

证 的 研 究

15例热入营血、气阴两虚证病理解剖学
特征的初步探讨

上海市第三届半脱产西学中研究班 戴豪良*

指 导 陈泽霖* 宋庆礼**

运用病理形态学的研究手段,进行临床、病理对照分析,有助于我们对“证”本质以及中医基础理论的一些主要概念的认识和理解。本文试图从热入营血而致气阴两虚这一证型的一组病例来分析这个证的病理形态学基础,并与其他方面的研究工作相配合,对这个证的本质进行探讨。

一 般 情 况

本组资料为上海医科大学1960年以来,经中医、西医诊断明确,并经尸体解剖检查的15个病例。其中男性13例,女性2例。年龄14岁到62岁。从中医临床诊断上分析,这15个病例均有热入营血、气阴两虚二个基本内容。

病邪入营血的临床特点是:发热(高热持续较长一段时日,或38℃以上的中度热持久不退,而且夜热为甚),口不甚渴,心烦不安,或有嗜睡,神昏,谵语,抽搐,皮肤斑点隐隐,大多有吐衄,尿血和舌质红绛。临终前尚有高热者8例,血分证者12例。

气阴两虚的临床特征是:倦怠乏力,少气懒言,自汗,盗汗,喜卧嗜睡,手足心热,口燥咽干,便秘,尿赤,舌质红(但15例中有5例舌质淡白、舌胖有齿痕,血红蛋白仅为4~7克%),脉细数。

本组15例病程均在2年以内,最短的是3个月。其中呈现严重恶液质者3例,明显消瘦、皮肤苍白者3例,其余营养状态为中等。15例中舌质红绛9例,舌质淡白5例,淡红1例。薄白苔4例,薄白腻苔2例,黄腻苔4例(其中1例厚黄腻),薄黄干苔2例,光剥苔3例。后3例光剥苔在高热持续不退阶段大多为黄腻或白腻舌苔,到疾病后期全身衰竭时,腻苔渐退,其中2例还出现糜苔,临终前7~10天左右舌苔光剥、舌质光红干燥。脉象大多呈细数或细、弱、迟。

15例的病理解诊断属恶性组织细胞增生症7例,急性白血病3例,多发性骨髓瘤2例,再生障碍性贫血1例,何杰金氏病1例,红白血病1例。其直接死亡原因,毒血症1例,霉菌性败血症1例,小叶性肺炎1例,全身衰竭最后因心力衰竭或呼吸衰竭死亡者12例。

病理形态学的检查结果

一、一般检查情况

呈消瘦或恶液质的有6例,皮肤、嘴唇、结膜明显苍白。有2例全身明显水肿,阴囊也有水肿。有的头发呈小片状脱落。

全身有弥漫性出血点、瘀斑的有8例。一般瘀斑见于胸腹部,从绿豆到黄豆大小,眼结合膜水肿伴出血,唇及齿龈糜烂、溃疡出血。

全身淋巴结肿大的有2例。在颈、腋、腹股沟处均有黄豆大小淋巴结,可活动。腹腔后上下淋巴结及肠系膜根部淋巴结肿大,从黄豆大直至胡桃大小。后纵隔及肺门淋巴结肿大明显,切面淡黄色鱼肉样,有出血及坏死变化。

巩膜有明显黄染者6例,皮肤黄染不明显。

二、肝、脾及消化道的病理形态学改变

肝重多在1300~1700克左右,肝脏肿大在肋下2~7厘米,肝包膜较紧张,肝小叶结构大多仍易分辨,肝细胞索断裂,肝细胞弥漫散在脂肪变性。变性肝细胞常呈集团状分布。部分肝细胞变细消失,部分肝细胞增生可见双核。枯否氏细胞增生、肿胀,部分枯否氏细胞内可见淡褐色脂核素。部分汇管区可见淋

* 上海医科大学中山医院中西医结合研究室

** 上海医科大学病理解剖学教研室

巴细胞浸润。其中有3例,除上述变化外,尚可见小叶中央区肝细胞变性坏死(凝固性),呈片状及小灶性,核固缩或消失,胞浆嗜伊红加深,部分已坏死的细胞溶解消失,有小灶性组织细胞增生(可能是枯否氏细胞来源)。肝细胞凝固性坏死,以小叶中央区为最明显,次为小叶中间的肝细胞,为单个的小灶性梗死。此种变化可能是肝窦枯否氏细胞增生、肿大、增多而阻断肝窦血液,供应减少而致缺氧的损害。因为肝窦内极少能找到红血球,这是阻塞的证据。

脾多肿大,在900克以上的占1/3。肿大的脾脏包膜较紧张,切面淤血,结构模糊,组织易刮下,小梁及淋巴滤泡结构不清。镜下见脾窦高度扩张淤血,血管内有血栓形成。3例肝细胞有坏死的病例,脾小体区也呈弥漫性凝固性坏死,脾窦充满了大量的核小、胞浆极度丰富并含有大量小泡状的空泡吞噬细胞。

有3例胃扩张,胃内有咖啡色液体100毫升左右,胃皱襞几乎消失,胃壁薄,胃粘膜有出血。小肠胀气在大多数病例可见,小肠粘膜明显水肿,皱襞和绒毛仍明显可见。镜下见小肠粘膜及粘膜下层除有水肿外,还有少量淋巴球和单核细胞浸润。

三、肺的病理形态学改变

15例均可见二肺弥漫性淤血和高度水肿。镜下见肺泡壁毛细血管及间质小血管扩张淤血。大部分肺泡腔充满大量伊红色水肿液。在肺部的不同区域内,尤其是中、下叶有肺萎陷和灶性纤维化等。有2例还可见出血样梗死灶,灶内肺泡轮廓尚隐约可见,腔内及间质内充满红细胞。细胞边界不清,部分核消失,见大小不等的曲霉菌落,中央示凝固性坏死病灶,肺泡壁毛细血管内有微血栓形成。其中3例恶液质病例的支气管腔或肺血管内有霉菌或细菌栓,并有霉菌性坏死灶,坏死区周围有肉芽形成。

四、心脏的病理形态学改变

15例中6例心脏轻度扩大,其中右室扩大3例,左室扩大1例,左右室均有轻度扩大者2例。其他各例心室虽未明显扩大,但在镜下仍可见心肌轻度肿胀,横纹不清楚,部分肌细胞肌浆溶解,胞浆中含有小空泡。心外膜下有多量白血球浸润。一半以上病例在冠状沟两侧、心耳或心瓣膜处都可见散在出血点,有的在房室结旁亦有针尖大小的出血点。其中2例心包腔内有50毫升左右的淡黄澄清积液。

五、肾脏的病理形态学改变

肾脏实质色泽较苍白。镜下见肾小球大致正常,有的肾小球数量相对减少,肾小球囊内有血浆成分渗出,个别肾小球纤维化玻璃样变。肾皮质间质中偶见

小灶性淋巴细胞浸润和轻度纤维化。肾曲管上皮混浊肿胀,以远曲管明显,远曲管个别细胞有坏死。部分曲管上皮钙化。有一例在右肾有二处凝固性坏死灶,坏死区肾小球肾曲管轮廓犹存,细胞核消失。二侧肾小球毛细血管内有较多微血栓,间质水肿,片状出血,中动脉内有菌栓形成。

六、内分泌腺的病理形态学改变

肾上腺重量大多在正常范围(10~18克),只有2例低于正常。其中1例9克;另1例年龄62岁,死于全身衰竭恶液质,双侧肾上腺基本上消失不见,左侧肾上腺被恶性组织细胞所形成的肿块所侵占,大小达 $5 \times 4 \times 5$ 厘米³。重量在正常范围的肾上腺皮质结构清楚,三个细胞带清楚可见,皮质明显淤血。有一些病例的皮质中类脂质明显减少,部分细胞溶解消失。有的虽见萎缩,但仍可见到灶性增生部位。胸腺大多已退化,为脂肪代替。睾丸或卵巢未见明显病变,个别全身出血明显的病例,睾丸也有出血情况。有1例睾丸内造精上皮细胞萎缩,细胞减少无分裂,无成熟的精子。甲状腺无明显变化。垂体见腺细胞自溶,血窦扩张充血。

七、其他器官的病理形态学改变

脑膜大多有水肿、血管扩张、淤血,脑组织轻度水肿。有的镜下可见脑组织内血管及淋巴管扩张,间质水肿,血管周围间隙增宽,微血栓形成。

讨 论

一、“热入营血、气阴两虚”证的临床和病理形态学特征

1.“热入营血、气阴两虚”证是一组病程相对较短的全身衰竭、消耗性病证。这些病例由于持续、反复的发热、出血、感染等,逐渐出现倦怠乏力、少气、自汗、嗜睡等全身衰弱征象,有一部分病例出现消瘦、苍白,甚至恶液质,属于消耗性、全身衰竭性的疾病。整个病程一般在3个月到2年之内,病情重,进展比较迅速。这较结核病、慢性肝病而致虚损病例的病程(十年到几十年)要短得多^(1,2)。

2.“热入营血、气阴两虚”证的临床特征。每个病例除均有较长时间的高热外,血液中的有形成分也有不同程度的损害。红细胞、血红蛋白大多在较低水平,因此这些病例中有5例舌质呈现为淡白色。血小板明显减少,从病理解剖结果来分析,出血的主要原因是血小板减少所造成。15个病例中舌苔光剥仅见3例,而且还是出现在临终前7~10天。舌苔光剥前常见腻苔、厚苔,以后或可见腐苔,最终舌苔剥脱而出

现舌质光红干瘪等阴液耗竭的征象。从这一点来看,似乎称这类病例为“气阴两伤”更为妥当。因为从临床上看,这类病人在短期内很快出现舌苔剥脱等阴液枯衰现象,与一般长期消耗而致气阴两虚病例舌苔逐渐发生光剥不同。但是,一般临床上所说的“伤阴”是指阴液的损伤而不是枯竭,表现为口干、舌面燥或舌质红等,很少出现舌苔光剥。所以,我们仍按中医传统认识而把这类病人的诊断定为“气阴两虚”,而不是“气阴两伤”。病人多有自汗、乏力、少气等气虚表现,一般肺肾阴虚而致的气阴两虚主要是与心肺功能减退有关。但这些病人的肺功能大多属正常范围,而贫血却十分明显,心脏轻度损害,这些病人的气虚表现主要与血液携氧能力减少,组织缺氧而致功能减退有关。由不同病机造成的气阴两虚证临床表现基本相似。因此,只要能较长时间影响脏器的氧气供给,就有可能造成气虚证的出现。从以上分析可知,热入营血而致的气阴两虚证与其他病机而造成的气阴两虚证,除病机不同外,虽然气虚表现相似,但在全面分析临床表现后,仍可发现在临床方面有着较多的不同特征。

3. 全身脏器、组织存在着较广泛、并有一定深度的损伤。从病理解剖的结果可以看到,全身各脏器、组织几乎都受到一定程度的影响。这些影响与其他虚损病例的组织学损害程度相比较,还是不太严重的。肝脏细胞有水肿、脂肪变性,汇管区有淋巴细胞浸润。仅有3例可见到肝脏小叶中央区肝细胞凝固性坏死。肺有淤血、水肿,肺泡内有水肿液,肺泡壁毛细血管中有微血栓形成,但未见大片肺组织的损伤或毁损肺等严重影响肺功能的病变。在15例中仅有6例的心脏呈轻度扩大。肾上腺的重量只有2例低于正常,在镜下三个细胞带仍清楚可见。大多数病例睾丸或卵巢未见明显变化。这些具体变化与肺肾阴虚日久而见气阴两虚或其他虚损病例的病理变化相比^(1~3),所受到损害的程度要轻一些。但这些变化所涉及的面仍是很广泛的,再加上病程较短、进展迅速,促使机体功能很快发生衰竭而死亡。

4. 病理形态学变化以肝、肾上腺皮质、心、肺、肾等脏器变化为主。这些脏器的变化特点已见上述。这些变化的总趋势是与其他虚损病例的变化是一致的。仅在变化的程度或广度方面有一定差异,但大多数仍是以这些脏器的改变为主。根据我们初步观察的体会,对于虚损的病理形态学研究,可以上述这些脏

器为主要着眼点。

二、关于“阴虚”的概念

我们曾对“阴虚”有这样一个印象:“阴虚不单纯是机体营养不良、体液或有效循环血量的不足,也并非单纯是神经—内分泌调节障碍。阴虚是机体对内外环境等致病因素作用的适应、代偿变化的全身性综合状态的概括和抽象,它有一个从全身充分动员到逐步衰竭的发生发展过程。”⁽⁴⁾本文所讨论的“热入营血、气阴两虚”证也完全符合这一认识,它与其他阴虚证不同之处在于它的发生和发展均较快,但其病理形态学变化则不如其他阴虚证的那么深刻、严重。它反映了机体在对致病因素适应、代偿,最后走向衰竭的一个“亚急性”的慢性疾病过程。从临床分析上来说,对这些病例我们也常判断为“气阴两伤”,在临床概念上与其他证型的“阴虚”或“真阴衰竭”有着程度上的区别,这一切在显微镜下的形态学检查也得到了同样的结论。因此,对于阴虚证的研究应该根据阴虚证的不同程度、阴虚证的发生发展过程再深入一步进行具体的分析研究。

三、关于“营血”的概念

从临床上来看,热入营血是高热持久不退与全身出血倾向、体表毛细血管扩张、淤血相联系的一种综合性的状态。从病理上进行分析,这是发热、感染、出血倾向与致病因素互为因果的变化结果。高热不一定会引起出血,必然要在致病因素、感染等综合因素作用下,使机体止血、凝血机制受到严重损害(包括弥散性血管内凝血过程)才能形成“热入营血”这样一个综合性的临床状态。它的病理形态学基础是较广泛的,除包括从骨髓一直到胸腺、淋巴腺、血液等造血、免疫系统外,还有肝、肾、内分泌系统等重要脏器参与。因此,“热入营血”这一概念不能局限到某一个具体组织或器官,而是应该包含由全身多种功能的组织器官所构成的综合体系。

参 考 文 献

- (1) 上海第一医学院中山医院等, 中西医结合杂志 1 (1): 56, 1981。
- (2) 陈泽霖等, 中医杂志(5): 54, 1981。
- (3) 上海第一医学院中山医院等, 中医杂志(2): 50, 1982。
- (4) 戴豪良等, 中西医结合杂志 3 (5): 316, 1983。
- (5) 重庆医学院新医病理学研究小组, 新医药学杂志(11): 34, 1973。

欢 迎 投 稿

欢 迎 订 阅