

临床报道

急性脑血管病 240 例舌象分析

山东滨州医学院(山东256603) 刘孟安 许继平

摘要 本文通过 240 例舌象分析, 认为舌诊可作为急性脑血管病辨证的客观指标, 且对观察疾病的顺逆, 判断病情的轻重, 推断预后, 均有重要意义。并以现代医学观点讨论了舌象变化的机理。

主题词 脑血管意外/诊断 舌诊 舌象

中医学认为, 舌象变化对诊治疾病具有重要意义。笔者通过对 240 例急性脑血管病舌象的观察, 发现其舌象变化有一定规律, 现浅析如下。

一、一般资料与观察方法

本文所选病例均为经本院急诊科、神经科、和中西医结合病房诊断, 包括腰穿和 CT 等检查, 临床确诊为急性脑血管病患者共 240 例。其中男 176 例, 女 64 例; 年龄 36~79 岁; 发病在 1~7 天内; 其中属出血性脑血管病 87 例, 缺血性脑血管病 153 例。本文重点观察舌象变化与急性脑血管病性质、辨证分型、肌力、意识形态和 CT 检查结果的关系, 并结合证型演变, 动态观察了舌形、舌色、舌苔的变化。现将观察结果整理报告如下。

二、观察结果和分析

1. 急性脑血管病性质与舌象变化的关系: 从表 1~表 3 中看出, 缺血性脑血管病与出血性脑血管病相比较, 缺血性脑血管病以舌形胖大、歪斜, 舌色淡白、暗红, 舌苔白腻者较多(除舌色暗红、舌苔白腻 $P<0.05$ 外, 余均 $P<0.01$); 出血性脑血管病以舌形苍老、卷缩、痿痿, 舌色红、红(紫)绛, 舌苔黄燥者较多(除舌红 $P<0.05$ 外, 余均 $P<0.01$)。

2. 中医辨证与舌象变化的关系: 本组 240 例中, 辨证属气虚络阻 68 例、阴虚阳亢 27 例、痰热壅盛 71 例、痰火闭心 32 例、痰迷心窍 24

表 1 急性脑血管病性质与舌形的关系

急性脑血管病性质	总例数	正常	胖大	苍老	歪斜	卷缩	痿痿
缺血性	232	3	68	11	143	5	2
出血性	130	1	9	34	43	27	16

注: 因舌形在两组脑血管病中常相兼出现, 故表中统计的两组总例数均大于原例数

表 2 急性脑血管病性质与舌色的关系

急性脑血管病性质	总例数	淡红	淡白	红	红绛	紫暗	暗红
缺血性	153	8	51	15	12	33	34
出血性	87	2	1	19	39	16	10

注: 舌色红绛系包括舌色紫绛在内(表 5、7 同)

表 3 急性脑血管病性质与舌苔的关系

急性脑血管病性质	总例数	薄白	薄黄	白腻	黄腻	黄燥	光剥
缺血性	153	31	8	49	45	4	16
出血性	87	0	0	16	21	39	11

例、脱证 18 例。其中缺血性脑血管病 153 例中属气虚络阻 68 例(44.4%)、阴虚阳亢 16 例(10.5%)、痰热壅盛 56 例(36.6%)、痰火闭心 4 例(2.6%)、痰迷心窍 7 例(4.6%)、脱证 2 例(1.3%); 出血性脑血管病 87 例, 分别为 0 例、11 例(12.6%)、15 例(17.2%)、28 例(32.2%)、17 例(19.5%)、16 例(18.4%)。舌象变化与各辨证之间的关系分析如下。

舌形与辨证的关系: 表 4 示, 与其他各证相比, 舌形胖大者多见于气虚络阻证($P<0.05$ ~ $P<0.01$); 舌形苍老者以阴虚阳亢证为最多, 除痰火闭心证外, 均有显著性差异($P<$

表 4 急性脑血管病 240 例的辨证与舌形关系

辨 证	总例数	正常	胖大	苍老	歪斜	卷缩	痿痿
气虚络阻	133	3	65	0	65	0	0
阴虚阳亢	48	1	0	21	26	0	0
痰热壅盛	84	0	3	10	71	0	0
痰火闭心	46	0	0	14	13	19	0
痰迷心窍	32	0	8	0	11	13	0
脱 证	19	0	1	0	0	0	18

注：因舌形在同一证中常相兼出现，故表中所统计的各证总例数常大于该证的原例数

0.01)；舌形卷缩者仅见于痰火闭心和痰迷心窍证(P 值均 <0.01)；舌形痿痿者仅见于脱证($P<0.01$)。

舌色与辨证的关系：表 5 示，与其他证相比，舌色淡白者多见于气虚络阻证($P<0.01$)；舌色红者以阴虚阳亢证为最多见，除痰迷心窍证外，与其他证相比均有显著性差异($P<0.05\sim P<0.01$)；舌色呈红(紫)绛者多见于痰火闭心、阴虚阳亢和痰热壅盛证，其中痰火闭心和阴虚阳亢证与其他诸证比较均有统计学意义($P<0.01$)；舌色紫暗者以脱证为最多，其次为痰迷心窍证，其中脱证与其他诸证比较均有

表 5 急性脑血管病 240 例的辨证与舌色关系

辨 证	总例数	淡红	淡白	红	红绛	紫暗	暗红
气虚络阻	68	8	51	0	0	9	0
阴虚阳亢	27	0	0	11	12	0	4
痰热壅盛	71	0	0	15	12	14	30
痰火闭心	32	0	0	4	27	1	0
痰迷心窍	24	2	1	4	0	7	10
脱 证	18	0	0	0	0	18	0

显著性差异($P<0.01$)；舌色暗红者多见于痰热壅盛和痰迷心窍证，与其他诸证比较均有统计学意义($P<0.05\sim P<0.01$)。

舌苔与辨证的关系：表 6 示与其他各证相比，舌苔薄白者仅见于气虚络阻证($P<0.01$)；舌苔白腻者多见于痰迷心窍证和气虚络阻证，其中痰迷心窍证与其他各证相比，均有显著性差异($P<0.01$)；舌苔黄腻者多见于痰热壅盛证($P<0.01$)；舌苔黄燥者多见于痰火闭心证和脱证(P 值均 <0.01)；舌苔光剥者仅见于阴虚阳亢证($P<0.01$)。

表 6 急性脑血管病 240 例的辨证与舌苔关系

辨 证	总例数	薄白	薄黄	白腻	黄腻	黄燥	光剥
气虚络阻	68	31	1	36	0	0	0
阴虚阳亢	27	0	0	0	0	0	27
痰热壅盛	71	0	7	4	60	0	0
痰火闭心	32	0	0	0	6	26	0
痰迷心窍	24	0	0	20	0	4	0
脱 证	18	0	0	5	0	13	0

以上观察结果提示，不同性质的急性脑血管病和其不同证型，其舌象变化均各存有一定差异。

3. 肌力、意识状态与舌象变化的关系：240 例中，肌力 $\geq IV$ 级者 39 例，II、III 级者 131 例，肌力为 0、I 级者 70 例。意识状态属正常者 112 例，嗜睡者 33 例，昏迷者 95 例。两者与舌象变化关系见表 7。

肌力大小与舌象的关系：从表 7 中看出，肌力 $\geq IV$ 级者多见舌形歪斜、胖大、舌色淡

表 7 肌 力、意 识 状 态 与 舌 象 的 关 系

	舌 形							舌 色							舌 苔						
	总例数	正常	胖大	苍老	歪斜	卷缩	痿痿	总例数	淡红	淡白	红	红绛	紫暗	暗红	总例数	薄白	薄黄	白腻	黄腻	黄燥	光剥
肌力(级):																					
$\geq IV$	65	4	21	5	35	0	0	39	6	20	4	4	3	2	39	16	3	10	4	3	3
II~III	188	0	51	6	123	8	0	131	3	27	18	18	26	39	131	15	5	45	31	19	16
0~I	109	0	5	34	28	24	18	70	1	5	12	29	20	3	70	0	0	10	31	21	8
意识状态:																					
正 常	181	4	67	2	108	0	0	112	10	50	10	6	9	27	112	4	8	28	53	9	10
嗜 睡	47	0	3	11	33	0	0	33	0	1	5	4	14	9	33	0	0	8	16	3	6
昏 迷	134	0	7	32	39	29	27	95	0	1	11	42	33	8	95	0	0	23	9	49	14

白,舌苔薄白,与其他两组肌力相比,舌色淡白(P 值均 <0.01),舌苔薄白(P 值均 <0.01);肌力为II~III级者多见舌色暗红(P 值均 <0.01),舌苔白腻(与肌力0~I级比较 $P<0.01$);肌力为0~I级者多见舌形苍老(P 值均 <0.01)、卷缩(P 值均 <0.01)、痿痿(P 值均 <0.01),舌色红绛(P 值均 <0.01),舌苔黄腻(P 值均 <0.01)和黄燥(P 值均 <0.01)。

意识状态与舌象变化的关系:意识正常者多见舌形胖大、歪斜,舌色淡白,舌苔薄白,与其他二组比较,舌形胖大(P 值均 <0.01),舌色淡白(P 值均 <0.01);昏迷者多见舌形卷缩(P 值均 <0.01)、痿痿(P 值均 <0.01),舌色红(紫)绛(P 值均 <0.01),舌苔黄燥(P 值均 <0.01)。

以上结果提示,本病舌象变化与不同程度的偏瘫和意识障碍有一定关系。

4. 证型演变与舌象变化的关系:对本组急剧进展的38例(缺血性脑血管病8例,出血性脑血管病30例),重点观察了证型演变和舌象变化的关系。结果由痰热壅盛型转痰火闭心型21例,痰火闭心型转脱证17例;舌形由歪斜转卷缩、由卷缩转痿痿各9例;舌色由红转红(紫)绛8例,红绛转紫绛17例,紫绛转紫暗7例;舌苔由黄腻转黄燥18例,转光剥3例。其中内囊大量出血时,舌象变化迅速,可在几小时内有明显改变,最明显的是由舌能正常运动到卷缩、痿痿,舌红绛变紫暗,苔黄腻变黄燥。提示舌象变化与证型演变、病情变化有一定关系。

5. CT检查结果与舌象变化的关系:本组经CT检查者53例,其中属出血性脑血管病17例,缺血性脑血管病36例。检查结果发现,舌象变化与CT检查之间存有一定关系。

在出血性脑血管病17例中,出血灶位于脑室、丘脑、内囊者10例,多见舌形卷缩或痿痿(5/10例),舌色红(紫)绛(6/10例),舌苔黄腻(4/10例)或黄燥(6/10例),其中5例伴意识障碍和中枢性高热者均呈以上舌象;出血灶位于外囊、脑叶者7例,多见舌形歪斜(7/7例)、舌色

红或暗红(7/7例),舌苔白腻或黄腻(6/7例),无一例有意识障碍或中枢性高热者,提示出血灶不同而舌象有一定差异。

在缺血性脑血管病36例中,多见舌形歪斜(33/36例)、胖大(10/36例),舌色淡白(7/36例)、紫暗(9/36例)、暗红(11/36例),而其中1例大面积脑梗塞者,舌形卷缩,舌色紫绛,舌苔黄燥,且伴有意识障碍和中枢性高热。提示舌象变化可能与脑梗塞面积的大小有关。

三、讨论

1. 证殊舌异:本组初诊中医辨证分型所见,不同证型舌象各异。一般老年体弱出现肌肤不仁、手足麻木、口眼歪斜、言语不利、半身不遂、脉细弱者,舌象所见以舌胖色淡、舌苔薄白为多,多属气虚络阻证。平素头痛头晕,突然口眼歪斜、舌强语謇、半身不遂者,多见舌形苍老、舌色红(绛)、苔光剥,多属阴虚阳亢证。体质肥胖,头目昏沉,突然口眼歪斜、言语不利、面赤身热、痰涎多、半身不遂、脉滑数者,以舌色红绛或暗红、苔黄腻为多见,多属痰热壅盛证。突然不省人事、牙关紧闭、面赤身热、躁扰不宁、肢体强痉、二便不通者,多见舌色红(紫)绛、舌苔黄燥,属痰火闭心证(阳闭证)。突然昏倒不省人事、牙关紧闭、面白唇淡、四肢不温、肢体强痉者,多见舌形卷缩、舌色暗红或紫暗、舌苔白腻,属痰迷心窍证(阴闭证)。突然昏倒不省人事、目合口开、肢凉瘫软、汗出息微、二便失禁、脉微欲绝者,多见舌形痿痿、舌色紫暗,属脱证。

2. 舌随证变:从本组急剧进展的38例看,缺血性脑血管病8例,由痰热壅盛证转为痰火闭心证(阳闭证),其舌形由歪斜转卷缩者3例,舌色均由红转为红(紫)绛,舌苔均由黄腻转为黄燥。出血性脑血管病30例,由痰热壅盛证转为痰火闭心证(阳闭证)13例,其舌形由歪斜转卷缩6例,舌色由红绛转紫绛7例,舌苔由黄腻转黄燥10例、转光剥苔3例。由痰火闭心证(阳闭证)转脱证17例,舌形由卷缩转痿痿者9例,舌色由红绛转紫绛10例、由紫绛转紫暗7例。

本组恢复期患者舌象也有明显变化。凡舌色由红转淡红,舌苔由厚变薄、由无苔生出薄白苔,示病情好转。舌色由紫暗转淡暗,病情趋于稳定。舌色红(紫)绛转红嫩,示火邪已退,真阴亏乏,余热内扰。舌苔黄燥转厚腐剥脱,继之变为无苔,多为痰火之邪渐退,呈现阴液大伤之象。

综上所述,证殊舌异,舌随证变,故舌诊可作为急性脑血管病辨证的客观指标之一。

3. 判断病情轻重:本组资料表明,舌形歪斜、胖大,舌色淡白,舌苔薄白,主要见于肌力 $\geq$ IV级和意识状态正常者,CT检查多为缺血性脑血管病中脑梗塞面积较小者,一般病情较轻。舌形卷缩、痿痿,舌色红(紫)绛、紫暗,舌苔黄燥者,主要见于肌力I、0级和意识昏迷者,CT检查多为脑室、丘脑、内囊部位出血或大面积脑梗塞者,一般病情多危重。临床观察,尤其舌体痿痿伴舌色紫暗者多难以救治。

4. 对预后的判断:本资料观察,舌色由淡红 $\rightarrow$ 红 $\rightarrow$ 绛 $\rightarrow$ 紫为逆象(本组38例病情急剧进展者均有逆象改变),反之为顺象。笔者重点观察了20例红绛舌病情较重者,结果11例恢复,9例(45.0%)死亡。26例紫绛舌病情较重者,死亡21例(80.8%)。18例紫暗舌病情较重者,死亡15例(83.3%)。全部死亡病例临死亡前舌象均变为紫枯。说明红绛舌出现是病情危重的信号,必须慎重而且正确处理,方可转危为安。出现紫绛或紫暗舌,往往预后极差,舌象变紫枯者则为死兆。

舌苔由厚渐次松腐、无苔、薄白苔为顺,由薄变厚,渐次干燥、燥裂、糙刺等为逆。本组31例薄白苔在1~10天内转白腻苔12例,转黄腻苔15例。18例白腻苔转黄腻苔。其病情有不同程度的加重。51例黄燥苔病情较重者,转瓣苔者29例,其中21例(72.4%)死亡,说明预后不良。11例满舌黄燥苔突然退去,舌色呈红(紫)绛,结果9例死亡,另2例呈光亮无苔之镜面舌始终不退,病情反复迁延不愈,肢体恢复极差,说明预后极差。

从舌形看,本组舌形卷缩者29例,死亡18

例(62.1%),舌体痿痿者27例全部死亡。说明预后极差。

5. 舌象变化的机理:关于舌象的形成机理尚不明了,但舌象变化与舌的血液循环,特别是粘膜下层的微循环、唾液的分泌、舌本身不停地运动有关,而前两者又主要与植物神经有关。舌苔是由乳头表层的上皮细胞角化、脱落与食物残渣等混合在一起,粘附在舌粘膜表面。众所周知,急性脑卒中时,特别是直接或间接累及到丘脑下部时,可导致植物神经功能紊乱,此时血中儿茶酚胺水平升高,一些腺体包括消化腺分泌减少,消化器官的粘膜下层微循环障碍,动静脉短路开放,血液回流受阻,血氧含量降低导致舌色改变。再则由于基底膜血供障碍,复层鳞状上皮细胞脱落大于正常几十倍,此时唾液分泌减少且粘稠,更促使残渣粘聚在舌面。此时病人若张口呼吸,气流直接通过口腔而不能被湿化,加之舌在口腔内不动或很少动,更促使舌面污垢干燥而成为燥苔。

临床发现,大面积脑梗塞可表现为类似脑室、丘脑、内囊部位出血的舌象,尤以舌形卷缩、痿痿较显著。其根本原因与直接或间接累及丘脑下部-植物神经中枢有关,因为大面积脑梗塞时,同时伴发脑水肿,致颅内压增高,损害丘脑下部,故出现此类舌形变化。而脑叶、外囊或小量出血,或小面积脑梗塞,因未累及或轻度累及丘脑下部,因而此类舌形变化不著。当然舌象变化机理很复杂,既有内在原因,又有外部条件,内外结合而出现各种各样的舌象变化,所以其确切机理有待于进一步探讨。

会议征文

中国民间医药协会、民间疗法研究会,拟于11月在广东召开全国首届民间疗法学术交流会,征文内容:1.关于挖掘、整理、研究、开发各种民间疗法的探讨;2.运用各种民间医疗保健方法(包括药物与非药物、内治与外治等各种形式)的实践经验介绍。

投稿者请注明工作单位和职务,收稿日期截止到8月底。收稿人:宋志恒 邮编:100027 北京朝阳区东兴路7号