

庆祝中国中西医结合学会
广东分会成立十周年

1981—1991

中国中西医结合学会
广东分会编

一九九一年十二月·广州

学术会议
论文摘要汇编

**中国中西医结合学会广东分会
成立十周年学术会议**

论文摘要汇编

审编：王建华

编辑：李 委、朱伯威

余少琼

前 言

今年是中国中西医结合学会广东分会成立十周年，为了纪念和总结分会十年来在开展中西医结合的工作中取得的丰硕成果，分会决定在1991年12月5-7日举行“庆祝中国中西医结合学会广东分会成立十周年暨学术会议”。自会议征文发出后，全省各地会员和热心于中西医结合工作的同志踊跃投稿，至截稿日期止，共收到论文164篇，其中临床研究112篇，实验研究40篇，中西医结合方法，思路探讨12篇。这些文章充分反映我省积极开展中西医结合工作，在理论水平，临床技术水平及中西医结合管理水平上有了显著的提高，取得了喜人的成绩。

限于时间及经费等问题，这次会议不能把全部来稿全文汇编成册，大部份稿件只能编印论文摘要，文章按内容归类，排列次序以来稿时间先后顺序收入。

本《论文摘要汇编》由王建华教授指导审阅，李委、朱伯威、余少琼同志负责编辑，鉴于我们水平有限，且时间仓促，编印工作错误之处，敬请读者批评指正。

借此机会，祝愿我省的中西医结合工作者继续努力把中西医结合事业推向前进，为创建具有中国特色的社会主义医药卫生事业做出更大贡献。

编 者

1991、12、5

目 录

【基础理论 实验研究】

脾主运化的现代研究进展与展望	王建华 (1)
舌下络脉诊法的研究	靳士英 (5)
病理舌象的临床与实验研究	虞煥明等 (9)
用中医理论提高中西医结合研究骨科病的水平	郑国柱 (13)
太极拳长期锻炼者与正常非锻炼者脑电功率谱、相干谱、信息熵的比较	常永昌等 (16)
脾胃病与心身医学	许鑫梅 (18)
溃疡性结肠炎的病理改变与中医脾虚关系的探讨	高家信整理 (21)
135 例肝病舌下络脉的观察	唐向贤等 (23)
44 例慢性严重肝病舌下络脉变化意义的探讨	薛红仙等 (24)
瘀证舌下望诊的病理组织学观察	靳士英等 (24)
应激对老年小鼠心肌营养血流、MDA 含量的影响及四逆汤保护性效应初探	吴伟康等 (25)
真性胆碱酯酶和血液流变学指标与消化性溃疡中医辨证分型关系的初步研究	潘志恒 (26)
脾胃虚实患者的消化道组织超微结构及运动功能改变	劳绍贤等 (28)
补中益气汤的药理作用研究——抗实验性胃溃疡作用与机理	王汝俊等 (29)
补中益气汤对大鼠胃粘膜 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{Mg}^{++} - \text{ATP}$ 酶活性的影响	张永锋等 (30)
延胡索和延胡索乙素对大鼠胃泌酸功能的影响	李 毓等 (31)
加味左金丸抗胃粘膜损伤作用的实验研究	李茹柳等 (31)
健脾理气化痰方药对脾虚小鼠胃肠推进运动的影响	闻集普等 (32)
血瘀证临床微循环研究近况	喻方亭 (32)
海南岛苗族健康人的中医体质类型与HLA基因频率分布的关系	周国雄等 (33)
探讨中医对衰老病理生理特点的认识	彭运秋等 (34)
六淫本质研究设想	杨 青 (34)
肺系虚证与外周血T淋巴细胞亚群分布关系的初步观察	潘俊辉等 (35)
气虚证心脏病患者心血管功能的观察	陈朝凤等 (35)
类肾阳虚家兔左心室功能与性激素水平变化及其相关研究	陈洁文等 (36)
毛冬青甲素抗心律失常的实验研究	胡维安等 (37)
肝血流图诊断肝病血瘀的临界判别值的探讨	熊素君等 (38)
鹿角胶对大鼠胃粘膜保护作用的实验观察	吴 静等 (38)
ELISA法测定脾虚型重症肌无力患者外周血白细胞介素-2受体的研究	张世平等 (39)
血瘀证从气分型论治的实验研究	丘瑞香等 (40)

脾虚患者胃肌电和腔内压力的同步研究	张 兵等 (41)
脾虚病人的免疫状态探讨	刘玉生等 (41)
β 一内啡肽与脾虚证关系的研究	智发朝等 (42)
脾虚证患者血浆、胃液及胃窦十二指肠粘膜胃泌素含量的研究	张万岱等 (42)
脾虚证患者神经降压素变化规律的研究	张万岱等 (43)
慢性胃病患者血浆中分子物质含量测定临床意义的研究	侯淑琴等 (43)
脾虚证患者生长抑素含量的实验研究	智发朝等 (44)
肾病综合征中医辨证分型与血清脂蛋白亚组分胆固醇含量关系初探	肖长虹 (45)
脾虚与脂蛋白代谢异常关系初探	张 翥等 (45)
溃疡安对大白鼠胃液分泌、胃酸以及胃粘膜血流影响的实验观察	彭仲生等 (46)

【临 床 研 究】

心血管疾病的中西医结合研究概况及展望	丁有钦等 (47)
中西医结合治疗骨与关节结核的体会	高礼作等 (50)
中西医结合治疗蛛网膜下腔出血	卢桂梅 (51)
中西药联用的临床用法配伍研究	梁玉屏等 (52)
肝纤维化与肝硬化中西医诊治进展 (综述)	陈大毅 (56)
中西医结合治疗前房出血小结	陈少基 (58)
✓ 颈椎病的综合治疗	钟 清等 (58)
补痿汤治愈婴儿直肠阴道痿 5 例	蒋大政 (59)
巨大型尖锐湿疣一例报告	陈传乃 (60)
中西医结合治疗进行性对称性红斑角化病——附 30 例报告	廖传德 (60)
中西医结合治疗先兆流产的体会——附 196 例治疗小结	胡端英 (61)
中西医结合治疗小儿急性原发性血小板减少性紫癜 30 例疗效观察	林美芳等 (61)
70 例小儿重症肺炎中西医结合治疗体会	赵佩媚 (62)
牛黄醒脑注射液治疗小儿肺炎并中毒脑 20 例疗效观察	李富源等 (62)
✓ 舒心合剂对血液流变学和血流动力学的影响	朱子文等 (63)
血液粘度与血管病——附 200 例 400 次流变学资料分析	林静兰 (64)
中药对肿瘤病人化疗中出现胃肠道反应改善作用 50 例报告	黄爱珍 (64)
血瘀症与多系统脏器衰竭关系的初步探讨——附 136 例分析	刘学民等 (65)
中风兼痰瘀症与血液流变学指标关系分析	刘学民 (66)
血液流变学测定在小儿原发性肾小球疾病中的临床意义	谢瑞珍等 (67)
慢性原发性肾小球疾病血液流变学变化与中医血瘀关系探讨	汤水福 (68)
✓ 辨证分型治疗老年性黄斑变性	詹宇坚等 (68)
肝硬化的病机及临床治疗探讨	黄贤樟 (69)
中医舌诊与胃十二指肠疾病及幽门螺旋菌关系临床观察	岑永加等 (69)

✓胃幽门螺杆菌感染对舌象变化的研究	黄元熹等 (70)
通腑法在急腹症中的应用——附276例报告	欧阳雄 (70)
慎柔养真汤治疗脾阴虚证的疗效和机理初探	毛 炯等 (71)
算盘子水煎剂治疗急性胃肠炎34例疗效初步观察	古远明等 (71)
缺血性脑血管意外中西医结合治疗浅析	陈 石 (72)
中药治疗血尿疗效观察	余卓荣 (73)
黄芪枣参汤治疗迁慢性肝炎25例报告	陈赋良 (73)
中西医结合治疗慢性肾小球肾炎之浮肿、蛋白尿	周国章 (73)
脾胃学说在肛肠科的临床应用	钟 清 (74)
肾虚证流行病学调查报告	罗 仁等 (74)
脾虚证胃、肠粘膜线粒体研究及其临床意义	劳绍贤等 (75)
中医及蒙医药对再生障碍性贫血的治疗效果	陈 泊 (75)
中西医结合治疗58例重度黄疸型肝炎	屈戎英等 (76)
杀病毒洗消毒剂药场治疗乙型肝炎病毒感染20例	肖正中 (77)
慎用商品抗单、双、三阳药	肖正中 (77)
中医治疗胃与十二指肠溃疡54例疗效观察	杨利藩 (77)
中药利胆益肝汤治疗慢肝并高脂血症21例疗效观察	黄沪燕等 (78)
✓精制大黄片治疗轻、重度黄疸型肝炎的疗效观察	吴婉芬等 (78)
乙肝病毒携带者的证型探讨及远期观察	李福山等 (79)
眩晕病因病机的新观点——镇眩汤治疗眩晕291例临床分析	李 娟等 (80)
头痛病因病机的新观点——头痛神效丹的临床与实验研究	陈宝田 (80)
中西医结合治疗直肠癌94例疗效分析	张 炎 (81)
血瘀型乙型慢性活动性肝炎甲胎蛋白检测结果分析	李福山 (81)
坚持甲状腺手术针麻25年——附1200例分析	陈新光等 (82)
复方诃黄液治疗消化道出血98例疗效分析与实验研究	杨嘉永等 (82)
✓中药制剂“复方鱼腥草益母汤”(狼疮定)加皮质激素综合治疗SLE的临床研究	张曼华等 (83)
“多联疗法”治疗肾病综合征规律初探——附49例中西医结合治疗小结	吕志平等 (84)
48例脑卒中的中医结合治疗	程宝全 (85)
中西医结合诊治眩晕症133例分析	林细玖 (85)
中西医结合治疗宫外孕的临床总结	俞立红 (86)
肾病综合征中医辨证分型与血清脂蛋白亚组分胆固醇含量关系初探	肖长虹等 (86)
流行性腮腺炎及其并发症——附102例临床分析	陈用芹 (87)
活血祛瘀法为主治疗颅脑损伤179例小结	郭益国 (88)
活血化瘀法在治疗急腹症中的若干问题	许武楚 (89)
B超在中医妇科临床的应用	李 钦 (89)
浅谈中西医结合用药配伍的优缺点	尹肖君 (90)

中西医结合治疗环状混合痔50例临床观察	谢增石 (90)
消肿冲剂治疗慢性胃炎47例临床观察	许鑫梅等 (91)
不孕不育症中西医结合治疗的体会	李琼玉 (91)
扶正祛痰法在晚期恶性肿瘤综合治疗上的运用	晏 荣等 (92)
急性白血病41例死因的中医分析	魏文康 (93)
中西医结合治疗慢支、肺气肿、肺心病 (并肺部感染) 临床体会——附10例 病案分析心得	赵涌瀚 (93)
痔瘁术后出血的原因及处理	黄洪坤 (94)
点穴调治妇科疾病的体会	林超雄等 (94)
高度近视后巩膜葡萄肿的特征及中西医结合防治	余扬桂等 (94)
中药活血化瘀并用放射治疗鼻咽癌——附121例临床疗效分析	朱全德等 (95)
针刺第二掌骨全息穴治疗癌剧痛疗效分析	罗正辉等 (95)
雷公丸治疗偏头痛10例临床分析	田时雨等 (96)
颈椎通治疗颈椎病317例疗效分析	赵聚凯等 (96)
中西医结合治疗急、慢性肝炎、早期肝硬化的临床效果	杨崇义等 (97)
颈重建术加中药治疗股骨颈骨折不连颈吸收伴头坏死的临床研究报告	袁 浩等 (97)
蝮蛇抗栓酶治疗脑血栓形成22例临床观察	麦柳冰 (98)
舒心注射液治疗冠心病的临床应用	周晔芳等 (98)
旋股外血管多束植入治股骨头缺血性坏死——附40例报告	李玉书等 (99)
中西医结合辨病、辨证优化微调法抢救危重症格林——巴利综合征成功一例 报告	周碧琪 (100)
中西医结合治疗恶性肿瘤减轻放疗毒副反应，提高疗效临床观察	高时荣等 (100)
中西医结合治疗会厌痈45例疗效观察	李家瑾 (101)
以咳嗽为主要症状的哮喘治疗观察	林定曾 (102)
草决明治疗便秘临床观察	黄丽玲 (102)
大剂量激素加活血化瘀中药治疗难治性肾病综合征	叶丽婷等 (103)
中西医结合治疗秃发170例报告	侯显曾等 (103)
39例慢性肾衰患者尿FDP测定结果分析	谢桂权等 (104)
甲状腺机能亢进症不宜用含碘过高的中药	黄仰模 (104)
三叉神经痛的中医治疗概述	朱伯威 (105)
急性脑血管病的中医治疗近况与展望	朱伯威 (105)
中医药治疗慢性肾炎蛋白尿临床探讨	谢桂权 (106)
中西医结合治疗小儿暑疖30例临床小结	潘兆奎 (206)
慢性胆囊炎50例临床观察	罗日永等 (107)
癌症疼痛的现状与中西医治疗对策	周岱翰 (107)
67例病毒性无黄疸型肝炎辨证施治、降低血浆丙二醛及谷丙转氨酶疗效 观察	马翠玉等 (108)

69例肝病毒性无黄疸型肝炎辨证施治提高白细胞介素—2活性及降低谷丙转氨酶疗效初步观察	陈庆全等 (108)
38例慢性泄泻患者的植物神经功能状态测定	黄业芳等 (109)
溃疡安胶囊治疗消化性溃疡45例临床疗效观察	刘义海等 (109)
除障灵对早期老年性白内障疗效观察	冯宗榴等 (110)
中西医结合治疗盆腔炎	曾 雨 (110)
以气功为主治疗慢性阻塞性肺气肿的短期疗效观察	王远照 (111)
中医药治疗STD引起慢性膀胱尿道炎的初探	杨清源等 (111)
253例健康中老年人血液流变学观察	刘剑华等 (112)
脾虚证慢性腹泻 153 例的肠镜观察	方国存等 (112)
活血化痰为主治高粘滞综合征100例临床疗效分析	李荣华等 (113)
谈升降理论在胆石症治疗中的临床体会	梁文波 (113)
百合固金汤治疗急喉痹20例	林名宽 (114)
拍打疗法治疗类风湿性关节炎85例临床观察	伦 新 (114)
中药结合气功治愈腰部炎症肿块一例	李德怀 (115)
“牛吃埔”治疗尿毒症性心包炎一例报告	蔡志雄 (115)
活血化痰法治疗残胃炎	邓 斌 (115)
“两对半”的不同阳性组合及其可能的解释	陈玉碧等 (116)
“延年乐”临床疗效应用体会	朱秉匡等 (116)

【 中西医结合方法、思路及其他 】

发挥中西医结合优势为人类健康服务	李庆明 (117)
中西医结合诊断之现代化刍议	姚志雄 (120)
试论中西医思维方法之结合及创立新医学	周国章 (121)
局部分析与整体综合辨证统一的方法在中西医结合临床上的运用	古远明 (121)
中西医结合在预防医学中的作用	梁启精 (122)
中西医结合研究思路与方法的体会	俞立红 (122)
妨碍中西医结合发展原因探讨	高时荣等 (123)
中西医融汇贯通,彼此印证之一——上消化道出血105例原因分析	高时荣 (123)
从临床上的辨证与辨病谈谈中西医结合的体会	潘兆奎 (124)
中西医结合探讨	王远明 (125)
试论坚持中西结合道路	刘学民 (125)
试谈中西结合治疗疾病的几种方法	范雁飞 (127)

脾主运化的现代研究进展与展望

广州中医学院

王建华

脾有多方面的生理功能，如主运化，化生气血，统血，主肌肉、四肢，主思，为之卫，主涎，开窍于口等。其中主运化是脾的最主要的功能，也是其它诸功能的基础。近二十多年来研究最广泛、最深入的也是脾主运化。

脾主运化的现代研究方法，主要是在中医理论指导下，采用传统的与现代的研究方法相结合，从临床研究、临床研究与实验研究相结合、动物模型等途径进行。在研究思路上，多从脾虚证入手，选用一定的指标，观察脾虚患者与正常人有何不同，脾虚患者与非脾虚患者有何不同，治疗前后有何不同，从而评价此指标的价值，并由此指标深入探讨脾主运化的本质。在动物模型研究上，则根据中医脾虚证的发病理论，利用不同动物复制成与临床相似的脾虚证模型，并将在模型动物上所观察到的形态与功能的变化与临床脾虚患者所见相互对比验证，使脾主运化的本质认识不断深化。

脾主运化包括运化水谷精微及运化水湿。现研究较多的是运化水谷精微。本文将从消化、吸收、胃肠运动、代谢、胃肠道激素等方面介绍其研究进展。

一、消化

研究表明脾虚患者确有消化功能低下，表现为粪便中有较多未消化的食物残渣和脂肪颗粒，唾液淀粉酶活性于酸刺激后下降，尿淀粉酶及血清淀粉酶活性偏低，胰外分泌功能低下等。

脾虚患者唾液淀粉酶活性比值（酸刺激后活性/酸刺激前活性）均数多小于1，而正常人均数多大于1。我们自从1980年正式报道以后，国内不少单位得以重复，并于1986年在全国虚证研究会议上将之列为脾虚证的诊断参考指标。

最近郭氏采用多病种不同脏腑气虚证的对照观察，发现肺气虚组、心气虚组、脾气虚组患者的唾液淀粉酶活性比值分别为 0.915 ± 0.10 ， 0.90 ± 0.07 ， 0.58 ± 0.05 ，正常人组为 1.23 ± 0.12 。提示酸刺激后唾液淀粉酶活性下降可能是虚证所共有，但以脾气虚组比值下降最明显。同时还发现，脾气虚组内消化系统疾病与非消化系统疾病患者之间的酶活性比值并无显著差异，进一步说明该酶活性的变化主要与脾气虚证有关，而与疾病的关系不密切。

陈氏观察了上消化道出血病人唾液淀粉酶活性，发现当病人出血时（中医辨证为火热证），该酶活性比值大于1，而血止二周后，以脾虚为主时，该酶活性比值则小于1，止血前后差别有显著意义。说明同一组病人随着证型的变化酶活性比值也发生改变，该指标对脾虚证具有一定的特异性。

至于脾虚患者的胃酸分泌、胃蛋白酶活性、血清胃泌素值结果并不一致。

脾虚患者消化能力低下可能是此时胃粘膜上皮细胞向成熟细胞分化发生障碍，导致分泌消化液和消化酶的成熟细胞减少。

二、吸收

国内一些单位以木糖排泄率为指标，研究了脾虚病人的小肠吸收功能状态，发现不论是脾虚儿童或成人，木糖排泄率偏低，说明小肠吸收功能低下。经健脾治疗后，随着脾虚的好转，木糖排泄率有所上升。由于此指标的可重复性好，1986年在全国虚证研究会上也列为脾虚证的诊断参考指标。

最近对有关脾虚时吸收功能低下的病理形态进行了研究。许氏等观察列脾虚患者十二指肠活检粘膜的绒毛变平或损伤多，微绒毛稀疏和脱落多。我们发现脾虚患者结肠粘膜上皮细胞微绒毛稀疏，倒伏，长短不一，排列紊乱，相互粘连；部分微绒毛退变，末端肿胀呈鼓槌状，有的甚至溶解、断裂、脱落而成为足状突起；微绒毛表面的细胞衣大部分脱落；部分微绒毛轴心微丝及基底部终末网消失。

在多种“脾虚”动物模型上也看到类似的变化。如大黄致“脾虚”大鼠对糖、蛋白、脂肪的消化吸收速率均明显低于正常动物（首都医学院生化组）。大黄致“脾虚”金黄地鼠结肠上皮细胞微绒毛变短，有的呈“串珠”样改变，分节脱落，有的微绒毛的膜及微丝不完整（北京师范大学生物系）。用耗气破气加饮食失节引起的驴“脾气虚”模型，发现其十二指肠粘膜表面突起的绒毛顶端的上皮有面积大小不等的破溃，甚至脱落。未脱落部分的微绒毛呈若干膨大或缩小，微绒毛表面的细胞衣结构大部消失。用耗气法所致“脾虚”大鼠亦见类似变化（中国中医研究院基础理论研究所）。

微绒毛是肠粘膜上皮细胞顶部的顶状突起。由于微绒毛的存在，增加了上皮细胞的表面积，有利于细胞的吸收和物质交换。而且微绒毛中的微丝，除具有支持作用外，还可协助吸收物质的运输。脾虚患者及“脾虚”动物的上述病变严重影响了肠粘膜对水分及营养物质的吸收及运输。

三、胃肠运动

国内用于脾胃病证患者的胃肠运动研究方法有三：X线钡餐检查、同位素胶囊示踪、体表胃肠电，并取得初步的结果。

最近我们进行了390例胃电图及282例微电脑胃电频谱分析结果表明，脾虚患者餐后胃电波幅参数（胃电图波幅、胃电优势频率相应幅值、胃电频谱慢成分活动量）明显低于正常对照组。经治疗后，随症状好转胃电指标趋于正常。同时我们开展了体表结肠电的研究，发现脾虚患者空腹结肠电图频率范围（2.5—5.5周/分钟）及频谱幅值（5—10 μ V）都低于正常人（分别为2.5—8.0周/分钟，20 μ V左右），提示空腹结肠非推进性运动和升结肠逆蠕动减弱。该组患者试餐后常不出现较高频结肠电活动，低频段电活动幅值亦不明显升高，且频谱累加值延后达到低水平峰值，表现低弱迟缓型餐后结肠电反应，提示患者在餐后不象正常人那样适时而明显地发生推进性结肠运动。

以大黄造型的金黄地鼠实验，发现其胃肌变薄。以20粒琥珀小球胃饲，60分钟后，造型组动物胃内存留8粒，对照组动物胃内存留2粒，表明造型组动物胃排空变慢与其肌层变薄有关（北京师范大学生物系）。

四、代谢

脾虚患者的代谢研究仍是目前脾主运化本质研究的薄弱环节。有关脾虚时代酶谢活性改变的报道亦较少。

脾虚证有其明显的整体性。近年来我们从细胞线粒体的异常去探讨脾虚时运化失职的机理。线粒体几乎存在于人体全身的组织细胞中，是细胞对营养物质进行生物氧化产能的细胞器，有“ATP的生产基地”和“细胞动力站”之称。这似乎与中医的“脾气散精”、“脾为气血生化之源”有共同之处。

我们发现脾虚患者胃粘膜壁细胞单位面积内线粒体均数明显减少，线粒体出现肿胀、嵴断裂、膜缺损等变化。还发现结肠粘膜柱状细胞线粒体亦有类似变化，即单位面积内线粒体均数减少，出现肿胀，嵴萎缩或消失，有的线粒体因过度肿胀而硬裂，部分病人已可见线粒体基质内有钙盐结晶。

多种“脾虚”动物模型的多种组织细胞的线粒体亦见类似变化。如用破气苦降法致“脾虚”的大鼠心肌和骨骼肌细胞的结构正常的线粒体数明显减少，异常的显著增多，线粒体肿胀，膜结构破坏，嵴消失（中国中医研究院基础理论研究所）。偏食法所致“脾虚”大鼠发现胃粘膜壁细胞和十二指肠吸收细胞线粒体嵴消失和空泡化改变（成都中医学院）。大黄致虚的金黄地鼠的睾丸细胞线粒体破坏，利用高速离心分离出线粒体后，进行多项试验，发现耗氧量降低，磷/氧比值下降和呼吸控制率减低，此乃由于线粒体呼吸作用低下，氧化磷酸化降低和线粒体对ADP/ATP的调控不敏感的原因，与线粒体形态结构损伤相适应（北京师范大学生物系）。

我们还发现脾虚病人结肠粘膜柱状细胞的粗面内质网减少，并见扩张、囊泡化，以及部分脱颗粒现象，这意味着细胞合成蛋白质的功能低下，这与线粒体的损伤、能量供应不足有关。“脾虚”金黄地鼠的胰腺腺泡细胞粗面内质网上核蛋白体减少，同时发现蛋白质合成能力低下（北京师范大学生物系）。

脾虚患者细胞内线粒体质及量的改变，严重影响了细胞的生物氧化，细胞的能量供应不足，进而影响了细胞的功能。前述的脾虚患者消化、吸收功能低下及胃结肠运动的低下都可能与此有关，因此可以认为脾主运化不仅是指食物在肠胃道的消化吸收，而且更应包括营养物质在线粒体内的生物氧化。

五、胃肠道激素

近二十年来，胃肠道激素的研究进展迅速。胃肠道激素是胃肠道体液调节中最主要的体液物质。脾虚对胃肠道激素的变化，日益引起人们的注视。

北京中医研究所首先报告脾虚患者的血清胃泌素值低于正常人，但后来的报告颇不一致⁽¹⁾。很多胃肠道激素在血液中的半衰期很短，主要通过直接与靶细胞接触或作为神经传

递介质调节组织器官的活动。鉴于此,近来国内开始注意研究患者肠胃道内分泌细胞及局部组织的肠胃道激素。如张氏等⁽⁷⁾通过免疫细胞化学及体视学定量分析方法,观察了89例胃十二指肠病脾虚患者的胃窦G细胞变化,与空腹血清胃泌素含量进行相关分析。结果发现脾虚气滞型患者胃窦G细胞数密度及空腹血清胃泌素含量明显高于脾胃气虚组和正常对照组,胃窦G细胞数目与空腹血清胃泌素含量呈显著正相关,脾胃气虚组空腹血清胃泌素值虽稍于对照组,但变化不明显。

郑氏等亦现脾虚组患者G细胞数较实证组明显减少。同时还发现脾虚组者D细胞(生长抑素产生细胞)数亦较实证组明显减少,但G/D比值明显增高。作者认为,相应激素含量都处于低水平状态,胃泌素含量相对增多而出现一系列相应症状。由于生长抑素减少,对胃平滑肌内胆碱能神经传递抑制作用减弱,产生副交感神经相对占优势的表现。以大黄造型的雄性大鼠实验,亦提示生长抑素分泌的显著下降(首都医学院)。

张氏等⁽⁹⁾用放射免疫技术对30例脾虚泄泻患者回肠末端、横结肠和乙状结肠粘膜中P物质(SP)和血管活性肠肽(VIP)进行测定,发现脾虚泄泻组回肠末SP含量较无腹泻组和非脾虚泄泻组显著增加;脾虚泄泻组乙状结肠粘膜VIP含量较无腹泻组也显著增加。SP是一种非循环激素,主要位于中枢神经系统和胃肠壁感觉和兴奋性运动神经纤维中,促使胃肠纵形和环形平滑肌收缩,增加胃肠蠕动。VIP也是重要的非循环激素,整个胃肠道及中枢神经系统均有分布,其中以结肠最丰富。VIP主要分布于肠肌神经丛和抑制性神经纤维。脾虚泄泻患者乙状结肠VIP含量明显增加,可使此处平滑肌松弛,使粪便在乙状结肠停留时间过短,水分不能充分吸收,引起大便溏稀,大便次数增加,而且VIP能刺激肠道电解质和水分的分泌,也能导致大便溏稀。以大黄造型的雄性叙利亚金黄地鼠实验,发现结肠VIP含量高于对照组(北京师师范大学生物系)。

近20年来,在脾虚证特别是脾主运化的本质研究,取得很大进展,展望未来,前景似锦。为了今后更好更快地深入研究,谈几点个人看法。

1. 重视运化水湿的研究 脾主运化包括运化水谷精微及运化水湿,现有工作主要围绕运化水谷精微的探讨,而对于运化水湿,尚未引起足够的重视。无论从脾的生理或病理看,运化水湿都之非常重要的。如脾虚生湿,湿因脾阳,诸湿肿满,皆属于脾等,这类病证临床颇为常见,从脾论治往往可见明显效果。积极开展运化水湿的研究,必将对及理论有进一步的认识,同时也为临床水湿运化失常所致病证的防治提供理论依据。

2. 阴阳并举,虚实并重 目前在脾虚证本质研究中,着重于脾气虚、脾阳虚证,而对于脾阴虚、脾胃实证研究较少。如能深入研究其阴虚及实证时运化失常现象的规律及本质,必将对脾主运化有更全面的认识。临床上单纯脾虚证较为少见,多见虚实夹杂。为了更好地解决临床病证的防治,本项研究是非常必要的。

3. 临床研究与“脾虚”动物模型研究密切配合 进行任何一项研究总是由现象到规律到机理,不断深化。由于科学的进步,检测手段的更新,可以在临床病人身上进行许多现象及规律的研究,但要深入机理的研究往往有一定困难。动物模型是解决这一困难非常有用的工具。现代医学的进步与动物模型的研究有相当的关系。近十多年来,模拟脾虚证的动物模型日渐增多,在建立这一类的模型时,能较好地联系中医理论,模拟临床,并用经典方药反

证,因此,动物模型的可模拟性日渐增多。通过上述举例,可说明这一点。如能有意识地、有组织有计划地开展临床研究与动物模型研究相互配合,紧密联系,相互验证,必然可相互促进,加深认识。

4. 功能、代谢、结构三者研究的紧密联系 这一观点近来谈论较多,认识也较一致。开展这一研究,必需多学科合作,协作问题尤为突出。现在的问题在于如何有计划有组织地加强协作,使之落到实处。

5. 注意人才培养 脾的现代研究,包括脾虚证本质及脾主运化的深入研究,是一项大的系统工程。做好这一工作,需要中西医结合,临床与基础结合,多学科结合,从不同侧面,不同层次上加以认识。需要有一支庞大的队伍,需要几十年的不懈努力,才能逐步完成。因此,培养人才显得格外迫切。人是最可贵,也是最重要的。只有从战略上加以重视,并具体加以落实,组织起浩浩荡荡的大军,我们的事业才能胜利。

舌下络脉诊法的研究

广州军区军医学校

靳 士 英

舌下络脉诊法亦称舌下望诊法,是中医舌诊的组成部分,着重观察舌腹面粘膜与血管变化,对辨证特别是瘀证辨证有较大价值。兹就我们研究的几个问题报告于下:

一、舌下络脉诊法的历史

晋代葛洪(261~341)《肘后救卒方》最先载有舌下脉,指出房黄病,病情严重时要观察舌下两边,可用芦刀割破“白脉”放血治疗;误割“青脉”血出不止可致人死命应用纺伶铁烧灼止血。隋巢元方《诸病源候论》(610)指出:“若身面发黄,舌下大脉青黑色,舌强不能语名曰“噤黄”;在《五色黄候》中说:“其人身热发黑黄,视其唇黑眼黄,舌下脉黑者,此脾热移于肾”,把舌下络脉粗张青黑作为黄病病重的指征。唐孙思邈(581~682)《千金要方》治疗舌卒中用铍刀“刺两侧舌下大脉出血,勿使刺着舌下中央脉出血不止煞人”。把舌深动脉与舌深静脉明确区分开来。宋陈自明《妇人良方》(1237)、施发《察病指南》(14世纪)均将舌下络脉青黑作为难产母子的凶兆。明清以降此诊法无大发展,建国后始被重视有深入之研究。

二、舌下络脉诊法的解剖学基础

我们通过舌动脉造影和17例尸检对舌的动脉系统进行了探索。

(一)舌的动脉供血主要来自舌脉脉,还有面动脉、咽升动脉的分支。舌动脉起颈外动脉,先后发出舌骨支、舌背支、舌下动脉,至舌骨舌肌前缘之下转向上成为舌深动脉,它迂

曲形成三、四个弯曲前行直达舌尖。舌深动脉是营养可动舌体的血管,其主干垂直向上发出12支或更多的分支,穿过肌层在粘膜下层形成血管丛,向左右拱式分布,再向舌乳头发出生细血管;另外还向舌腹面发出十余支斜行的短小分支营养舌腹面的粘膜与肌层。舌体虽由舌中隔分为左右两半,但由于在舌根部有背横支的交叉吻合、舌尖部的交叉吻合、中间有大量毛细血管的网状沟通,所以不存在严格的外科界面。中医观察舌背舌腹两面红活而润,正是由于如此丰富的血运所造成。

(二)舌的静脉系统较为特殊,教科书记载多较简略。深系统存在有舌动脉伴行静脉,一般较细两条紧贴舌动脉行走,主要收集深层肌肉血液,并接收舌背小静脉血液,形成舌静脉向后注入颈内静脉。另一系统为舌下神经伴行静脉,较粗较长,由舌下静脉与舌深静脉合成。舌深静脉走行至舌系带与伞状皱裂之间,接续舌尖静脉,收集舌尖、舌两侧、舌腹面的静脉血。舌下神经伴行静脉伴行舌下神经,走行于舌骨舌肌深面,向后注入于颈内静脉或舌静脉或面总静脉,变异较多,大致有四种类型。中医观察的舌下络脉乃是舌深静脉与属支舌尖静脉,一般情况后者并不显现。不可将舌下络脉误为舌下静脉或舌静脉、舌底静脉。

三、舌下络脉诊法观察与病理组织学所见

我们通过1100例的临床观察、部分照片及9例病理活检,提出至少应观察如下六个方面:

(一)舌腹面粘膜 以红活柔润、薄而透明、有光泽为正常,以晦暗变白、溃疡、白斑、色素沉着等为异常。正常的舌腹面粘膜为保护性粘膜,由复层鳞状上皮构成,上皮层较薄,无舌乳头,不角化。临近粘膜固有层有一棘层、棘细胞数层,大小均匀排列整齐;乳头短而多数,有胶原纤维和少量弹力纤维,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、下层相延续。

舌腹面粘膜混浊变白的主要病理变化为粘膜上皮细胞的角化,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。有的病例则见棘细胞增厚,细胞核固缩及周围空隙形成。这些变化主要见于微循环障碍、口腔湿润度降低的重症瘀症,如晚期癌肿等。

(二)舌质色泽 正常的舌腹面红活而润有透明感;异常则呈绛、紫、青色,失去红活透明有晦暗混浊感。其病理变化主要为微循环瘀血,常见微及小静脉的扩张瘀血,乃至静脉系统的压力增高。有的病例见于慢性炎细胞如淋巴细胞、浆细胞、肥大细胞浸润。部分鼻咽癌放疗后轻度损伤舌组织,组织学可见有微及小静脉瘀血扩张区与毛细血管闭塞区相间,此时舌质也有晦暗混浊感。另外,随年龄老化,舌腹面红活感降低,逐渐偏暗而轻度混浊。

(三)瘀血丝 亦称细络瘀血,为常见于舌腹面特别是外带的细小络脉和瘀血。正常时不见或仅见少量的细网状瘀血丝;瘀证时再可见多量的细网状、树枝状、袢状瘀血丝。镜下正常的粘膜固有层有血管丝,但毛细血管、微及小静的内皮细胞不肥大增生,管腔内并无血液的多量充盈与瘀滞。瘀证时可见毛细血管微及小静脉的扩张,红细胞聚集,电镜下可见血管内皮细胞的肥大增生,红细胞充盈,与微循环障碍相一致。一般细网状瘀血丝为毛细血管充血,可见于炎症;树枝状及袢状瘀血丝则为微小静脉瘀血,是瘀症辨证和重要见证。

(四) 瘀血颗粒 为见于舌腹面粘膜的一些圆形紫色凸起的小颗粒, 与西医鱼子酱舌 Cavior Tongue一致, 正常较少见, 异常则有较多量出现, 主要见于瘀证。镜下则为伸入粘膜上皮层内的毛细血管, 常见有血管内皮的细胞增生、肥大, 管腔内可见红细胞。西医认为是老化现象之一, 与血中 VitC 水平降低血管周围弹力纤维支持力减弱有关。我们观察亦见于老年前期、壮年期的瘀症。

(五) 瘀血点瘀症 直径 1~5 mm 的点状出血为瘀点, 5 mm~5 cm 的斑状出血为瘀斑, 位于舌腹面粘膜下的呈红色, 深层呈深红色, 随时间推移呈褐色、黄色而消退。正常时不见, 或仅见少许外伤性小出血灶, 异常时可见多量的点状、斑状出血, 镜下多为漏出性或破绽性的出血灶, 主要用于瘀症, 常因血管通透性增强所致, 有时可见含铁血黄素的沉着。

(六) 舌下络脉 根据中西医结合研究会议制定的标准, 正常的舌下络脉长为舌下肉阜至舌尖的 3/5 以内, 宽度 2.7 mm 以内, 呈线状或条状分支少, 不饱满。异常时长度超过 3/5, 宽度超过 2.7 mm, 有时可达 5~10 mm, 有的呈柱状多分支、有的迂曲盘旋, 有的葡萄串囊泡状, 充盈饱满呈青黑色。瘀症时多见舌下络脉粗张, 有时直达舌尖, 实际是舌尖静脉及舌深静脉的瘀血充盈。

四、舌下络脉诊法的临床观察

舌下络脉诊法主要用于观察人体气血津液的盈亏与瘀畅, 补充传统舌诊的内容, 已被不少医家作为辨证论治、判断予后的手段。

(一) 血瘀证 普遍认为舌下络脉诊法对瘀证辨证最具价值。我们曾对比观察 424 例, 其中正常组 113 例, 非瘀证组 79 例, 瘀证组 232 例。为了研究舌周围器官疾病对舌腹面的影响, 又将瘀证与非瘀证再各分为甲乙两组, 甲组为耳鼻咽喉口腔疾病组, 乙组为全身疾病组。结果是: 1、舌质偏紫暗的出现率只见于瘀证组的 41.4%, 余二组未见。瘀证甲乙两组各为 61.1%、54.5%, 差异非常显著。瘀证组面色晦暗占 46%。我们体会舌质偏紫暗为瘀证的重要见证。2、舌下络脉粗张率三组各为 13.2%、46.84%、99%, 具有诊断意义的中度以上粗张三组各为 0、3.7%、57.3%。瘀证时不仅出现机会多, 且形态多呈柱状多分支, 有的呈囊泡状葡萄串形。但是舌下络脉粗张率与增龄呈正相关, 本组 20 岁以下为 0.2%; 20~30 岁为 6.8%; 31~40 岁为 19.5%, 41~50 岁为 15.6%; 50 岁以上为 26.7%。因此在辨证时应考虑到年龄因素。3、瘀血丝出现率三组各为 0、1.3%、60.3%。瘀证中甲组多为细网状瘀血丝, 有些病例是邻近的口鼻咽喉慢性炎症所波及。乙组常见树枝状、祥状细络瘀血。4、瘀血颗粒出现率三组各为 3.5%、12.7%、45.3%, 互相比较差异非常显著。但也与增龄有关, 30 岁以下者未见, 31~40 岁 6.9%, 41~50 岁 9.1%, 50 岁以上 29.3%, 因此在辨证中亦应考虑到年龄因素。另外根据我们检测此类患者血中 VitC 水平常处于低值。5、瘀点瘀斑出现率三组各为 1.8%、19%、32.8%, 互相比较有非常显著差异。正常组与非瘀证组均为轻度, 中重度的瘀点瘀斑只见于瘀证的 3.5%。6、舌腹面积膜混浊变白, 一般较少见, 主要用于晚期的恶性肿瘤特别是有转移的瘀证。

(二) 消化系疾患 慢性胃炎、消化性溃疡的舌下络脉粗张率在 50% 以下, 肝病在 90%

以上。我们系统观察135例肝病患者，舌下络脉粗张率急性肝炎60%、慢性肝炎65%、肝硬化与肝癌均为100%；如以中重度粗张率计算则为15%、54.5%、95%、100%。可见四种疾患的舌下络脉变化是递次加重的。如以非瘀证与瘀证来区分舌下络脉粗张率各为44.9%，98.7%，中重度各为6.56%、75.63%。钡餐检查30例慢性肝炎、肝硬化的食道静脉与胃底静脉，有12例有曲张，7例有出血，其舌下络脉均有明显的粗张。因此慢性肝病的舌下络脉曲张应注意有食道及胃底静脉曲张和出血。另外肝病血中巯基均低于正常值，检测非瘀证15例，均值为 35.23 ± 14.25 ，瘀证31例，均值为 26.5 ± 7.8 ， P 值 <0.05 。慢性肝炎瘀血丝以细网状为多见，肝硬化则多呈树枝状、祥状。有的肝硬化患者舌腹面积粘膜可见丘疹状分支状毛细血管扩张即蜘蛛痣；有的可见口腔或软口盖粘膜下的静脉迂曲扩张。

我们还用B超、胃镜等观察44例慢性严重肝病（失代偿期肝硬化27例，布、查氏综合征5例、中晚期原发期肝炎12例）的舌脉变化与内脏病变的关系，并以38例浅表性胃炎为对照，结果是：观察组舌相均呈粗张，Ⅰ°、Ⅱ°、Ⅲ°各占22.7%、40.9%、36.4%；对照组正常占63.2%，Ⅰ°占28.9%，Ⅱ°占7.9%，对比差异非常显著。舌脉Ⅰ°、Ⅱ°、Ⅲ°粗张者的脾肿大出现率17.1%，40.0%，42.9%；肝功严重损害的出现率为10.0%，27.8%，50.0%；门脉高压的出现率为42.2%，72.2%，86.7%；食管、胃底静脉曲张的出现率为65.5%，87.5%，76.9%；胃粘膜疾病的出现率为32.4%，43.6%，59.5%；胃粘膜红斑块的出现率5.4%，13.5%，21.6%。这些内脏损害的梯次增重基本与舌脉粗张的严重相一致，提示可以舌脉变化窥测慢性严重肝病的内脏病变程度。另外我们还观察了10例硬化病人舌脉的动态变化，发现经过治疗腹水消退、门脉高压及肝脏功能好转后食管胃底静脉曲张与舌脉粗张同时得到同时改善。治疗前舌脉粗张Ⅰ° 5例，Ⅱ° 3例，Ⅲ° 1例，治疗后Ⅰ° 5例，Ⅱ° 3例，Ⅲ° 1例，恢复至甚至基本正常1例。说明门脉循环系统的高压，侧枝循环门腔静脉的开放与体循环的舌血管网存在着密切的关系。从大量的临床观察，未能发现肝癌与肝硬化存在不同的特异性舌象变化。而这种慢性严重肝病的三个共同特点是：舌脉粗张；舌腹面粘膜的微小静脉的瘀血扩张及瘀点瘀斑；舌质的红绛与紫暗。三者的轻重、多少常在某种程度上反映疾病和轻重进退。

（三）恶性肿瘤 许多学者认为舌下络脉变化对恶性肿瘤的普查、病情判断、预后估计均有价值，其粗张率在95%左右，以肝、胆、肺、纵膈、鼻咽、口腔、食管、贲门肿瘤时变化严重；乳腺、膀胱、结肠、胃癌时变化较轻。我们用临床检查结合照片观察26例恶性肿瘤，其中15例已有转移，结果是：舌腹面粘膜混浊变白76.9%；舌质紫暗全部，中度以上73.1%；舌下络脉粗张全部，中度以上88.5%，有2例呈囊泡状；瘀血丝96.2%，主要为树枝状及祥状，特别是危重转移患者常见有舌腹面外带排列整齐的祥状瘀丝；瘀点瘀斑73.1%，中度以上占42.3%，常集于祥状瘀丝的周围，瘀血颗粒出现率为57.7%。我们体会癌肿的舌腹面变化常多项同时存在，且以有转移的重症为明显，传统的舌诊难于得到这些信息。

（四）老年病 我们观察了200例60岁以上老年病人，非瘀证（36例）与瘀证（146例）两组对比的结果是：舌质紫暗各为5.5%、92.6%。舌下络脉粗张率各为82.2%、99.3%，中度以上各为42.3%、65.2%。舌下络脉粗张中度以上甲皱微循环异常者各为83.3%、96.2%

前者多为痉挛型，后者多为瘀滞型。血中Vitc水平瘀证组低于非瘀证组，处于潜在性缺乎状态。血液流变性指标显示瘀证组较非瘀证组为高。这些资料表明老年瘀证病人，血中维生素C水平处于正常低值，微循环欠佳，血液粘滞，舌下络脉粗张，并常伴细络瘀血。因此中医“老年多瘀”的理论应予重视。

(五)其他 我们观察6例气血两虚的再生障碍性贫血的舌象，主要变化为：舌质淡白而胖并有齿痕；舌腹面瘀血丝；舌背舌腹面的瘀点瘀斑；络脉粗张并不明显，体现了气不摄血的病机。35例脾虚脾肾虚重症肌无力症的舌象，其主要变化为：正常舌象占54.3%，舌体变化呈瘦小、淡胖、伸出无力偏歪等多样性；舌腹瘀血丝只有22.9%；舌脉粗张11.4%可见本病病理基础主要为虚而非瘀。

病理舌象的临床与实验研究

广州军区157医院

虞焕明 黄光华 肖 莉 张穗生 傅 玲

我院自1987年12月始，对79例患者进行了病理舌象分析。通过大量的临床与实验研究，基本上做到了在前人取得进展的基础上，进一步突出自己的特点与优势，并穿插了一些新的内容，使之对一些疾病的诊断和治疗有比较客观的评价指标，但由于某些客观因素的影响，未能对所有病人进行全面的检测，现就我们所做的工作总结如下。难免存在这样或那样的问题，诚恳希望同道们给予批评指正。

一、一般资料

本组79例，均按全国中西医诊断标准，将79例分成三组进行分析，即重症肌无力、再障、肿瘤。又将这三组分二大类即非淤证、淤证。见附表I。

附表 I 疾 病 分 类

	非 淤 证		淤 证							
	重无 症肌力	再 障	鼻 咽 癌	肺 癌	乳 腺 癌	食 道 癌	肝 癌	直 肠 癌	恶巴 性淋瘤	皮 肤 癌
男	17	5	8	4		3	1	2	1	
女	18	4	7	1	5				1	2
合 计	35	9	15	5	5	3	1	2	2	2