

四 诊 研 究

430 例癫痫患者舌下络脉及其相关因素分析

王 宏 东*

摘要 目的:观察癫痫患者的舌下络脉并进行分度,探讨与血瘀证的关系。方法:观察 430 例癫痫患者的舌下络脉并进行分度,就其发作频率、病程、病因、脑电图、发作形式进行分析比较。结果:认为在癫痫患者中血瘀证占相当比例,其舌下络脉异常率达 59.5%。病因中以外伤性癫痫为甚,发作频率越高,病程越长,瘀象愈显著。其中以单纯部分性发作(运动症状为主)瘀象为显,而脑电图异常与血瘀证关系不大。结论:血瘀证可能是癫痫的重要病理基础之一,与正电子发射断层扫描(PET)和单光子发射计算机断层扫描(SPECT)等研究相吻合,但尚有 40.5%舌下络脉正常,故血瘀证不是癫痫的唯一病理变化。

主题词 癫痫/诊断 舌诊 @ 舌下络脉

癫痫一直是神经科中的痼疾,长期以来中医药治疗积累了一定的经验,但尚有许多不尽人意处。为探索新的治疗方法,应该首先从癫痫的病因病机上进行摸索。近年来,我们观察了 430 例癫痫患者的舌下络脉,现总结并分析如下。

1 临床资料

全部临床观察资料均属 1991~1996 年的门诊及住院癫痫病例,均为发作间期,共 610 例,除外合并非脑器质性病变者,筛选为 430 例。

1.1 一般资料:舌下络脉的分度观察:患者取端坐位,面向光亮处,张口令舌尖向上自然翘起,轻抵上腭与门齿根部交界处,令下唇及下颌下拉,务使舌腹面充分暴露,仔细观察舌下络脉主络、支络的色泽和形态变化,以及走行、宽径、长度等(婴幼儿酌情强制取样)。观察时间一般在 5~10 秒以内,若继续观察,可令患者放松舌体,休息片刻,再重新卷舌观察。以下是参照陈泽霖^[1]之《舌诊研究》而修定的舌下络脉分度观察标准,共分 4 度。I 度(正常舌下络脉):直径 $<2.5\text{mm}$,长度 $<$ 舌尖到舌阜连线的 $3/5$,分支 <2 支干;II 度(轻度异常舌下络脉): $2.5\text{mm}\leq$ 直径 $<3\text{mm}$,长度 $\geq$ 舌尖到舌阜连线之 $3/5$,分支 >2 支干;III 度(中度异常舌下络脉):直径 3mm ,长度 $>$ 舌尖到舌阜连线 $3/5$,形态隆起、饱满,伴轻度曲张,分支 >3 支干;IV 度(重度异常

舌下络脉):直径 $\geq 3\text{mm}$,怒张,分支呈丛状,色紫,伴有瘀血斑点。

1.2 癫痫患者相关因素分组观察:本文就癫痫患者舌下络脉与病程、发病频率、病因、脑电图、发作形式的关系进行系统观察。病程分 20 年以上、11~20 年、1~10 年、1 年以下各 4 组;发作频率按 1 周内发作 1 次以上,1 周~1 月发作 1 次以上,1 月以上~1 年发作 1 次以上,1 年以上发作 1 次分 4 组;病因观察依据有脑外伤、产伤、颅内感染、热惊史共 4 组,其它病因因病例不足未列,而有并列因素如热惊兼脑外伤史者也予以排除;发作形式方面,就强直一阵挛发作(GTCS)、单纯部分性发作(以运动症状为主)、失神发作、复杂部分性发作分 4 组比较,其中剔除了有两种以上发作形式者,而其它发作类型较少,不列入比较;脑电图以正常和异常分两组对照,临界状态脑电图不作比较范围。

2 结果

430 例患者中,舌下络脉 I 度 174 例,占 40.5%,II 度 129 例,占 30%,III 度 84 例,占 19.5%,IV 度 43 例,占 10%。年龄 9 个月~56 岁,平均为 23.5 岁;男性 263 例,女性 167 例。

表 1 癫痫发作频率与舌下络脉分度比较[例(%)]

络脉分度	1 周以内	1 周~1 月	1 月~1 年	1 年以上
I	11(17.2)	42(40.3)	61(38.1)	60(58.8)
II	17(26.6)	31(29.8)	57(35.6)	24(23.6)
III	25(39.0)	22(21.2)	28(17.5)	9(8.8)
IV	11(17.2)	9(8.7)	14(8.8)	9(8.8)
合计	64	104	160	102

2.1 癫痫发作频率与舌下络脉分度比较:表 1 示,本组癫痫病例以频率 1 周以内组出现异常舌下络脉最多(82.8%),1 年以上组最低(41.2%)。而 III、IV 度舌下络脉出现率依次为 1 周以内、1 周~1 月以内、1 月~1 年、1 年以上。1 周~1 月以内、1 月~1 年与 1 年以上组比较有显著差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$),余各组比较均无显著差异($P>0.05$)。

2.2 癫痫病程与舌下络脉分度比较:表 2 示,病程 20 年以上者呈现异常舌下络脉最多,达 75%,其中 III、IV 度达 50.5%。其余依次为 1~20 年组(72.5%)、1~10

* 上海市浦东新区中医医院神经内科,上海市浦东新区南桥路 399 号(201200)

收稿日期:2001-10-29;修回日期:2002-12-12

表2 癫痫病程与舌下络脉分度比较[例(%)]

络脉分度	20年以上	11~20年	1~10年	1年以下
I	17(25.0)	36(27.5)	75(46.0)	46(67.5)
II	17(25.0)	45(34.4)	54(33.1)	13(19.1)
III	22(32.4)	32(24.4)	25(15.3)	5(7.4)
IV	12(17.6)	18(13.7)	9(5.6)	4(5.9)
合计	68	131	163	68

表3 癫痫病因与舌下络脉分度比较[例(%)]

络脉分度	颅内感染	热性惊厥	脑外伤	产伤
I	28(37.3)	30(37.4)	14(20.3)	6(40.0)
II	28(37.3)	29(36.3)	24(34.8)	5(33.3)
III	14(18.7)	13(16.3)	22(31.9)	4(26.7)
IV	5(6.7)	8(10.0)	9(13.0)	0
合计	75	80	69	15

表4 癫痫患者脑电图与舌下络脉分度比较[例(%)]

络脉分度	正常	异常
I	30(47.6)	79(42.0)
II	21(33.3)	50(26.6)
III	8(12.7)	40(21.3)
IV	4(6.4)	19(10.1)
合计	63	188

表5 癫痫发作形式与舌下络脉分度比较[例(%)]

络脉分度	强直一阵挛发作	失神发作	复杂部分性发作	单纯部分性发作
I	97(32.0)	5(41.7)	2(20.0)	7(36.8)
II	101(33.3)	4(33.3)	4(40.0)	4(21.1)
III	69(22.8)	3(25.0)	3(30.0)	5(26.3)
IV	36(11.9)	0	1(10.0)	3(15.8)
合计	303	12	10	19

年组(54%)、1年以下组(32.5%)。各病程组比较,1~20年组、1~10年组与1年以下组比较,有极显著差异($P<0.01$),余各组比较,差异均无显著意义($P>0.05$)。

2.3 癫痫病因与舌下络脉分度比较:表3示,异常舌下络脉出现率从高到低依次为脑外伤(79.7%)、颅内感染(62.7%)、热性惊厥(62.6%)、产伤(60%),尤以脑外伤为最高,其中Ⅲ、Ⅳ度占43.9%。产伤组与其它各组比较均有极显著差异($P<0.01$),余各组间比较均无显著差异($P>0.05$)。

2.4 癫痫患者脑电图与舌下络脉分度比较:表4示,癫痫患者出现异常舌下络脉以脑电图异常组略多,但与总样本百分率相近,其中Ⅲ、Ⅳ度舌下络脉明显多于正常脑电图组,两组比较,差异无显著性($P>0.05$)。

2.5 癫痫发作形式与舌下络脉分度比较:表5示,癫痫发作形式中出现Ⅲ、Ⅳ异常舌下络脉从多至少依次

为单纯部分性发作(以运动症状为主)、复杂部分性发作、强直阵挛发作、失神发作,而异常舌下络脉比例以复杂部分性发作最多。强直阵挛发作组与其它3组比较,差异有极显著意义($P<0.01$),余各组间无显著差异($P>0.05$)。

3 讨论

舌下络脉实际上就是舌静脉,舌的静脉在舌内吻合成静脉,汇集成舌静脉,注入颈内静脉,舌静脉及其较大分支均有静脉瓣。正常人舌下两根静脉隐现舌下,脉色暗红,不兼青紫,亦不见它色,主干粗细均匀,脉形柔软,不怒张、不紧束、不弯曲、不增生,排列有序,多为单支。陈泽霖^[1]报告5403例正常人舌脉,其中83.77%单支干,10.99%为双支干,5.24%为多支干,长度不超过舌尖到舌阜连线的3/5,占总数之98.61%,舌下静脉管径最粗为 $2.0\pm 0.37\text{mm}$ 。凡舌脉长度明显,超过舌尖至舌下肉阜之3/5,出现明显双支干、多支干,形态紊乱,侧支形成,形态迂曲或呈囊柱状,或根部局部扩张,舌下静脉宽度超过2.5mm,便意味着血瘀证的存在。而上述各项指标的每一项加重,都提示血瘀程度加重,病程长^[2]。舌下静脉改变是由于血液流变学和动力学改变,导致气滞血瘀,舌下静脉压力升高,静脉瘀血、缺氧,舌血流量增多,出现不同程度之静脉曲张,侧支静脉甚至出血点。目前已通过微循环和病理组织学的观察^[3],证实异常舌下络脉的实质是微血管系统的瘀血。据此,将舌下络脉分为4度以表示血瘀程度的加深,是有其客观依据的。

本组资料中观察癫痫患者舌下络脉异常率占近60%,而Ⅲ、Ⅳ度占近30%,故提示癫痫患者中血瘀证比例较高。癫痫的成因极其复杂,历来亦有因瘀致病之说,最早详见于明·鲁伯嗣所著《婴童百问·卷二·惊痫》,有“血滞心窍,邪风在心,积惊成痫。”近来有人认为,癫痫的部分成因是由于脑外伤或脑手术后瘢痕形成,或脑部炎症引起的粘连,在大脑皮质运动区产生刺激性病灶,或由于心脑血管疾病等原因导致脑缺血缺氧。多数学者认为,癫痫发作间期局部灌流量减低,发作时增加。Cibbs^[4]首先证明,癫痫发作时脑血流量增加。而Meyer认为,大发作时脑氧代谢率增加, CO_2 贮积,CVP CO_2 增高,血管扩张充血,脑血流量增加,发作终止时,脑血流量继续上升。Podreka^[5]通过PET、SPECT观察发现,25例癫痫发作间期90%出现低血流区病灶。国内吴逊^[6]报道,测定45例癫痫病人发作间期之SPECT,22例局部脑血流量(rCBF)异常,其中20例rCBF降低。使用活血化瘀药物可以改善脑血液循环和血氧供应,改变血液流变学性质,促使癫痫瘢痕

消失,粘连缓解,使皮质运动区停滞性病理性兴奋灶逐渐消除。杨公华^[7]等曾用活血化瘀法治疗 40 例癫痫取得良好疗效。既然舌下络脉的异常变化可以确认为血瘀证的重要指标,故我们通过分度观察舌下络脉,以进一步分析癫痫相关因素与血瘀证的关系。

癫痫发作频率的舌下络脉分布以 1 周以内组异常舌下络脉出现率最高,且大部分为Ⅲ、Ⅳ度,1 年以上组舌下络脉异常率最低。提示发作频率与血瘀证有较大关系,频率越高,瘀象越明显,即为癫痫频繁发作,反复脑缺氧,脑血管痉挛,脑血流量减低,累积效应所致。发作频率少,可使局部血液微循环有机会再通修复。

癫痫病程与血瘀证亦密切相关。病程 20 年以上组异常舌下络脉最多,尤以Ⅲ、Ⅳ度为最,其次依年份减少而递减,而 1~10 年及 1 年以下组异常舌下络脉均低于平均数。此为瘀证之普遍规律,所谓久病入络,瘀阻络脉,清窍闭阻,诱致病证发作。但 20 年以上组与其它组比较差异不大,可能日久虚象渐显,瘀象反而退居其次。有报道舌下瘀点主要见于慢性病例。但老年人可见异常舌下络脉增多,如“鱼子酱舌”,观察时应注意区别。

显而易见,癫痫病因中以外伤性癫痫与血瘀证关系较为密切。而异常舌下络脉以外伤性癫痫最多,尤以Ⅲ、Ⅳ度为主,与现代研究相符合。Ingvar^[9]报告 23 例癫痫中皮质 rCBF 病灶低于正常,而外伤性癫痫在受伤侧半球有弥漫性血流灌注减少。颅脑外伤后脑髓气血失调,窍络易生瘀阻。谢海洲曾以抵当汤加味治疗外伤性癫痫,效果较好^[10]。而颅内感染、热性惊厥、产伤的舌下络脉比例低于脑外伤组,但比较发现产伤组与其他 3 组差异很大,推论与血瘀证关系不大,而颅内感染、热性惊厥尚不能确定是否与血瘀证有关。

分析癫痫患者舌下络脉与脑电图关系,发现脑电图的异常变化与舌下络脉关系不大,因脑电图主要反映大脑的生物电活动,与血液流变学改变无关。但正常脑电图组舌下络脉异常变化低于平均值,正常脑电图组可能有一部分观察时症状已控制,病灶消失,其舌下络脉含义与表 1 所示发作频率稀少相类似。

至于癫痫患者的发病形式,以单纯部分性发作舌下络脉异常率最高,Ⅲ、Ⅳ高达 42.1%,其中 4 例伴 Todd 瘫均为Ⅳ舌下络脉,多存在或潜在病理基础,可使血液流变学发生改变,复杂部分性发作和强直阵挛性发作之舌下络脉异常率也较高,失神发作最低,其机理有待探讨。但比较而言,唯强直阵挛性发作之舌下络脉与其它 3 组有较大差别,提示其与血瘀证有较大关系。

参考文献

- 1 陈泽霖. 5403 例正常人舌象检查分析. 中医杂志, 1981, 22(2): 18-20.
- 2 陈泽霖. 舌诊研究. 第 2 版. 上海: 上海科技出版社, 1982: 156-158.
- 3 靳士英, 司兆学, 曾庆瑞, 等. 瘀证舌下络脉诊法的病理组织学观察. 中医杂志, 1992, 33(3): 42-43.
- 4 顾正中主编. 脑循环与临床. 上海: 上海科技出版社, 1983: 36.
- 5 Podreka I, Suess E, Goldenberg G, et al. Initial experience with technetium-99m HM - PAO brain SPECT. J Nucl Med, 1987, 28(11): 1657-1666.
- 6 吴逊. 45 例癫痫病人发作间期的 SPECT、CT 及 EEG. 中华神经精神科杂志. 1991, (24): 6-8.
- 7 杨公华. 活血化瘀法治疗癫痫 40 例疗效观察. 江苏医药, 1979, (3): 3-4.
- 8 贵阳医学院附二院内科. 活血化瘀对 124 例肺心急性发作期舌下静脉及血液流变学测定. 贵阳医学院学报, 1988, (2): 3-5.
- 9 宋文忠. 核素脑功能显像在癫痫研究领域的新进展. 国外医学神经病学神经外科分册, 1992, (1): 11-13.
- 10 谢海洲. 专题讨论. 中医药研究, 1989, (5): 2.

第三次中华医药研究与创新学术交流会

第十一次新世纪特色专科名医学术交流会征文通知

中华医药研究与创新杂志社、中华创新医学会、华夏创新医药科技推广交流中心将于 2003 年 9 月联合举办下列会议, 征文如下。

第三次中华医药研究与创新学术交流会(简称“三次创新会”, 在北京召开): 中医、西医、中西医结合的医药护技在临床各科及理论研究方面的学术经验或体会均可。题材不限, 要求有一定的实用性、创新性和独到之处。

第十一次新世纪特色专科名医学术交流会(简称“十一次专科会”, 在辽宁省丹东市召开): 中医、西医、中西医结合各科的专科医师及民间医生、乡村医生、个体医生均可投稿。要求必须是医德医风良好、具有专科专病特长或一技之长的名医。来稿要求是总结交流某一专科专病方面的治疗经验或体会, 科别及题材不限。本次会后将组织会议代表组成“中国民间医药考察团”赴朝鲜考察。入选后的到会代表将颁发“特色专科技术奖”。

征文要求: (1) 两会征文截止日期为 2003 年 5 月 30 日。(2) 来稿要求打印, 字数在 2000 字以内, 尽量不用表格, 另纸附 200 字以内作者简介, 请自留底稿。(3) 文题下署作者姓名, 文尾写邮编、作者单位、通讯地址、联系电话。(4) 来稿经专家评审录用者, 通知参加会议并在《中华医药研究与创新杂志》上发表。(5) 会议颁发“中华医药研究与创新优秀学术论文奖”证书和继续教育学分(8 分)证书。(6) 投稿时请在信封上注明“三次创新会”、“十一次专科会”字样。(7) 2003 年 6 月 15 日前发入选通知。

联系地址: 湖北省武汉市徐东路 23 号 1—1—8C《中华医药研究与创新》杂志编辑部收, 邮编: 430062, 联系人: 张俊峰、姜丽, 联系电话及传真: (027) 86730065。