

肺原性心脏病阴阳虚证若干指标的观察

福建省中医研究所临床室呼吸组 林求诚 杨震光 吴维钊 郑偶然

福建省立医院内科呼吸组 周其林 游兰姬 何振声

肺原性心脏病(以下简称肺心病)属本虚标实的疾病,在本虚方面有脏腑虚、气血虚、阴阳虚等。脏腑虚主要是肺虚、脾虚、肾虚、心虚,大多数患者都不同程度地存在这四脏的虚证。气虚也常见,血虚仅见于少数患者(血瘀则是共性)。阴阳虚主要是阳虚,不少患者伴有阴虚。因此,我们在临床实践中体会到,肺心病患者的本虚,基本上可以分为阳虚与阴阳两虚两个基本证型。为了探讨肺心病阴阳虚证的实质,我们进行了若干客观指标的观察,现初步报告如下:

对象与方法

一、一般资料

93例肺心病住院患者,均按全国统一规定的肺心病诊断标准而确诊。其中男性72例,女性21例。平均年龄 60.8 ± 8.2 岁。所有病例都是因急性发作呼吸功能不全及不同程度的心功能不全而住院观察治疗的。

二、辨证分型标准

按1982年全国中西医结合虚证与老年病防治学术会议制订的《中医虚证辨证参考标准》进行阴阳虚的辨证。阴虚主证:五心烦热,咽燥口干,舌红少苔(或无苔);阴虚次证:午后颧红,便结尿短赤,盗汗,脉细数。具备以上主证两项、次证一项者定为阴虚。阳虚主证:畏寒肢冷,面目虚浮,舌淡胖苔润;阳虚次证:夜尿频多,便溏而尿清长,脉沉微迟。具备上述主证两项(其中第一条为必备),次证一项者定为阳虚。

统计分析时分为阳虚和阴阳两虚两组。

三、观察指标

有关免疫学方面的指标有淋巴细胞转化率(简称淋转率),玫瑰花结形成率(E-RFC), 29°C 玫瑰花结形成率(29°C -RFC),血清IgG、IgA、IgM,血清抗核抗体等;有关血气、电解质、酸碱平衡的指标有血

氧分压(PaO_2),血二氧化碳分压(PaCO_2),血清钾、钠、氯,酸碱失衡类型等。

结果与分析

一、有关免疫学指标的变化

各组的免疫指标测定分别见表1及表2。

表1 各组淋转率、E-RFC、 29°C -RFC比较

组别	淋转率(%)	E-RFC(%)	29°C -RFC(%)
正常对照	$63.0 \pm 9.7(104)$	$69.9 \pm 9.8(67)$	$49.2 \pm 10.2(63)$
阴阳两虚	$40.1 \pm 19.5^{**}(35)$	$51.7 \pm 14.8^{**}(36)$	$25.4 \pm 8.7^{**}(36)$
阳虚	$57.2 \pm 14.5^{*\Delta\Delta}(23)$	$54.8 \pm 14.6^{**}(23)$	$34.3 \pm 8.2^{*\Delta\Delta}(23)$

注:表中数据均为均值 $\pm$ 标准差(例数),数据用方差分析法处理。

*与正常对照组比较 $P < 0.05$; **与正常对照组比较 $P < 0.01$; Δ 与阴阳两虚组比较 $P < 0.05$; $\Delta\Delta$ 与阴阳两虚组比较 $P < 0.01$ 。

表2 各组血清免疫球蛋白含量比较

组别	IgG(毫克%)	IgA(毫克%)	IgM(毫克%)
正常对照	$1206 \pm 341(100)$	$171 \pm 52.5(120)$	$119 \pm 38.5(100)$
阴阳两虚	$1785 \pm 632^{**}(34)$	$334 \pm 185^{**}(35)$	$132 \pm 67.6(36)$
阳虚	$1692 \pm 637^{**}(23)$	$283 \pm 179^{**\Delta\Delta}(23)$	$91.2 \pm 40.2^{*\Delta\Delta}(23)$

1. 淋转率:表1示两虚证组(阳虚组、阴阳两虚组)淋转率均明显低于正常对照组,阴阳两虚组较阳虚组更为低下。

(5) 熊谷朗:从西医看中医。日本东洋医学会志28(4):141, 1978。

(6) 丁宗铁:东洋医学的基础医学研究概述。内部资料, 1981。

(7) 相见三郎等:柴胡桂枝加芍药汤治疗癫痫的疗效观察。

日本东洋医学会志 27(3):1, 1977。

(8) 沈自尹等:支气管哮喘采用补肾法防治及其内分泌和免疫方面的观察。中医杂志 22(5):341, 1981。

(9) 沈自尹等:温肾法防治老年慢性支气管炎原理探讨。中医杂志 22(10):742, 1981。

2. 玫瑰花结形成率(E-RFC): 表1示两虚证组E-RFC均明显低于正常对照组, 但两虚证组间比较无显著性差异。

3. 29℃时玫瑰花结形成率(29℃-RFC): 表1示两虚证组的29℃-RFC均明显低于正常对照组, 阴阳两虚组更为低下。

4. 血清免疫球蛋白: 表2示两虚证组IgG均明显高于正常对照组, 但两虚证组间无显著性差异。IgA两虚证组均高于正常对照组, 阴阳两虚组比阳虚组更高。IgM阳虚组显著低于正常对照组和阴阳两虚组。

5. 血清抗核抗体: 阳虚组23例, 3例阳性(13.0%); 阴阳两虚组36例, 9例阳性(25%); 正常对照组21例, 3例阳性(14.3%)。阴阳两虚组的阳性率偏高些, 可能与由于检测的例数较少有关。经卡方检验, 三组之间未见显著差异。

二、有关血气、电解质、酸碱平衡指标的变化

1. PaO_2 : 阳虚组11例为 64.30 ± 21.08 毫米汞柱(均值±标准差,下同), 阴阳两虚组29例为 65.57 ± 16.15 毫米汞柱。两组之间无显著差异($P > 0.05$), 两组中多数患者存在不同程度的缺氧。

2. PaCO_2 : 阳虚组16例为 55.27 ± 18.72 毫米汞柱, 阴阳两虚组33例为 60.34 ± 16.78 毫米汞柱。两组之间无显著差异($P > 0.05$), 两组中多数患者存在不同程度的二氧化碳潴留。

3. 血清钾: 阳虚组28例为 4.767 ± 0.5095 毫当量/升, 阴阳两虚组43例为 4.322 ± 0.7065 毫当量/升。阴阳两虚组血清钾明显低于阳虚组($P < 0.01$), 阴阳两虚组存在低血钾症的倾向, 其中部分病人血清钾低于正常范围的低限。

4. 血清钠: 阳虚组28例为 133.3 ± 9.145 毫当量/升, 阴阳两虚组43例为 130 ± 10.60 毫当量/升。两组患者都存在低血钠症的倾向, 但两组之间无显著差异($P > 0.05$)。

5. 血清氯: 阳虚组29例为 94.03 ± 5.839 毫当量/升, 阴阳两虚组43例为 89.53 ± 9.208 毫当量/升。两组都存在低血氯症的倾向, 而阴阳两虚组明显低于阳虚组($P < 0.05$), 阴阳两虚组中不少病人血清氯低于正常范围的低限。

6. 酸碱失衡类型: 阳虚组26例, 基本正常7例(26.9%), 单纯呼吸性酸中毒12例(46.2%), 呼吸性酸中毒并代谢性碱中毒3例(11.5%), 呼吸性酸中毒并代谢性酸中毒4例(15.4%); 阴阳两虚组29例, 依次为4例(13.8%), 2例(6.9%), 20例(69.0%), 3例(10.3%)。经卡方 $2 \times C$ 检验, 两组酸碱失衡类型分

布有显著性差异($\chi^2 = 20.57, P < 0.001$)。最明显的就是阴阳两虚组呼吸性酸中毒并代谢性碱中毒的比例显著增加了, 说明酸碱失衡较复杂而严重。

小结与体会

肺心病阳虚组与阴阳两虚组的细胞免疫功能普遍低于正常对照组, 总的T淋巴细胞计数也相似, 这是相同的一面; 但免疫指标降低的程度不同, 特别是有活性的T淋巴细胞, 阴阳两虚组明显低于阳虚组, 表现在淋转率和29℃-RFC两项指标。在体液免疫方面, 阳虚组和阴阳两虚组的血清IgG和IgA皆显著高于正常对照组, 可能因呼吸道感染是两组的相似点; 但血清IgA和IgM阴阳两虚组又显著高于阳虚组, 提示阴阳两虚有较严重的呼吸道感染而导致过高的体液免疫反应。细胞免疫愈低下, 愈容易招致较严重的感染, 体液免疫反应就愈高。体液免疫的异常反应还可能由于抑制性T淋巴细胞功能的减弱, 不能控制B淋巴细胞的功能活动。较严重的感染又会抑制细胞免疫, 过高的体液免疫反应与过低的细胞免疫功能形成恶性循环, 所以肺心病发展到阴阳两虚时, 常病势缠绵, 难以彻底治愈。要打破这个恶性循环, 一方面要祛邪——控制感染, 一方面要扶正——调理阴阳。

在电解质方面, 阴阳两虚组不仅存在明显的低血氧症的倾向, 还存在低血钾症的倾向; 在酸碱失衡方面, 阴阳两虚组合并代谢性碱中毒的比例明显增加。以上两方面实际上是有密切联系的, 也就是阴阳两虚组常在呼吸性酸中毒的基础上合并存在低氯、低钾性碱中毒。提示肺心病的阴虚与低氯、低钾有密切的关系。

阴阳既是相互对立而又是相互统一的。它们间存在着相互依存, 相互联系的关系, 祖国医学称为阴阳互根。《素问·阴阳应象大论》有: “阴在内, 阳之守也; 阳在外, 阴之使也。”徐灵胎《医贯砭》曰: “阴阳各互为根, 阳根于阴, 阴根于阳, 无阳则无以生, 无阴则无以化。”阳虚的本身, 就含有阴虚的因素, 长期的阳虚终可导致阴阳两虚。所以肺心病患者的阴虚也存在一定程度的低血钠和低血氯, 当钠、氯降至相当低程度并有低血钾时, 临床上就出现阴阳两虚症状。我们还在临床上观察到一些肺心病患者原来只有阳虚症候, 当不恰当应用激素及/或利尿剂之后导致电解质紊乱, 即可出现阴虚症候。由阳虚发展为阴阳两虚, 提示激素、利尿剂有“劫阴”之弊, 应当运用适度。

从本文若干指标的观察来看, 阳虚组与阴阳两虚组有相同的一面, 还有不同的一面。阴阳两虚证病情较复杂而严重, 其病机是由于阳虚发展的结果。