

讨 论

肺性脑病是由于呼吸衰竭引起的脑功能不全的综合征，患者大多有慢性支气管炎、阻塞性肺气肿伴肺原性心脏病史。临床表现为头痛、咳嗽多痰、兴奋谵妄，或嗜睡、昏迷不省人事。肢冷、血压下降等症，与中医所谓“痰厥”类似。正如《杂病广要》曰：“痰饮内郁而厥……厥有涎潮，如拽锯声在咽中为痰厥……用导痰汤加竹沥、姜汁”⁽³⁾。其说虽不一定符合现代肺性脑病，但其治疗原则是值得借鉴的。所以我们在治疗肺性脑病时选配导痰汤加味煎汤内服。导痰汤由半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、胆星组成，功效为顺气导痰；加石膏蒲、郁金、青礞石等加强了祛痰作用，能够祛除呼吸道内的痰涎壅塞，使得呼吸道通畅，改善肺泡通气。临床疗效和实验室观察结果亦说

明了中西医结合组在提高疾病的治愈率、降低病死率以及提高机体的氧分压、降低二氧化碳分压方面都优于西药组。鉴于肺性脑病是临幊上常见的危重病之一，变化迅速，病死率极高，所以不能单独应用导痰汤来治疗。导痰汤治疗肺性脑病的作用机理还有待今后进一步研究。

参 考 文 献

- 全国第三次肺心病专业会议资料。中华结核和呼吸系统疾病杂志 1981; 1(1):62.
- 陶 凯。中西医结合治疗肺性脑病低氧血症。中西医结合杂志 1987; 7(10):616
- 丹波元坚。杂病广要·痰厥篇。第2版。北京：人民卫生出版社，1983:1074.

肺心病时丙二醛变化的意义探讨

北京市红十字朝阳医院呼吸病研究中心 (100020)

胡国英 毛燕玲 于淑兰 周永昌 邱鹤庚 翁心植

测定50例肺心病患者急性发作期和缓解期的丙二醛(MDA)，并与70名健康人比较，现报道如下。

临床资料 观察组50例为1984年10月～1986年3月住院的肺心病急性发作期患者，男28例，女22例；年龄45～75岁，平均56.5岁。均符合1977年第二次全国肺心病专业会议修订的诊断标准。所有病例均无心绞痛史，心电图、X线胸片和超声心动图检查排除了冠心病。缓解期患者系上述患者住院治疗后，感染基本控制待出院者。对照组70例，男37例，女33例，年龄25～60岁，平均45.4岁，均为体检健康者。

方 法

一、血小板MDA生成测定：血小板聚集率(MAR)测定后5分钟时取出PRP及PPP，然后放37℃水浴15分钟后与等量的硫代巴比妥酸液混匀，加4N的氢氧化钾溶液0.5ml，离心后用国产721型分光光度计在548nm处，以PPP作对照，测定光密度(OD)值。已知MDA在548nm处时的消光系数为0.152，以下列公式计算血小板MDA含量，以MDA nmol/10⁹血小板表示。

$$MDA = \frac{OD_{548} \times V}{0.152 \times 血小板数} \times 10^9$$

二、血小板计数：许氏法。

三、统计学方法：配对t检验，成组t检验。

四、血小板聚集功能测定：用硅化注射器，取受试者静脉血，加3.8%枸橼酸钠溶液抗凝，比例为(9:1)。离心，制备富血小板血浆(PRP)和贫血小板

血浆(PPP)，取PRP0.5ml置血小板聚集仪内(北京生化仪器厂生产BS-631型)，37℃预温5分钟，然后加0.5mg/ml花生四烯酸(AA)50μl，记录聚集曲线，按下列公式计算血小板聚集率(MAR)。

$$MAR = \frac{\text{聚集最大透光度与PRP透光度的差数}}{\text{PRP与PPP之间透光度的差数}} \times 100\%$$

结 果

一、健康人与肺心病患者MDA测定结果($\bar{x} \pm S_x$)，对照组70例，AA诱导MDA含量(nmol/10⁹)为3.542±0.190，肺心病发作50例为1.940±0.155，肺心病缓解50例为3.233±0.245。ADP诱导MDA含量(nmol/10⁹)，肺心病发作18例为1.611±0.407，肺心病缓解18例为1.977±0.477，缓解期与发作期相比 $P < 0.01$ 。

二、急性发作期与缓解期血小板计数的变化：肺心病急性发作期患者血小板计数为(124±7.0)×10⁹/L，缓解期为(169±8.2)×10⁹/L，两组差异显著($P < 0.01$)。急性发作期患者血小板计数低于100×10⁹/L(10万/mm³)者占32%(16/50)，缓解期者低于100×10⁹/L者占6%(3/50)。

讨 论 用硫代巴比妥酸测定血小板MDA生成是检查血小板功能、间接了解血小板AA代谢的一项定量试验。我们发现肺心病急性发作期血小板数量及MDA生成量明显降低，缓解期恢复正常。提示肺心病急性发作期血小板功能严重受损，同时证实AA在诱导血小板MDA生成方面优于ADP。