

理论探讨

舌脉诊法传统理论的探索

新 士 英*

主题词 舌诊 脉诊

舌脉诊为络脉诊法分支,又是舌诊的组成部分,当今医家正在进行着广泛研究。但因其长期未被临床普遍应用,致遗存至今的文献甚少,以此亟须深入发掘,继承提高。

1 舌脉为腧穴说

马王堆古医书《足臂十一脉灸经》及《阴阳十一脉灸经》载有足少阴脉系于舌,但无“舌脉”之名称^[1]。《灵枢·经脉》始载脾、肝、肾、心四条经脉系络于舌,而只有脾、肾两脉分布舌下^[2]。《内经》还有多篇直接论述“舌脉”,如《素问·气府论》说:“足少阴舌下、厥阴毛中急脉各一”^[3];《素问·刺疟篇》说:“舌下两脉者廉泉也”^[3];《灵枢·卫气》说:“足少阴之本,在踝上三寸中,标在背俞、舌下两脉也”^[2];《灵枢·根结》说:“少阴根于涌泉,结于廉泉”^[2]。通过这些论述互证,可知《内经》时代已把舌下两脉作为肾经的腧穴,并命名为“廉泉”或“舌下”了。而且从标本论认为是肾经之标,从根结论认为是肾经之结,肯定了它是肾经的要穴。

古之舌脉作为腧穴,首用于刺血治病,是人身唯一在粘膜下刺血的部位。《内经》用于治疗疟^[3]、狂^[2]、心病^[3]、暴瘖气梗^[2]、忧患无言^[2]等证,并且指出刺舌下中脉太过出血不止为瘖。在诊断上主要观察络形,提出“盛者皆取之,不盛者释之也”^[2]的刺血指征,“盛”即舌脉充盈饱满粗张,是气滞血瘀痰郁阻塞脉道的见证。《针灸甲乙经》虽录有《内经》关于舌脉的论述,但未列为正式腧穴^[4]。葛洪首先用于刺血治疗虏黄病

和舌卒肿^[5,6];孙思邈称“舌下穴”,谓“夹舌两边”,针刺治黄疸与舌卒肿^[7];《儒门事亲》称为“舌下两边廉泉穴”,砭血治舌肿^[8];《医经小学》(1388年)始称左为金津,右为玉液^[9];《针灸大成》(1601年)阐述更为明确,“左金津、右玉液,在舌旁紫脉上是穴,卷舌取之,治重舌肿痛、喉闭,用白汤煮三棱针出血”^[10],特别强调了煮沸消毒针具。我国刺血疗法历史悠久,在《脉法》已有刺血应按常规的要求,提出“用砭启脉者必如式”^[1],但粘膜下静脉刺血仅舌脉一穴,而且晋以后已把它视为经外奇穴了。

2 舌脉形色辨证说

《内经》载有多种络脉诊法,如观察“鱼络”即大鱼际皮下静脉以辨寒热痛痹;观察“腹筋”即腹壁静脉以辨鼓胀;观察“耳间青脉”即耳背静脉以辨小儿掣痛;观察手臂青脉以辨脱血等等。后世医家又发展观察食指络脉“指纹”、山根青筋、前额青筋、太阳青筋等以辨小儿疾病的病情吉凶。

至于络脉诊法的基本原理、辨证要领、观察方法,《内经》中早有经典论述,为各种络脉诊法包括舌脉诊法所遵循。在病机上认为是邪入于络则“络脉盛而色变”,“经络凝涩,结而不通”;在观察方法上强调望诊与切循相结合;在观察内容上强调络形与络色相结合。如在络形上提出盛与不盛、有结与无结、浮与沉、长与短、强与横等等的辨别;在络色上提出要注意天时的变化,观察五色的辨别。《灵枢·经脉》说:“凡诊络脉,脉色青,则寒且痛,赤则有热。胃中寒,手鱼之络多青矣;胃中有热,鱼际络赤;其暴黑者,留久痹也;其有赤有黑有青者寒热气也;其青短者少气也”^[2]。《素问·经络论》说:“经有常色而络无常变也,阴络之色应其经,阳络之色变无常,

* 中国人民解放军广州医学高等专科学校,广州河南赤岗石榴岗路13号(510315)

收稿日期:1994-03-04;修回日期:1994-08-31

随四时而行也”。^[3]。

遍查《内经》，并无舌脉形色辨证的专门论述，但在其刺血所治诸病中已强调了“盛”即络形充盈饱满的条件，这应该说是舌脉诊法的萌芽。到了晋隋以后舌脉诊法正式登场，一直用于黄病与难产母子吉凶的判断。葛洪《肘后方》首先用它观察虜黄病病情的深浅，他提出“病已深，应看其舌下两边，有白脉弥弥处，芦刀割破之，紫血出数升亦歇”^[5]。“虜黄病”据学者考证是从北方少数民族地区通过战争传入中原的一种传染性黄疸型肝炎，曾广泛转播，一直肆虐到宋代。这种天行黄病的病理认为是病邪入里，血中瘀热。“弥弥”指舌脉充盈饱满粗张，是对络形变化的描述。巢元方《诸病源候论》记载了两种以神经症状为主的黄病，其诊断应用了舌脉诊法。在《噤黄候》说：“心脾二脏有瘀热所为，心主于舌，脾之络脉出于舌下。若身面发黄，舌下大脉起，青黑色，舌噤强不能言，名曰噤黄”^[11]。在《五色黄候》中说：“其人至困，冥漠不知西东”，“其人身热发黑黄，视其唇黑、眼黄、舌下脉青黑者是，此脾移热于肾”^[11]。这些论述表明，《诸病源候论》在诊断黄病中已经注意到舌脉形与色两个方面的变化，它把舌脉粗张突起与青黑视作瘀热入里、病情加重的体征。《医心方》最先应用舌诊与舌脉诊法判断难产母子的吉凶：“若母面赤舌青者，儿死母活；唇口青，口两边沫出者，子母俱死；面赤舌青（以《诸病源候论》校之，当为面青舌赤）母死儿活”。又云：“产妇身重而寒热，舌下脉青黑及胎中冷者，子母并死矣”^[6]。其后姚僧垣《集验方》、《诸病源候论》、《千金要方》、《圣惠方》直到清末的著作很多引用了有关舌诊部分；而陈自明《妇人良方》（1237年）、施发《察病指南》（1241年）、孙一奎《赤水玄珠》（1584年）则全部引用了舌脉与舌诊部分，有的还编成了歌诀，称为“产难生死诀”^[12]。难产发生的病因病理异常复杂，根据历代文献，产母侧有气虚、血虚、气滞、血瘀、破水过早、交骨不开等等，胎儿侧有横产、倒产、偏产、碍产、盘肠产等等。但难产不下，产母频于危殆常已陷入气血瘀滞，血脉凝泣的状态，所以舌脉形色与舌质都

会出现瘀血的变化。

3 舌细络瘀血说

祖国医学将经络分为三个层级，即经脉、络脉、孙脉。《灵枢·脉度》所谓“经脉为里，支而横者为络，络之别者为孙”。《灵枢·痈疽》说：中焦出气如露，上注溪谷，而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血，血和则孙脉先满溢，乃注于络脉，皆溢乃注于经脉”。《素问·离合真邪论》说：“经之动脉，其至也亦时陇起，其行于脉中循循然，其至寸口中手也。”《素问·四时刺逆从论》又说：“经满气溢，入孙络受血”。可见孙络是人身气血流通的末梢，它渗灌着各个组织器官，而且似是有孙、络、经血气的双向流通，是极为重要的系统。金·刘元素把它称为“玄府”^[13]，认为眼、耳、鼻、舌、身、意，皆借玄府才能完成它的功用。清·周学海把它称为“细络”，认为重症病人所见的舌质隐隐蓝色是由于细络瘀血的缘故。他在《形色外诊简摩》（1894年）中说：“舌体隐蓝，为浊血满布于细络，细络即玄府也。所谓浊血满布，是血液之流通于舌之玄府者，皆夹有污浊之气也。或寒气凝结，或痰郁阻滞于胃与包络之脉中，致血液之上潮者不能合乎常度，而污浊之气生矣”。他还强调：“舌质既变，当察其色之死活。活者细查抵里，隐隐犹见红活，此不过血气之有阻滞，非脏气之败坏也；死者抵里全变、干晦枯萎，毫无生气，是脏气不至矣”。^[13]我们根据大量的临床舌脉和舌质观察以及基础研究，认识到周氏的细络瘀血说是十分难能可贵的，在一些瘀证病人，不但可见舌脉的粗张，同时可以在舌腹面看到细络瘀血，出现许多“瘀血丝”，而且舌质晦暗、偏紫。通过微循环和病理组织学的观察，证实其实质是微血管系统的瘀血^[14]。

祖国医家对于微循环的观察早有重视，而且创造了一些检查方法。如王肯堂《证治准绳·幼科》（1602年）对痘疹患儿病情观察提出：“以手揩摩面颊，如红色随手转白，随白转红，谓之血活，生意在矣；如揩之太白，举之红，是为血枯，纵疏不治”^[15]。这种揩颊检查法实际是观察微循环的再充盈，与今天的检查方法并无二致。《景岳全书》（1624年）还指出口唇舌尖红活为

吉兆;额有青纹,目有赤脉,口有黑气,耳有尘痕为凶兆^[16]。这些认识与周学海的舌体细络瘀血理论是完全吻合的。说明古代医家早在几百年前就已体验到观察微循环的重要。

通过舌脉诊法传统理论的探索,可以看出:舌脉是人体粘膜下能够透见络脉形色的重要窗口,舌质和舌腹面又是观察细络气血流通的最适部位,特别是气滞血瘀、血脉凝涩的各种病证,对其络形与络色的审视分析,确能为临床辨证提供依据。它的理论与方法中的科学内涵,在舌脉诊法研究中也是必须认真继承与发扬的。

4 参考文献

- 1 马继兴,马王堆古医书考释.湖南科技出版社.1992:173~273;285.
- 2 史崧校.灵枢经.影印本.人民卫生出版社.1956:30~38;90;18;54;111.
- 3 王冰次注.黄帝内经素问.影印本.人民卫生出版社.1956:133;77;53;106.
- 4 皇甫谧.针灸甲乙经.影印本.人民卫生出版社.1956:36

~38.

- 5 葛洪.肘后备急方.影印本.人民卫生出版社.1956:36.
- 6 丹波康赖.医心方.影印本.人民卫生出版社.1955:140~141;509.
- 7 孙思邈.千金要方.影印本.人民卫生出版社.1982:177,198.
- 8 陈梦雷.古今图书集成·医部全录.脏腑身形.人民卫生出版社.1963:1471.
- 9 安徽与上海中医学院.针灸学辞典.上海科技出版社.1987:408.
- 10 杨继洲.针灸大成.人民卫生出版社.1963:291.
- 11 巢元方.诸病源候论.人民卫生出版社.1955:70;71.
- 12 金礼蒙.医方类聚.第十分册.人民卫生出版社.1979:556.
- 13 周学海.形色外诊简摩.人民卫生出版社.1987:89~90.
- 14 靳士英,等.瘀证舌下络脉诊法的病理组织学观察.中医杂志.1992;(3):42.
- 15 王肯堂.证治准绳·幼科.影印本.上海科技出版社.1959:302.
- 16 张景岳.景岳全书.影印本.上海科技出版社.1959:745.

(国家自然科学基金资助课题)

中药小尿停临床疗效观察

曲 学 英*

小尿停是我在民间秘方基础上研制的纯中药冲泡剂。自1980年3月至1993年3月,共用之治疗各种原因引起的尿急、尿频、尿痛、尿量少等症状863例,取得了良好的效果。

1 一般资料

本组863例中,男329例,女534例。年龄最小5岁,最大86岁,平均41.4岁。其中因急慢性尿道炎引起者372例,膀胱炎195例,前列腺炎235例,原因不明者61例。病程最短2天,最长13年。

2 治疗方法

本组病例全部单独使用小尿停内服治疗。药物组成:车前草10g,白茅根10g,泡桐花(玄参科植物泡桐树的筒状花瓣)30g。将上药混合后粉碎搅拌均匀,按每小包10g分装。服用时取上药一小包放入杯中,加入70~100℃白开水200ml,浸泡15分钟后,滤出药液,加白糖适量,待温后一次服下。每包药可冲泡3~5次,

一天内分3~5次服用。急性患者10天为一疗程,慢性患者1个月为一疗程。

3 疗效标准与结果

痊愈:治疗1~3个疗程后,临床症状消失,观察半年不复发。显效:临床症状基本消失,小便次数较正常稍多。有效:临床症状明显减轻,小便次数仍多。无效:临床症状无变化。

本组863例,痊愈772例(96.4%),显效848例(98.3%),无无效者。

4 典型病例

患者杜××,女,35岁,山西省万荣县农民。1989年1月9日,因小便频数、疼痛到某县医院诊治,诊断为急性尿道炎。给予呋喃妥因口服。服药1天,疗效不明显,经人介绍来我处治疗。症见每10多分钟就小便一次,小便时尿道灼疼如刀割,尿量约10ml左右。给予小尿停10包,每天2小包,2小时服用一次。服药1小时后,小便灼痛减轻,2小时后,小便次数减少,灼痛减轻。12小时后尿急、尿频、尿疼基本消失。第2天改为1天服用1包,10天后复查,尿常规正常。随访至1993年5月未见复发。

* 山西省运城地区医学科学研究所,山西省运城(044000)

收稿日期:1993-11-18