

二、水饮凌心射肺。后期患者出现心悸、气短症状乃水饮凌心射肺所致。剖析其病理基础有以下几项：

1. 心包腔内大量纤维素性、浆液性、血性渗出形成蜂窝状结构而使心包腔堵塞，使心脏搏动受限。加上心肌纤维及肌束之间有水肿，心功能明显受到影响；2. 右胸腔粘连，肺泡腔内有纤维素性渗出液及红细胞出现，从而影响了肺内气体的交换；3. 由于肾功能衰竭引起的严重贫血和高血压而致心功能受损。

三、脾肾阳虚。脾阳不振，运化失职；肾阳虚则关门不利而致聚水而为肿，表现有尿闭、神萎、心悸、气短、纳呆、腹胀、溏泄、舌淡。因脾肾阳虚而聚水为病的病理基础可见：1. 肾小球绝大部分受到损害，肾曲管上皮浊肿变性，肾功能衰竭而致氮质滞留出现尿毒症；2. 消化道粘膜水肿或伴炎症细胞浸润，食道粘膜糜烂，十二指肠粘膜层之腺上皮多脱落消失，空回肠及结肠局限性血肿形成；这些病理变化，可使肠蠕动增加，影响饮食物的消化吸收，而致机体营养不良、低旦白血症，加剧水肿的形成。

四、兼夹湿热。本例主症是脾肾阳虚，但血尿、发热、舌苔黄及腹穿后的腹腔感染是兼有湿热之症。病因是湿浊留滞、郁而化热，下注膀胱而使之出现血尿、管型等症。产生的病理基础有：1. 心包腔内大量渗液及炎症感染；2. 胸膜纤维素沉积并形成疤痕组织；3. 肺泡壁的慢性炎症；4. 腹腔感染，腹水呈黄色脓性，腹腔内脏器均有纤维素性粘连；5. 肝脏慢性活动性炎症病变；6. 肾小球均有不同程度病变，肾间质有慢性炎症；7. 消化道粘膜层均有轻度的慢性炎症。其中尤以消化道、肝脏的炎症与肾脏的病变与湿热的关系更为密切。

五、肝脏病变与脾肾阳虚的联系。本例二年前开始患肝炎，以后演变为慢性活动性肝炎，HBsAg 阳性。而其主要诊断——快速进行性肾炎发生是否与慢性活动性肝炎的存在有关，是否是后者的免疫复合物在肾小球沉积而造成的。惜乎本例未做肾脏免疫荧光切片

检查，否则就可能对两者的关系提供重要的线索。但据我们的临床经验，慢性活动性肝炎引起肾炎并不少见，但引起如此严重的快速进行性肾炎，并不多见。且慢性活动性肝炎在临床表现多属阴虚郁热，出现脾肾阳虚者也少。

根据我们对阴虚病例的病理分析结果，发现阴虚病例几乎无例外地都有肝脏不同程度的损害。本例患者在后期很快出现阳损及阴而导致阴阳离决而死亡。那么肝脏慢性活动性损害的持续存在是否是加速阳损及阴这个过程的一个因素，也很值得加以考虑。总的来看，肝脏病变与脾肾阳虚的发生发展有一定的联系。

六、淡白舌的病理学基础：本例舌质淡白胖大，其形成主要由：

1. 骨髓中三个系列的造血细胞均受到抑制。血红蛋白仅 6 g%，红细胞计数 186 万。

2. 肾脏的大片毁损，致红细胞生成素显著减少，也有助于贫血的形成。此外，肾小球漏出大量旦白，肾小管回吸收旦白的能力减少，使血浆旦白大量漏出，加上恶心呕吐，不能从饮食中获得旦白质的补充，造成低血浆旦白血症，而使舌质变淡及浮胖而娇嫩。

3. 肝脏的广泛破坏和小灶坏死，也影响了肝细胞制造白旦白的能力（正常肝脏每天可制造白旦白 12~14g），此例患者白旦白仅 1.2g%，总旦白仅 3 g%，低旦白血症除可造成全身水肿外，也影响到舌粘膜出现水肿。

通过本例的讨论，对“脾肾阳虚、水湿泛滥”的有关临床病理问题进行了一些初步的探讨，由于中医临床“证”的复合和转化，很少能有一病例只出现一个单纯的“证”，而且至死不变，这就给我们作临床与病理的联系时产生了不少困难。对于这个病例的讨论还比较粗浅，今后还要对“脾肾阳虚”具有不同临床见证的病例进行系统分析，才能找出一些规律性的东西，才能进一步加深对这两个“脏器”的功能和病理学基础的了解。

• 消息 •

日本附子研究者 横田正富在京作学术报告

日本汉方药研究所药理学博士横田正富副教授，于1981年9月再次来华访问。在京期间，曾在中医研究院西苑医院作了有关他发现附子新的有

效成分“去甲乌药碱”（我国称为附子Ⅰ号）的经过及化学提取方法。讲演后，并和我国有关技术人员交流了对川芎嗪及一组止血中药的研究看法。