

脾阴虚证与微观血瘀证的相关性研究

杨建华¹ 黄英俊²

本研究报告了 34 例脾阴虚证患者的血液流变学有关指标及微循环状态检测, 并与健康人作对比观察, 探讨脾阴虚证与微观血瘀证的相关性。

资料与方法

1 脾阴虚证诊断标准参照文献^①, 34 例患者排除血瘀证^②相关症状。其中男 11 例, 女 23 例; 年龄 21~69 岁, 平均 41.5 岁; 病程 <1 年 12 例, 1~5 年 13 例, 6~10 年 7 例, >10 年 2 例; 其中慢性浅表性胃炎 13 例, 慢性萎缩性胃炎 6 例, 十二指肠球炎 6 例, 消化性溃疡 5 例, 胃癌 2 例, 胃肠神经官能症 1 例, 慢性结肠炎 1 例。健康人组 35 名, 均来自健康体检者, 中医辨证无异常, 男 13 名, 女 22 名; 年龄 20~65 岁, 平均 39.4 岁; 两组性别和年龄均无显著性差异($P>0.05$)。

2 检测方法

2.1 血液流变学测定 全血高切变比粘

度($\eta_{b \cdot h}$)、全血低切变比粘度($\eta_{b \cdot l}$)、血浆比粘度(η_{sp})测定采用 HDN-A 型红外多切变率血粘度测定仪, 红细胞电泳时间(ET)测定采用 WDY-D 型稳压稳流电泳细胞电泳仪。血沉(ESR)测定采用魏氏法, 红细胞压积(HCT)测定采用常量法, 并根据上述有关指标计算红细胞硬化指数(TK)^③。

2.2 甲皱微循环测定 在室温 15~28℃ 的条件下, 采用 WX 型多部位电脑微循环显微仪, 检查左手无名指甲皱远端第一排管袢血管情况, 按文献^④方法, 观察有关指标, 计算各项积分值及总积分值。

2.3 统计学处理 各计量资料均采用两样本均数之间比较的 t 检验。

结 果

1 脾阴虚证血液流变学改变 见表 1。脾阴虚证组全血高切变化粘度、全血低切变化粘度、血沉、红细胞硬化指数均高于健康人组

表 1 两组血液流变学测定指标结果比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数	$\eta_{b \cdot h}$ (150 s ⁻¹)	$\eta_{b \cdot l}$ (37.5 s ⁻¹)	η_{sp}	ET (s)	ESR (mm/h)	HCT (%)	TK
健康人	35	4.51±0.47	5.96±0.63	1.65±0.08	18.21±1.13	18.13±9.27	41.67±4.31	0.73±0.06
脾阴虚证	34	5.25±0.61*	7.38±0.98*	2.93±1.05**	18.59±1.22	27.36±12.15*	43.11±5.24	0.99±0.12*

注: 与健康人组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

($P<0.05$), 血浆比粘度明显高于健康人组 ($P<0.01$); 而红细胞电泳时间、红细胞压积

与健康人组比无明显差异($P>0.05$)。

2 脾阴虚证甲皱微循环改变 见表 2。

表 2 两组甲皱微循环各加权积分值比较 (分, $\bar{x} \pm S$)

组别	例数	形态积分值	流态积分值	袢周状态积分值	总积分值
健康人	35	0.35±0.29	0.68±0.37	0.49±0.28	1.25±0.84
脾阴虚证	34	0.93±0.54**	1.17±0.89*	0.95±0.44*	3.38±1.01**

注: 与健康人组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

脾阴虚证组 34 例中, 甲皱微血管血色暗红者 28 例(占 82%), 管袢欠清晰者 16 例(占 47%), 管袢交叉畸形者 15 例(占 44%), 袢

顶扩张者 18 例(占 53%), 管袢周围出血者 11 例(占 32%), 血流缓慢瘀滞者 17 例(占 50%), 红细胞聚集者 23 例(占 68%)。脾阴虚证组甲皱微循环形态积分值、流态积分值、袢周状态积分值及总积分值均高于健康人组

1. 浙江省杭州市第三人民医院(杭州 310009); 2. 浙江医学院

($P < 0.05 \sim 0.01$)

讨 论

研究表明,脾阴虚证患者的血液流变学主要改变为全血比粘度、血浆比粘度、红细胞硬化指数增高,血沉增快,处于浓、粘、聚的状态,血粘度、红细胞硬化指数均增高,可造成微循环障碍。脾阴虚证患者的甲皱微循环改变可概括为微血管血色暗红,袢顶扩张、红细胞聚集、血流缓慢瘀滞。甲皱微血管的形态、流态、袢周状态均有不同程度的异常。这揭示了脾阴虚证与微观血瘀证同时共存的客观现象。

中医学认为脾藏营,营系血之前身,与血同行脉中,称之为阴,故属脾阴。脾阴虚弱,

营阴亏损,血脉不充,以致血液运行不畅而瘀滞。又因瘀血阻滞,妨碍阴精的化生,可加重血瘀,导致血液粘度增高、血流缓慢、微循环障碍而出现微观血瘀证。可见,脾阴虚证与微观血瘀证的确有着内在的相关性。因此,为了提高临床疗效,对于脾阴虚证患者,在补益脾阴时,佐以养血活血之品实属必要。

参 考 文 献

1. 贝叔英,魏睦新.皮温测定对脾阴虚证诊断价值初探.中医杂志 1987; 28(4): 54.
2. 第二届全国活血化瘀研究学术会议.血瘀证诊断标准.中西医结合杂志 1987; 7(3): 129.
3. 陈士杰.血液流变学.第1版.天津:天津科学技术出版社,1987: 114.
4. 田 牛,单 毅,柳大昌,等.实用临床微循环学.上册.第1版.北京:军事科学出版社,1989: 32.

(收稿:1994-08-22 修回:1995-05-20)

改良“推按运经仪”疗法治疗泌尿系结石 35 例体会

章荣翔 徐 鸣

自 1994 年 6 月起,我们采用改良推按运经疗法,用于治疗泌尿系结石 35 例,取得了较好的效果。现报道于下。

临床资料 本组 35 例,男 20 例,女 15 例;年龄 21~76 岁,平均 37 岁。所有病例均经 B 型超声波确诊。其中肾结石 19 例,输尿管结石 12 例,肾结石伴输尿管结石 4 例。结石直径 4~12 mm。

治疗方法 (1)仪器:使用北京宏波自动化控制设备厂生产的 HD-89-VA 型推按运经仪。(2)方法:术前嘱患者饮开水 500~1000 ml,送服排石粉(琥珀 2 g,王不留行 3 g)1 包。20 min 后,以 A 型超声波定位,确定结石位置。再以正负电极固定于结石所在的身体前后两侧。调整输出强度,刺激量为 80~100 mA,开机冲击约 20 min。然后撤去电极板,以推头在结石定点穴位震击 20 min。再依次向天枢、水道穴推按或向输尿管循行方向推按 10 min。每天治疗 1 次,直至结石推出。1 个疗程不超过 1 个月。

结 果 (1)疗效标准:治愈:症状消除,经 B 超复查结石消失;好转:症状基本消除,有结石排出,但 B 超检查仍发现有结石残留;无效:无结石排出,B 超检查无变化。(2)结果:35 例中治愈 26

例(74%),好转 6 例(17%),无效 3 例(9%),总有效率 91%。无效 3 例均未完成规定疗程。起效时间:最短 3 天(1 例),最长 1 个月(5 例),平均 13.5 天。

讨 论 在 B 型超声技术普及应用后,泌尿系结石的诊断率大为提高,肾、输尿管结石已成为泌尿系常见的多发病。推按运经仪的应用为结石症的治疗开辟了一条新的途径。但经我们 2 年多的试用,感到其排石效果并不理想,这可能与结石被纤维组织所包裹粘连有关。故单纯推按促排收效不大。有报道先行体外震波碎石术,再作推按运经治疗,收到了良好效果。我们受此启发,在治疗前先用 A 超作结石定位,再针对结石部位,用 80~100 mA 强刺激 20 min,以冲击震荡碎石,再辅以一般的推按运经,导引结石下行。此改良法取得了较满意的疗效。

排石散由琥珀及王不留行组成,前者利水通淋,活血化瘀;后者通血脉,消肿痛。二者合用,可能有助于改善结石之粘连状态,使结石松动,易于下行。

此法之关键是每日术前均需以 A 超作结石定位,针对结石震击,刺激量要尽可能加大,不小于 80 mA。缺点是刚开始电击时,皮肤有痛感,一般均可忍受。另外,因震击较强,个别患者出现头晕,暂停休息即可恢复。年老体弱者慎用本法治疗。

(收稿:1995-06-23 修回:1995-10-23)