

癌症转移反映患者病情较重,转移虽通过体检,但亦必须具备血液高粘状态。舌脉异常属中医血瘀证,也是血液高粘状态外在表现之一。故癌症转移与舌脉异常有其共同病理基础。

本研究中医辨证分为虚证、虚实夹杂证和实证3组,虚证舌脉异常率最低,而虚实夹杂证与实证均很高且差别不大,有瘀者舌脉异常严重于无瘀者。说明舌脉异常与邪实有关,是反映血瘀证一个很好的客观指标。

治疗手段对舌脉有何影响?本文发现未治疗组舌脉异常最严重,经过手术或放疗或化疗等治疗,可望得到改善,但三者合并治疗又可增加舌脉异常率。这提示我们在合并治疗中,必须配合活血化瘀中药或抗凝纤溶剂治疗,以减轻血瘀证或血液高粘状态。舌脉异常与血液高粘状态的密切关系,我们早已有报道^(2,3)。本文再一次证实舌脉异常病理基础之一,是血液高粘状态,为舌脉异常的形成找到了客观依据。

舌脉异常与癌症患者免疫功能和内分泌功能的关系,从本文所见, $P>0.05$,无显著意义。

舌脉与舌质、舌苔、舌体等同为舌诊重要内容已引起人们的重视。本文所见舌脉异常与青紫舌、腻苔关系较为密切。青紫舌作为血瘀证主证之首已被确认,本文亦占51.44%,但舌脉中、重度异常率占73.58%,则高得多。临床常见无青紫舌但舌脉异常较严重,亦有极少数有青紫舌但舌脉无异常,本文占1.87%,加上轻度舌脉异常(1~5分)亦仅10.82%。

因此,舌脉异常与青紫舌虽密切正相关,但二者并不完全等同⁽⁴⁾。鉴于舌脉异常有其血液高粘状态的病理基础,因此提出舌脉异常作为血瘀证主证的重要性不能亚于青紫舌。至于舌脉异常与腻苔关系有待进一步研究。

本文舌脉异常率为93.96%,中、重度异常率为73.58%,比文献报道49.7%、37.56%、70%稍高^(6~8)。这种差别是否由于我们采用6类17项打分较为仔细有关,有待同道们讨论。

参 考 文 献

1. 上海华山医院中医科。恶性肿瘤和活血化瘀。中医药研究 1978; (3):8。
2. 陈健民,等。420例舌下脉的临床观察及研究。上海中医药杂志 1987; (5):46。
3. 胡彩仙,等。舌脉异常的临床价值初探。中国医药学报 1987; (6):33。
4. 王榕平,等。1463例正常人舌下静脉观察分析。福建中医药 1986; (5):39。
5. 徐荷芳,等。1835例上消化道患者舌下静脉的观察报告。浙江中医杂志 1986; (11):499。
6. 陈泽霖,等。1046例肿瘤病人舌象观察。中西医结合杂志 1981; 1(2):31。
7. 中医诊断协作组。12448例癌症患者舌象临床观察。肿瘤 1987; 7(3):129。
8. 湖南中医学院。206例舌象临床观察的初步分析。湖南省肿瘤防治研究 1979; (1):52。

II型糖尿病血瘀证分析和血管病变的预防治疗(摘要)

上海医科大学华山医院 施赛珠 陈剑秋 石志芸

在76例II型糖尿病患者中,52%有血瘀证,52%舌下脉有异常表现,如脉形明显充盈,呈柱枝状、囊状改变为最常见,甚则葡萄球状,舌下脉长度延伸及管径增粗,以及脉色暗紫,舌下脉分支多等。

对II型糖尿病血瘀证的病理因素进行相关性研究,血瘀型患者的血粘度值和血小板聚集率值均明显高于非血瘀型($P<0.05$)。糖尿病高血脂组的血粘度异常数亦明显高于血脂正常组($P<0.001$),糖尿病的血粘度异常与血浆HDL-C均值的高低亦有一定的关联($P<0.05$),但未能证实瘀证型糖尿病患者高血脂症型多于非瘀证型糖尿病患者。在伴并发症的糖尿病患者中,特别是血管并发症者,瘀证型较多见。

此外,本文采用黄芪、茵陈、红藤、虎杖等来预防II

型糖尿病的血管病变。对其中的60例患者随机分为治疗组和对照组各30例。所有患者除接受口服降糖药治疗和饮食控制外,治疗组加用益气活血降脂中药,对照组不加。治疗组经中药治疗3~6个月后,对改善高胆固醇血症、高甘油三酯血症、高 β 脂蛋白血症皆有一定的影响,与治前自身对照P值分别为 <0.001 , <0.001 , <0.05 。而对照组同期随访血脂,三者皆无明显变化($P>0.05$)。且治疗组患者HDL-C值未下降,动脉硬化指数由4.05下降至3.08($P<0.05$),而同期对照组则随着病程增长,HDL-C值渐趋下降,动脉硬化指数未见明显改变($P>0.05$)。本研究采用口服降糖药合并中药益气活血治疗能有效治疗II型糖尿病伴高脂血症,有效地预防糖尿病血管病变。