

黄柏 15 g 苡仁 30 g 滑石 30 g 肉桂 9 g 阿魏 1.5 g (馒头皮裹服) 炙甘草 10 g。嘱避风寒, 卧床休息。6 剂后获显效, 心悸、水肿皆明显减轻。效不更方, 守方续服 4 个多月, 病情逐日减轻, 夜眠已能竟夜, 可从事轻微家务, 还能骑自行车在操场上缓行。改以基础方调理善后, 至今 1 年多, 病情较稳定。

五、体会 充血性心衰, 中医临床通常归属咳嗽、心悸、水肿等病范畴进行辨证施治, 笔者重温经旨, 观《素问·痹论篇》曰: “心痹者, 脉不通, 烦则心

下鼓, 暴上气而喘……厥上气则恐”。文中所描述之病位、病机、主症与充血性心衰何其相似, 窃以为用“心痹”名之似更确切些。罗老在数十年的临床实践中, 对本病采取辨证与辨病相结合, 抓住“心气不足、心血瘀阻”为充血性心衰的病理本质, 即同病的共性特征, 而源于“风湿”、“肝阳上扰”、“痰热壅肺”、“脂浊淤阻”等不同病因及个体, 表现出不同的个性特征, 从而拟订治疗三原则, 即谨守病机治其本; 对症下药治其标; 祛除诱因制原病。使充血性心衰的中医治疗规范化而又不失辨证原则。

147 例脾虚患者血清丙二醛含量变化

第一军医大学中医系(广州 510515) 陈达理

广州医学院第二附属医院 周立红

为了解脾虚与自由基反应的关系, 1991 年 10 月~1992 年 12 月我们测定了 147 例脾虚患者血清丙二醛(MDA)含量, 现报告如下。

资料与方法

一、观察对象 脾虚组 147 例为第一军医大学附属珠江医院、广州医学院第二附属医院门诊及住院患者, 男 86 例, 女 61 例。年龄 15~87 岁, 平均 49.63 ± 16.36 岁 ($\bar{x} \pm S$, 下同)。病种包括慢性胃炎、溃疡病、慢性结肠炎、甲型肝炎、乙型肝炎、胆囊炎、胆石症以及慢性肾小球肾炎、肾病综合征、糖尿病、肺心病、慢性支气管炎、支气管哮喘等。按中医辨证, 均符合脾虚诊断标准[沈自尹, 等. 中医虚证辨证参考标准. 中西医结合杂志 1986; 6(10): 598]。在上述脾虚患者中, 根据辨证又分为单纯脾虚、脾肾两虚、脾虚肝郁三个证型。单纯脾虚型 74 例, 脾肾两虚型 18 例, 脾虚肝郁型 55 例。正常对照组 26 名为来院体检的健康人, 年龄 25~82 岁, 平均 45.65 ± 15.15 岁, 男 17 名, 女 9 名。其他证型组 37 例为慢性支气管炎、肺气肿、冠心病、糖尿病、泌尿系感染、类风湿性关节炎等患者, 无脾虚之象, 符合痰热壅肺、胸阳不振、膀胱湿热、风寒湿痹等证型的诊断标准(邓铁涛. 中医诊断学. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1987)。年龄 12~76 岁, 平均 47.10 ± 16.91 岁, 男 21 例, 女 16 例。三组之间年龄无显著性差异 ($P > 0.05$), 有可比性。

二、检测方法 用改良八木国夫法[第一军医大学学报 1986; 6(2): 152], 测定血清脂质过氧化物

的分解产物 MDA 含量。统计学处理为两均数差别显著性检验 (t 、 u 检验)。

结果 正常对照组血清 MDA 含量为 4.28 ± 0.64 ($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm S$, 下同); 脾虚组为 6.34 ± 2.51 , 显著高于正常对照组 ($P < 0.01$)。其他证型组 MDA 含量为 6.03 ± 1.01 , 亦显著高于正常对照组 ($P < 0.01$), 但与脾虚组无显著差异 ($P > 0.05$)。

脾虚组中血清 MDA 含量单纯脾虚型 (5.98 ± 1.43)、脾肾两虚型 (6.66 ± 1.55)、脾虚肝郁型 (6.69 ± 3.65) 均显著高于正常对照组 ($P < 0.01$)。三型之间, 脾肾两虚型明显高于单纯脾虚型 ($P < 0.05$), 而与脾虚肝郁型比较无显著差异 ($P > 0.05$)。脾虚肝郁型与单纯脾虚型无显著差异 ($P > 0.05$)。

讨论 147 例脾虚患者血清 MDA 含量明显高于正常对照组, 说明脾虚证与自由基反应有关, 脂质过氧化损伤是脾虚证的病理基础之一。机体出现各种病变时, 会产生大量的自由基。因自由基的攻击可使组织器官在结构和功能上受损害, 表现在消化道方面, 即出现脾胃功能减退的虚象。

脾虚组三型中脾肾两虚型 MDA 含量最高, 可能与该型患者病史长、病情重, 清除自由基能力减弱有关。

其他证型组 MDA 含量明显高于正常对照组, 但与脾虚组无显著差异, 说明脂质过氧化损伤在攻击的部位和损伤的程度上均不具有特异性。这种损伤可产生于多种证型、多种病变, 并非脾虚证所特有。

(本文承蒙陈瓊、周玫教授指导, 特此致谢)