

由于代偿作用, 红细胞膜上碳酸酐酶活性增高, 因而又继发地增加碳酸酐酶与血红蛋白的结合, 使血红蛋白减少或减缓氧气的释放, 又造成次级缺氧反应, 因而出現一系列缺氧和慢性二氧化碳中毒的症状, 如脉缓、面色萎黄不华。因为红细胞的结构与功能的异常变化, 不能很好运化, 故四肢肌肉无以充养, 日渐消瘦。

由于机体的缺氧刺激, 促红细胞生成素的作用, 周围血液内出现大量网织红细胞, 甚至有核细胞, 这又是异常结构和功能欠缺, 阴离子不能正常交换, 又造成循环性不能正常运送二氧化碳。

这个机理的关键, 在于红细胞内生成的碳酸氢根

离子的分子不能横跨过红细胞膜, 亦即碳酸解离生成的 HCO_3^- 不能与血浆中 Cl^- 交换, 因而不能降低红细胞中 HCO_3^- 的浓度, 不能保证 CO_2 正常的运输。而 HCO_3^- 与 Cl^- 跨过红细胞膜时, 膜蛋白谱带 III 是关键。红细胞膜蛋白谱带 III 在红细胞膜内带有正电荷, 当它们与阴离子结合生成复合物时则是电中性的, 可以横跨过细胞膜。膜蛋白谱带 III 一旦发生变构, 势必影响阴离子交换, 也就是说不能在分子水平上进行正常的气体交换。所以, 红细胞膜蛋白谱带 III 的变构, 是立论的实验依据。

以上就是我们在分子水平上所阐明的脾气虚证的发生机理。

治疗上肢充血无汗汗毛脱落 1 例报告

张继有 主治 仝小林* 刘之谦* 郝洪江* 整理

任××, 男, 49岁。1985年8月22日初诊。

主诉: 上肢握物或下垂时, 手臂充血, 麻木发胀, 双手背皮肤发紧, 手掌发红、甚或青紫, 前臂及手无汗, 汗毛脱落。

现病史: 1985年3月起, 右手及右前臂较左侧皮温低, 自觉发凉。继之, 双手麻木, 晨起不能握拳, 手掌及指肿胀, 约活动15分钟后方减轻, 但握拳仍无力。颈项僵硬, 四肢倦怠。5月起, 症状加重。双臂下垂时, 前臂及手部血管明显隆起, 呈青紫色。握物时间稍长, 则手胀麻。右手不能切菜、拧螺丝等。发病以来, 两前臂及手的汗毛逐渐脱落, 无汗, 尤以手为甚。手掌干燥, 触觉明显减退, 性情急躁易怒, 不愿与人接触。在某医院检查: 心率57次/分。血沉2毫米/小时, 抗链球菌“O”200单位。上肢血流图, 右上肢(0.09欧姆)较左上肢(0.06欧姆)高。脑血流图, 左脑波幅严重偏低。血糖104.6毫克%。血脂: 总胆固醇270毫克%, β 脂蛋白630毫克%, 甘油三酯105毫克%。颈椎侧位及斜位片示: 颈椎轻度骨质增生。经某院神经内科, 诊断为“肢端血管神经症”。曾在某医院中医科按类风湿性关节炎治疗, 服活血、补血药20余剂, 症状反而加重。后辗转治疗数月, 用卡马唑、妥拉苏林、谷维素、脑灵素、阿斯匹林、扑尔敏等药及理疗均无效, 遂来求诊。

既往史: 1984年10月右手臂挫伤, 余无特殊记载。

刻诊: 舌质淡, 苔薄白, 脉沉缓。中医辨证: 血虚气滞。治则: 益气养血, 行气开郁。

处方: 党参25克, 黄芪25克, 陈皮15克, 香附15克, 枳壳20克, 菖蒲15克, 郁金10克, 枸杞25克, 山萸肉25克, 茯苓25克, 首乌15克, 桑椹25克。2剂, 水煎服。

8月26日二诊: 服上药后, 手掌见汗, 前臂及手胀麻感减轻。但手臂出现针尖大小出血点7个。舌脉同前。效不更方, 原方加五味子6克, 继服2剂。

8月29日三诊: 双手及前臂胀麻感又减, 开始有细汗毛生长, 但仍觉肢凉, 舌苔白, 舌尖红, 脉沉细。在第一方基础上随症加减, 共服30余剂。手掌有汗, 汗毛重新长出, 前臂及手胀麻感基本消失, 握拳有力。为巩固疗效, 嘱其回去后继服10剂。

按: 从该患者前臂及手胀麻无力、手掌无汗、汗毛脱落、性情急躁易怒等主症分析, 属血虚气滞。气不通则胀, 血不养则麻。血汗同源, 血虚则手掌无汗, 汗毛脱落。气郁则急躁易怒。故以益气养血, 行气开郁为治。方中党参、黄芪、茯苓补气以生血, 枸杞、萸肉、首乌、桑椹养血以生津, 陈皮、香附、枳壳、菖蒲、郁金行气开郁。本例虽气血同病, 但以治气为主。补气即所以补血, 行气即所以行血, 气足则血充, 血充则作汗有源。药病相符, 故数剂见效。

• 吉林省中医中药研究院