

实 验 研 究

瘀证舌下络脉的病理组织学研究

新士英 司兆学 曾庆瑞 李华仁
广州军区军医学校 (广东 510315)
时 人 唐庚云 宋玉芳

摘要 本文对8例辨证为瘀证的口鼻咽腔恶性肿瘤患者的舌下络脉进行了肉眼、光镜和电镜观察。肉眼观察可见舌质紫暗,舌腹面粘膜混浊,有瘀血丝、瘀血颗粒、瘀斑瘀点,舌下络脉扩张。光镜下见毛细血管、微小静脉扩张瘀血,粘膜上皮及棘层细胞增厚、核固缩,毛细血管内皮肥大细胞增生,腔内红细胞充盈,通透性增加。电镜观察见有微循环障碍表现,血管内皮细胞肥大增生,管腔内红细胞聚集,管腔外渗血、肥大细胞浸润等。提示舌下络脉的改变为血瘀证的一个指标。

主题词 血瘀/病理学 络脉/病理学 舌

舌下络脉诊法亦称舌下望诊法,是中医舌诊的组成部分,它主要观察的是舌腹面的络脉及细络等的变化,建国以来,对此有较深入的研究。学者们多认为它能反映机体的虚实,气血的瘀畅,对瘀证特别是肝病、肿瘤、肺心病的病情轻重、预后判断、辨证分型具有较高价值。我们曾对伴有瘀证的各种肝病、恶性肿瘤、老年病1100例进行了临床观察,典型病例均拍片分析,共建立了六项观察指标,即舌腹面粘膜、舌质色泽、瘀血丝(细络瘀血)、瘀血颗粒、瘀点瘀斑、舌下络脉等。为弄清它们变化实质,我们作了一些病理组织学观察,现将结果报告于下。

一、资料与方法

本组8例均为口鼻咽腔的恶性肿瘤,均经病理活检所证实,中医辨证符合中国中西医结合研究会第二届活血化瘀学术会议制定的血瘀证标准。舌下望诊除临床肉眼观察外并拍片分析,以求准确。在进行癌症活检的同时,于舌腹面外带取少许活组织,用戊二醛-磷酸双固定,0.12 mol 盐酸盐缓冲液漂洗,乙醇逐级脱水,环氧树脂628包埋。每例先作1 μ m半薄片,甲苯胺蓝染色,在光镜下定位,用LKB超薄切片机切片,用醋酸铀柠檬铅双重染色,以日立透射电镜观察。

二、观察结果

1. 舌腹面粘膜:临床观察以薄而“透明”,红活

而润,有光泽为正常;以晦暗、混浊、变白、干燥发生溃疡、白斑、色素沉着等为异常。从组织学观察,正常的舌腹面粘膜为保护性粘膜,由复层鳞状上皮所覆盖。上皮层较薄,无舌乳头,亦不角化。以舌背前2/3的上皮较厚,有舌乳头,且角化完全不同。临近粘膜固有层有一棘层,棘细胞呈多角形,具有细胞间桥,大小均匀,排列整齐。粘膜固有层较薄,乳头短而数多,有弹力纤维和少量胶原纤维;粘膜下层多不明显。肌层是由相互交织的横纹肌束所组成,其结缔组织与粘膜固有层、粘膜下层相延续。舌腹面粘膜在瘀证时的主要变化是混浊与变白。其主要病理变化,一是粘膜上皮表层细胞出现轻度角化,细胞体变成扁平,细胞核消失,多层压缩在一起形成无生命的鳞状结构;二是有些病例棘细胞层增厚,棘细胞肿胀,细胞核固缩及核周围空隙形成出现空泡,细胞间隙增宽,细胞间桥消失。这种变化主要见于微循环障碍,口腔湿润度降低的重症瘀证如晚期癌肿。我们观察的8例,严重瘀证癌肿有5例,可见不同程度的舌腹面粘膜角化,1例棘细胞层增厚。

2. 舌质色泽:从舌腹面观察舌质较从舌背观察容易,因为没有舌乳头的覆盖。正常的舌质,从舌腹面观之,红活鲜润,给人以“透明”感,尤以青少年为明显。异常时可见绛、紫、青、淡、苍老、污浊、晦暗,失去红活鲜润感。晦暗偏紫的舌质常见于瘀证。另外,随年龄老化舌质的红活感亦随之降低,逐渐偏于晦暗。瘀证舌质的组织学观察主要为微静脉及小静脉的瘀血扩张,乃至静脉系统的压力增高。本组8例严重瘀证有4例见此变化,另外4例可见慢性炎细胞浸润,如淋巴细胞、浆细胞、肥大细胞等。5例鼻咽癌均经放疗,可见轻度的放射性损害,如毛细血管、微小静脉扩张区与毛细血管闭塞区的相间存在。电镜可见血管内皮细胞核皱缩浓染,核膜呈不规则的锯齿状,肌纤维透明变性等。

3. 瘀血丝(或称细络瘀血):临床观察分为三种类型:细网状瘀血丝、树枝状瘀血丝、滞状瘀血丝。

正常时不见或仅见少量的细网状瘀血丝; 瘀证时可见多量的细网状瘀血丝或树枝状、襻状瘀血丝。从组织学观察, 正常的粘膜固有层有血管丛, 但毛细血管、微静脉及小静脉的血管内皮细胞不肥大增生, 管腔不扩大, 亦无血液的充盈瘀滞。瘀证时可见毛细血管、微静脉及小静脉的瘀血扩张, 红细胞聚积, 电镜下可见血管内皮细胞的肥大增生, 管腔内红细胞充盈, 与瘀证的微循环障碍相一致。一般网状瘀血丝为毛细血管充血, 常见于炎症; 树枝状、襻状瘀血丝则为微静脉及小静脉的瘀血, 是瘀证辨证中的重要见证。

4. 瘀血颗粒: 为见于舌腹面粘膜下的一些圆形紫色的微小颗粒, 与现代医学所称的鱼子酱舌相一致。正常较少见, 常见于瘀证, 8例中有5例见此舌。组织学观察为伸入粘膜层的扩张的毛细血管, 常见有血管内皮细胞的肥大增生, 管腔内可见红细胞。现代医学认为它与血中VitC水平降低, 血管周围弹力纤维减弱有关。我们观察除老年瘀证外, 亦见于老年前期甚至壮年期的瘀证患者。

5. 瘀点瘀斑: 临床观察在1~5 mm直径间的点状粘膜下出血为瘀点, 5~50 mm直径间的斑片状粘膜下出血为瘀斑。瘀点与瘀斑在粘膜下新鲜时呈红色、紫红, 陈旧后呈褐色、黄色不等。常人有时因咀嚼损伤仅见有少许外伤性出血灶, 异常时可见点状斑片状出血。组织学观察常为漏出性或破绽性出血, 多量红细胞出现在血管外, 主要见于瘀证, 常因血管通透性增强所致, 有的可见含铁血黄素的沉积。本组8例中有1例镜下见到明显的出血。

6. 舌下络脉: 根据中国中西医结合研究会四诊学术会议提出的标准, 正常的舌下络脉长为舌下肉阜至舌尖的3/5以内, 呈线状或条状, 分支少, 不饱满; 异常时超过3/5, 宽度超过2.7 mm, 有时可达5~15 mm。从组织学观察有三种类型, 柱状多分支、迂曲盘绕、葡萄串囊泡状。静脉内充盈饱满、呈青黑色。瘀证时多见有舌下络脉粗张, 有时直达舌尖。通过解剖观察它是扩张的舌深静脉、舌尖静脉与其属支。

我们曾以一例辨证为虚火喉痹的慢性鼻炎患者作

为对照观察。该例舌下望诊稍偏红, 粘膜无混浊, 舌下络脉长不超过舌下肉阜至舌尖连线的3/5, 宽约2.7 mm, 有少许细网状瘀血丝, 组织学观察主要为毛细血管周围轻度炎细胞浸润。

三、典型病例

林×, 女, 57岁, 喉癌, T₂N₀M₀, 未分化型鳞癌III级, 辨证为痰瘀结喉。舌下望诊示舌腹面粘膜轻度混浊变白, 舌下络脉柱状, 长约舌下肉阜至舌尖连线的4/5, 宽约4 mm, 充盈饱满, 有多数细网状、树枝状瘀血丝, 少数瘀血颗粒, 未见瘀点。组织学观察示舌腹面粘膜轻度角化, 粘膜细胞排列紊乱, 大小不匀, 有的细胞核固缩, 周围形成空腔, 棘层增厚。整个粘膜层及肌层毛细血管、微静脉及小静脉扩张, 多数管腔内有红细胞聚集, 组织间隙有慢性炎细胞浸润, 瘀血明显。电镜见有些毛细血管伸向粘膜表层, 断面椭圆, 内皮细胞增生, 向管腔突出, 内有红细胞充盈。

四、讨论

舌下络脉通过动脉造影、尸检、墨汁灌注、铸型标本等, 认识到它是舌下神经伴行静脉的属支舌深静脉、舌尖静脉, 而不是分布于舌体深部的舌静脉或分布于舌下腺与口腔底的舌下静脉。舌下络脉的粗张在瘀证、肿瘤、肝病、老年病都有很高的比例。舌质红活表示舌组织血运丰富, 毛细血管分布较横纹肌中的骨骼肌还多。我们观察的舌腹面微静脉及小静脉系舌深静脉的舌腹面分布的细小分支。舌质偏紫晦暗主要是微小静脉的扩张瘀血, 有的则是加有慢性炎细胞的浸润。

在一些肿瘤病人特别是晚期或已有转移的病人则见有多项指标变化同时存在。如舌腹面粘膜变白, 舌质混浊晦暗偏青紫, 瘀血丝主要见于外带呈襻状、树枝状, 而出血点则指见有针头大的小瘀点和小瘀斑, 常先于全身在舌腹面粘膜出现, 且多在瘀血丝周围, 另外即舌下络脉的粗张。

舌下望诊并非是一种特异的诊断, 而是一种辅助诊断, 可以提供传统舌诊看不到的信息, 从而弥补了它的不足。

外阴尖锐湿疣治验

空军后勤门诊部(北京 100763) 王书珍

采用复方马齿苋汤: 马齿苋 15 克, 蛇床子 9 克, 白藜皮 9 克, 苦参 9 克, 川柏 9 克, 芡实 15 克, 水煎, 坐浴阴道冲洗, 每日二次, 同时用 2% 利多卡因、

金霉素软膏阴道局部点涂。所治疗的 12 例, 多数患者 1 周治疗后, 阴痒、疼痛减轻, 白带减少, 2 周内症状消失, 局部病灶消退。有 11 例治愈, 1 例好转。