深红者曰绛，乃热入营血之色。但热有虚实，位有浅深。大抵绛而润者为虚热，绛而干者为实热；舌尖之绛为心火自炎，舌心之绛为胃火劫阴，舌根之绛为肾水重灼；心阴伤则绛而鲜明，胃阴伤则绛而干裂，肾阴伤则绛而枯萎，三者若亏损已极，则舌光如镜面而多主不治。热从卫气初入营血者，其绛有苔而滑，此热虽深入而气分未尽，犹可望透热转气也。更有湿痰壅闭，热不得泄而逆传心包者，其绛望之若干，扪之原有津液，甚或舌上有苔而舌底绛赤，此邪热虽在血分，兼有湿浊不化，法宜清透外达也。这些与上述之热甚灼液，阴虚生热而绛者，又不可同等对待。总之，绛为火色，润泽之绛，水尚未竭，病犹可治，焦枯之绛，真阴已涸，病主危险也。

3 辨舌苔须分清浊松紧与聚散：舌苔之辨，虽已有白黄灰黑、厚薄润燥及腐腻剥光等分别。但仍有嫌其不足而须再辨其清浊、松紧与聚散者。如薄白之苔，平人有之，外感表证与内伤轻证亦乎有之。此时，若非寒热偏显而有润燥与舌色可参者，不详审其清浊、松紧与聚散，则不足以凭舌而别其平病矣。清为清纯，浊为混浊。正气自清，邪气必浊，邪之无形较清，邪之有形更浊，故凭清浊可辨邪气之有无及类型。松为松浮，紧为沉紧，聚为团聚，散为弥散。气机流通，腑浊自散，苔亦松散；邪阻气机，腑浊自结，苔亦紧聚，故凭松紧聚散可知气机之通滞、浊邪之散结。因此，同为薄白之苔，无病之人，则苔色清莹而呈半透膜状，苔质松浮而呈内有外少

的均匀分布，故易见舌底；若有外感表证或内伤郁证，则失其清净松活之象，或因偏寒而雪白如霜，或因偏热而混白如粉，或白苔满布全舌，或苔质板实沉紧，或白苔偏聚一处，故虽薄也不易见底。由此推而广之，可以类似方法洞察病机之进退，即无论何种病苔，凡见其由清渐浊、由松渐紧、由散而聚，则知其病进；反之则知其病退，这样乃能见微知著而治病于先。

4 辨舌质须察光泽神态：如何审辨舌神，前人曾有多种说法，但揭其要领，应以红活明润、充实灵动为有神，以晦滞枯萎、呆板僵硬为无神。以红为血色，血充则色艳；活为气动，气旺则血行；明为光明，无形以候阳；润为润泽，有形以候阴；充实有质，为精所填；灵动有机，为神所役。因此，舌体有神，说明阴阳气血精神俱足，生机自然旺盛；反之，阳气败则晦滞，阴血竭则枯萎，精神绝则僵硬呆板，生机自难维系。生机者，生存之契机也，无论外感内伤，寒热虚实，其病势之转归，终取决于此。就临床应用而言，舌神全无者虽非常见，但舌神之多少及其增减却应时时注意。例如舌质来说，无论淡、红、青、绛等，皆有色活与色滞之异。色活者，说明邪气未固，正气未困，处理及时则病势易退；兼挟暗滞，即有正不胜邪、虚实混杂之机，故往往病势缠绵、易进难退。

5 剥苔疑似须辨真假：苔之厚薄关乎邪气，苔之有无关乎胃气。但在苔的剥落现象中，有几种疑似之处须加注意与鉴别。在急性病变中，苔剥之处光洁无底者为真剥苔，即胃阴大伤之凶兆；若剥脱之处，仍有薄底者，乃类剥苔也，是胃气来复、邪退较速之吉象，两者顺逆大异，而辨证全在于剥脱之处有根与无根。在慢性病变中，慢性剥苔须与舌裸和游移性舌炎区别。舌裸乃久久舌苔不能自生，以致舌质裸露而全舌无苔（不同于有苔而易剥落者），多见于气血素亏而肝脾两虚之体。游移性舌炎，实属中医舌疾范畴，虽有舌苔大量剥落、剥落之处不见苔底，但剥落之处不仅此起彼伏、游行不定，而且剥落边缘特有糜烂样的突起界线，据此可知其剥落乃因舌面慢性糜烂而侵蚀苔底所致，实属小儿常见的脾虚滞热之证，其病势之轻重缓急与剥苔阴伤之证相差悬远，故不可混同对待。

6 苔舌候病各有侧重：舌质舌苔都能反映内脏气血的寒热虚实变化，但到底以舌质为本、舌苔为标，根据同类相求、同类相亲的关系，舌质为血络所充盈，舌苔为腑气所蒸化，故候病自有相对的浅深之别、虚实之偏。验之临床，寒疝腹痛者，寒滞气腑苔白滑，寒凝血脏舌淡青；温病高热者，发于气分苔先黄，发于血分舌先绛；实邪内阻者，聚于腑则苔粗厚，结于脏则舌苍老；正气

大伤者,胃气败则苔光剥,脏真败则舌失神;……甚至在舌体的脏腑分属关系上,之所以有五脏划分与胃经划分之异,正是因为质苔有别,即以舌质分属五脏、以舌苔分属三脏,故舌绛主热而有舌尖属心、舌中属胃和舌根属肾之分,苔腻主湿而前部属上脘、中部属中脘和下部属下脘之别。总之,气病重视其苔,血病重察其质,苔先变者责之腑,质先变者责之脏,……由此可以把握病机浅深与病势轻重之大概矣。

江西中医学院(330006) 刘英锋

中医药治疗 胃癌癌前病变须标本兼顾

胃癌癌前病变(Precancerous lesions of gastric cancer, PLGC)是指胃粘膜上皮中、重度不典型增生及非完全性结肠化生而言。研究表明,胃粘膜上皮细胞癌变并非是由正常细胞一跃而变为癌细胞的,而是一个渐进的过程;在发展为恶性肿瘤之前常经历一个相当长的演变阶段,即PLGC阶段。若能及早识别和控制其向胃癌方向发展,对开展胃癌的二级预防有积极意义。迄今为止,西医临床尚缺少对之疗效确切、副作用小的药物,一般主要针对基础胃病如慢性萎缩性胃炎等进行治疗,并定期随访,一旦出现重度不典型增生有癌变趋向时,则考虑行外科手术治疗,但这仅是一种消极的措施。

PLGC这一病理概念属于中医“胃痞”、“胃脘痛”之范畴。长期以来的临床实践证明,中医药对其有疗效较好和副作用小的优势。综观目前的临床报道,有以辨证分型如脾胃虚寒、肝胃不和、脾虚气滞、脾胃阴虚及湿热内蕴等分别论治者;有以基础方加减及固定专方治疗者;对其病机的认识、药物的运用及疗程的长短尚缺乏一定的统一性。由于PLGC病程较长,而中医认为“久病必虚”、“久病多瘀”,故其临证每多虚实夹杂;治疗时若辨之过细,既不利于疾病的治疗、药物的筛选和推广,也不利于治疗效果的观察。

近年来,特别是“八五”对中医药治疗PLGC的协作攻关以来,已较一致地认为其主要病机为本虚标实,病位在脾胃,与肝相关连,本虚以脾胃气阴两虚为主,标实则有气滞、血瘀、热毒蕴胃等;因而强调以健脾益气养阴、活血理气、解毒抗癌为治疗大法。现代药理实验研究也证实,益气健脾养阴扶正之品如黄芪、太子参、白术、白芍、石斛等能调节机体免疫功能,提高抗病能力,增强胃粘膜对有害因子的抗御清除能力即保护胃粘膜的作用;理气活血化瘀之品如三七、丹参、枳壳、郁金、香橼皮等能增加胃粘膜血流量,改善微循环,纠

正胃粘膜缺血缺氧,降低血管通透性,减少炎症渗出,促进局部炎症的消散、吸收,萎缩腺体的复生及增生性病变的改善;而解毒散结抗癌之品如莪术、蒲公英、半枝莲、白花舌蛇草等则具有一定的防突变和抑制癌细胞的作用。总之,临证治疗PLGC应紧紧抓住其虚实夹杂之病机特点而施予标本兼顾之方药,如是则往往能切中肯綮,收到较为满意的疗效。

广州中医药大学脾胃研究所(510407) 胡玲 劳绍贤

肺痹咳嗽方临床验证有效

咳嗽乃临床上一种常见症,对某些迁延不愈的患者,治疗颇感棘手。笔者研读《中医杂志》1996年第8期“肺痹咳嗽治疗心得”一文,深受启发。在临床中经常遇到这种病人:多无寒热,仅自觉咽喉、气管发痒而咳,咳甚则牵连胸肋疼痛,无痰或少痰,胸透或X线片示:心肺(一)或肺纹理增多。应用抗生素治疗效果不佳,既浪费了药物,也给病人增加了经济负担。去冬今春仿肺痹咳嗽方随症加减治疗多例,疗效满意,兹举验案2例。

例1:施某,女,45岁。1996年10月22日初诊。近3年来,每年冬天必发咳嗽,每次持续时间长达3~4个月。用消炎抗菌、止咳化痰等中西药治疗不效,待天暖时逐渐好转。此次发病已一月有余,干咳无痰,咽喉、气管发痒即咳,咳则牵连胸痛、头痛,夜间、清晨咳甚,且伴食欲差、咽痛、腹胀便秘,严重影响休息与工作。胸透示:右下肺纹理增多,血、尿常规均正常。舌尖红、苔薄白稍燥,脉弦略数。用青霉素、氨苄青霉素静脉点滴半月无效后建议其改服中药治疗。处方:炙麻黄6g,炒杏仁15g,炙甘草6g,桔梗10g,橘红10g,炙款冬花15g,炙紫菀15g,炙枇杷叶30g,百部10g,沙参15g,枳壳12g,黄芩12g,莱菔子30g。每日1剂,分3次服,4剂后,自觉咳嗽大减,夜能安睡,咽痛、便秘均减轻,又予上方4剂痊愈。

例2:王某,男,6岁。1996年12月12日初诊。入冬以来,常患咳嗽。此次发病已两周,咳嗽有少量痰,不烧,咳甚则吐,食欲差,胸透正常,曾服小儿速效感冒灵冲剂、螺旋霉素、利菌沙、再林、小青龙止咳糖浆等,效不佳,因拒打针而求服中药。舌边尖红、苔白根腻,咽红、扁桃体不大,脉细弦。方药:炙麻黄3g,炒杏仁8g,炙甘草3g,桔梗6g,橘红5g,炙款冬花6g,炙紫菀6g,炙枇杷叶15g,牛蒡子6g,焦槟榔8g,大黄炭5g。每日1剂,分4~5次服,2剂后,咳嗽轻、食欲增,继服2剂获愈。

西安建筑科技大学医院(710055) 聂秋霞