

诊法研究

齿印舌患者临床调查分析

上海医科大学中山医院 钱心如 陈依萍 陈泽霖

齿印舌是一种常见的舌象表现，在正常人或各种疾病的患者中都可见到。为了解齿印舌的发病率及与临床病证的关系，我们进行了临床调查及研究。现报告如下。

一、资料来源

我们收集了1987年8~9月和1988年2月间中山医院除传染科外的全体住院病人（为叙述方便称为病人组）的资料，共1261例，分析了他们的病史、病种、体征和实验室指标。对其中有齿印舌者进行了中医辨证，并以1980年我院采集的5403例正常人舌象的原始资料中有齿印舌者作为正常对照（称对照组）。正常人标准见另文⁽¹⁾。

二、调查结果

1. 一般分析：病人组1261例，有齿印者425例，齿印舌出现率为33.70%。对照组5403例，有齿印舌797例，出现率为14.75%。病人组齿印舌出现率为正常人组的2.3倍，经统计学处理有显著性差异（ $P < 0.001$ ）。

进一步分析，病人组男性681例中有齿印舌205例，占30.10%；女性580例中有齿印舌220例，占37.94%。经统计处理，男女之间差异明显（ $P < 0.01$ ）。而正常人中齿印舌男、女的出现率分别为15.02%和14.44%，无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。

齿印舌的出现与年龄有关，无论病人组还是对照组，都以20~40岁年龄组最多，而低于或高于该年龄范围者，齿印舌出现率则降低。

2. 舌象分析：我们对病人组的舌象进行了比较分析。

(1) 舌形：经调查齿印舌在胖舌中最多见，350例胖舌中有209例，占59.71%；830例中等舌形中有206例，占24.82%；瘦舌出现齿印较少，81例中仅发现10例，占12.35%。经检验三组间差异均有显著性（ $P < 0.001$ ）。

(2) 舌色：淡白舌伴有齿印最多，186例淡白舌中有105例（56.45%）齿印舌，大大高于平均数33.7%；淡红舌605例中，有215例（35.54%）出现

齿印；青紫舌115例中也有36例（31.30%），红绛舌中齿印舌的出现率最低，但355例中也有69例（19.44%），大大低于平均数。经统计学处理，除淡红舌与青紫舌中齿印的出现率无显著性外，其余各组之间均有显著差异（ $P < 0.05 \sim 0.001$ ）。

3. 临床体征与实验室检查：我们对病人组1261例患者的临床和实验室检查资料进行分析比较。

(1) 一般状态：齿印舌者的体温平均为37.01℃，无齿印者为36.99℃。两者无显著性。有齿印舌者平均心率为81.36次/分，无齿印舌者为81.23次/分。齿印舌患者的收缩压、舒张压及脉压差与无齿印舌相比均无显著差异。

(2) 血象：有齿印舌者的平均血红蛋白和红细胞数量均较无齿印舌者低，两者相比有显著差异（ $P < 0.05$ ）；但白细胞计数两者无显著性差异。

(3) 水肿：425例齿印舌中，26例（6.12%）有不同程度的水肿；836例无齿印舌的病人中，27例（3.23%）有不同程度的水肿。两者有显著性差异（ $P < 0.05$ ），说明齿印舌者发生水肿较无齿印舌者为多。

(4) 血清蛋白：对进行过血清蛋白测定的全部被调查者867例进行统计发现，白蛋白与球蛋白/球蛋白比例，在齿印舌组与非齿印舌组之间差异无显著性；而球蛋白在齿印舌组为 2.96 ± 0.84 克%（均值±标准差，下同），非齿印舌组为 2.86 ± 0.66 克%，两者虽有差异（ $P < 0.01$ ），但球蛋白与水肿形成的关系不大。

(5) 尿素氮：齿印舌中331例进行了血尿素氮测定，结果为 19.87 ± 16.18 mg%，无齿印舌者674例测定了血尿素氮，为 17.23 ± 12.36 mg%。两组比较有显著性差异（ $P < 0.01$ ），但均在正常范围内，意义不大。

(6) 血钾、钠、氯、二氧化碳结合率：血钾、钠、氯离子在齿印舌与非齿印舌之间无统计学差异。二氧化碳结合率在有齿印舌者平均为 21.12 ± 4.70 %，无齿印舌者为 23.52 ± 9.13 %（ $P < 0.01$ ），但很难说明其临床意义。

4. 尿蛋白分析: 齿印舌 347 例检测尿蛋白, 其中尿蛋白“-”225 例, “±”67 例, “+”24 例, “++”16 例, “+++”15 例; 无齿印舌 713 例检测尿蛋白, 其中“-”521 例, “±”122 例, “+”35 例, “++”17 例, “+++”14 例, “++++”4 例。齿印舌患者的蛋白漏出情况重于非齿印舌者, 经统计学处理, 两组尿蛋白漏出情况有显著性差异 ($P < 0.05$)。

4. 病种分析: 以病系分析, 泌尿系疾病和肝系疾病齿印舌出现率高, 前者为 43.51%, 后者为 44.3%, 而泌尿系中肾脏各种疾病齿印舌的出现率高达 53.27%。除肝系疾病外的消化系统疾病齿印舌出现率为 33.3%, 心血管系疾病为 23.1%, 肺系疾病仅 20.1%。后三者的齿印舌出现率均低于总出现率。以单个病种分析, 酸中毒、免疫功能失调或胶原疾病、泌尿系功能障碍、贫血、恶性肿瘤等的齿印舌出现率较高。

5. 中医辨证: 425 例齿印舌患者中, 以气虚证最多, 共 285 例, 血虚证 56 例, 阳虚证 48 例, 阴虚证 60 例 (因一人可兼见数证, 故例数超过病例数)。425 例齿印舌中有实证 41 例, 其中湿热最多, 占 28 例, 里热 5 例, 湿盛 3 例, 血瘀 2 例, 风热、肺热、血热各 1 例。从中可见齿印舌实证中大多为热证。若以表里来辨证, 齿印舌中里证 423 例, 表证仅 3 例, 其中 1 例兼有脾气虚。按脏腑辨证分析, 以脾胃见证最多, 心则次之, 其次为肾、肺, 而肝、胆见证最少。

三、讨论

1. 齿印舌出现率的探讨: 病人齿印舌的出现率是正常人的 2.3 倍。而正常健康人中也有 14.75%, 可能系上述病理改变的亚临床表现, 即有与齿印舌有关的各种不同程度病理变化的反应, 但未出现临床症状、体征及有意义的实验室检查改变。

正常人男、女之间齿印舌出现率无显著差异, 而病人中女性出现率高于男性, 可能与男女易患的疾病不同有关。如女性较易患胶原性疾病和贫血性疾病, 从病种分析中可见这些疾病的齿印舌出现率均高。

齿印舌的年龄分布为中间高两头低。小儿或青少年齿印舌出现率低是由于新陈代谢旺盛, 血液充盈。时至青壮年发育完成, 但许多病理改变已潜伏于体内, 所以发生率升高。到了老年, 体内的水分总量及细胞总数都逐渐减少 (比年轻时约减少了 30%~40%), 细胞间质成分的数量减少且质量退化, 多数脏器萎缩, 本次调查可见老年人的胖舌比例逐渐降低, 老年人的舌多有萎缩趋势, 出现舌不能碰及牙齿情况, 故齿印舌的出现率就自然下降。

2. 舌象探讨: 从舌形看, 胖舌的发病机制虽未完

全清楚, 但较为公认的观点是组织水肿, 血管淋巴管回流障碍, 营养不良以及代谢功能降低^[4]。这些变化与齿印舌发生的变化有一定相关, 且胖舌更易压迫牙齿, 故常与齿印相伴出现。而瘦小舌中也有齿印, 可能由于舌组织有既缺乏弹性又水肿的病理改变。曾有人认为齿印舌有舌组织水肿, 而舌很少有增大^[4]。另外部分齿印舌并非直接由牙齿压迫而产生, 其机制尚待进一步探讨。从舌色看, 有研究指出, 淡白舌的形成机制主要与贫血、红细胞数量减少、白蛋白合成障碍、血浆蛋白偏低、组织水肿等有关。齿印舌虽无血浆蛋白明显变化, 但与其他几方面关系较为密切, 所以淡白舌常伴齿印出现; 而红绛舌有脱水、伤阴等因素使舌体瘦瘪不易压及牙齿, 还由于血管充血扩张而舌局部不易造成水钠潴留等变化, 故齿印舌出现率较低。

3. 临床体征与实验室检查探讨: 我们以几项指标进行分析。

水肿: 部分齿印舌患者系由皮下水肿所致, 这与我们在部分病理切片检查发现舌上皮组织及细胞水肿是一致的。在检查中还发现尿蛋白增加, 血清蛋白却未见明显降低, 估计水肿的产生是由于局部缺氧等因素导致细胞膜与毛细血管的通透性增加引起水钠潴留而产生的结果。而球蛋白增高虽与水肿形成关系不大, 但可能与齿印舌多发于肝肾疾病、免疫功能失调、胶原系统疾病有关。

血象: 齿印舌的红细胞与血红蛋白含量降低, 可能使舌粘膜固有层血管代偿性收缩, 继而使得组织慢性缺氧及营养不良, 导致各类膜性结构及毛细血管通透性改变, 产生组织水肿。

肾功能: 通过调查发现齿印舌与肾功能异常的关系较为密切, 凡肾小管酸中毒、肾移植、肾小球疾病患者齿印舌出现率较高。这些疾病可使有效循环血容量减少、尿蛋白漏出而致水钠潴留。

二氧化碳结合率: 一般认为二氧化碳结合率的降低与代谢性酸中毒及呼吸性碱中毒有关, 而齿印舌患者与使二氧化碳排出过多的病种关系不大, 而与贫血、组织缺氧产生的酸性代谢产物增多, 或肾功能不全使酸性代谢产物排泄减少关系较为密切。

4. 齿印舌与病种关系探讨: 齿印舌出现率较高的病种为体液 pH 值降低, 如肾小管酸中毒、肾结石; 肾功能障碍, 水钠潴留, 如肾移植、肾小球疾病、系统性红斑狼疮, 他如肾结石引起的积水也能影响肾功能; 免疫功能失调使球蛋白增高的疾病, 如肾移植、系统性红斑狼疮、甲状腺疾病、肾小球疾病、肝病、心肌疾病、心包和胸膜病等; 贫血性疾病, 如缺铁性

贫血、妊娠及产后、妇科疾病；免疫功能降低的疾病，如白血病、肿瘤等。

5. 齿印舌与中医辨证关系的探讨：本次调查我们是按照中医虚证辨证参考标准⁽⁴⁾，辅以《中医诊断学》⁽⁵⁾的各项诊断标准作出的。从调查结果可见以气虚见证最多。齿印舌兼有淡白舌色则为气血两虚，因淡白舌的出现与贫血有关。齿印舌的虚证较实证明显为多，不仅见有气血虚，尚有一定的阴虚和阳虚的表现。由于齿印舌在中医古代文献中未见报道，因此缺乏文献依据可资借鉴。国外文献中Burket氏认为，齿印舌之形成可见于以下五种情况：(1)受炎症性疾病影响致舌质肥胖；(2)异常舌之结果；(3)巨舌常伴有舌边锯齿形，尤其在齿有缺失或不规则的患者中更为明显；(4)维生素B族缺乏、未控制的糖尿病或粘液水肿；(5)舌肌肉张力丧失⁽⁶⁾。这可以解释临床上气虚、阳虚所致舌体增大之淡白舌确实常伴有舌边齿印，但有些舌体瘦小的红舌或光剥舌（阴虚）也可有齿印之形成，可能系由舌之炎症所致。齿印舌患者气虚表现占绝大多数，而表现为寒象明显的阳虚症状却相对少

见。从脏腑辨证来看，以脾、心、肾见证最多。脾、肾为气的先、后天之源，易与气虚相伴出现。脾、肾两脏之虚都会影响心的功能，而心开窍于舌，心的功能异常能很快反映于舌，故齿印舌患者心的见证也多见。临床病邪辨证中湿证的发病率是最高的。其原因在于脾肾不健，水湿运化失常，以致水湿停滞，且因气虚致气化作用减弱，也可导致湿邪的产生与停滞。

关于齿印舌形成机理很复杂，我们工作是初步的，有待进一步深入研究。

参 考 文 献

- (1) 陈泽霖，等，5403例正常人舌象检查分析，中医杂志1981；(2):18.
- (2) 陈泽霖，舌诊研究，上海科技出版社，1982:186.
- (3) Kaplan B J, The clinical tongue. Lancet 1961; 1:1096.
- (4) 全国虚证会议，中医虚证辨证参考标准，中西医结合杂志1983；3(2):117.
- (5) 邓铁涛，中医诊断学，上海科技出版社，1984.
- (6) Burket L W, Oral medicine, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott, J B Company, 1952.

真武汤治疗双手震颤2例

甘肃省金塔县人民医院 何天有

例一：雍××，男，56岁，1985年10月10日初诊。患者自1983年3月起双手不自主震颤，逐步扩展至下颌、口唇及头部，并逐渐加重，遇有情绪波动时更甚。在某医院曾诊断为震颤麻痹，口服左旋多巴片，顿服顿效，因胃肠副作用大而被迫停药，遂延余诊治。初诊时体查：双上肢、下颌及头部震颤，不能自控，震颤幅度中等，头部前倾，双上肢呈轻度铅管样强直，不能作精细动作。血压130/90毫米汞柱，心电图、脑电图均正常。舌质淡、舌体胖、舌苔白而润，脉象沉滑而弱、两尺尤甚。诊为肾阳不足，水气内动。治以温阳化水，佐以熄风止痉，真武汤加味主之。方用：黑附片12克，白芍、白术、茯苓各10克，生姜6克，全蝎6克（研细冲服），生牡蛎30克。水煎口服6剂，震颤减轻，续进30剂双手震颤消失，惟头部有轻微颤动，但能自控，已能参加生产劳动，随访二年未加重。

例二：万××，男，52岁，1988年8月5日初诊。患者于发病前一周患流行性感，自服九味羌活

丸加阿斯匹林后，大汗出，头痛身痛减轻，但仍觉身冷畏寒，继而出现双上肢不自主震颤，以右上肢为著。震动时手腕内屈，手指呈搓丸状，舌质淡、苔白润，脉沉迟。诊为肾阳不足，水气内动。治以温阳化水，佐以熄风止痉，真武汤加味主之。方用：黑附片12克，白芍、白术、茯苓各10克，生姜6克，全蝎6克（研冲），生牡蛎30克。水煎口服3剂，双手震颤明显减轻，又续进20剂，双手震颤消失，随访3月未见发作。

按：双手震颤临床一般分为气血两虚、肝肾不足、痰热风动。从以上2例患者的病症、舌象、脉象分析，属肾阳不足、水气内动而致病。方中附子辛热以壮肾阳，使筋脉得以温煦，使水有所主。白术燥湿健脾，使水有所制。生姜宜散佐附子之助阳，是主水之中有散水之意。茯苓淡渗，佐白术健脾，是于制水之中有利水之用。芍药既可敛阴和营，又可制附子刚燥之性。全蝎、牡蛎熄风止痉。诸药合用，可使阳气得复，水气得化，震颤得愈。