

四 诊 研 究

腭粘膜征与血小板聚集性、血液流变性和微循环的关系

上海医科大学中山医院 胡庆福 陈泽霖 戴豪良 潘晓霞 陈依萍

为探讨腭粘膜征在中医临床辨证中的意义,我院曾对1144例健康人及1032例各类疾病患者的腭粘膜作了观察,发现腭粘膜征异常(腭粘膜的小静脉曲张、淤血、出血及粘膜面的色调改变)与中医的血瘀证有联系⁽¹⁾。为了进一步探讨腭粘膜征异常(简称腭征异常)在血瘀辨证中的临床意义,我们又观察了恶性肿瘤患者腭征异常及青紫舌与血小板聚集性、血液流变性、微循环变化之间的关系。

材料与方法

血小板聚集性测定采用上海医科大学研制的 Qx-200 型全血血小板聚集仪,以 ADP 作为诱导剂,剂量为 50 微克和 100 微克,诱导时间为 5 分钟。

微循环观察采用 Mx-753 B 型微循环显微镜,观察指标参照上海医科大学病理生理教研室拟定的标准⁽²⁾。

血液流变性测定采用 Nx-2 型自动电子计时水平型玻璃毛细管式粘度计,切变速率为 75 秒⁻¹和 60 秒⁻¹,测定时温度为 25±0.1℃,血液流变性各项指标的测定按上海医科大学生物物理教研室的方法进行⁽³⁾。

共观察健康人 45 例,恶性肿瘤病人 163 例。根据舌质颜色和腭征表现,将 163 例分为四组,青紫舌组(舌质青紫或舌脉严重曲张者)39 例,非青紫舌组 52 例,腭征异常组(软腭征或硬腭征异常,舌质淡红)37 例,腭征正常组(软腭征、硬腭征均正常,舌质淡红)35 例。

结 果

一、微循环比较

表 1 示,恶性肿瘤病人的微循环障碍均较明显,但肿瘤腭征异常病人的微循环障碍比腭征正常者严重,主要表现为异形管襻增多,微循环中血细胞聚集明显,血流速度减慢。肿瘤青紫舌病人的微循环障碍较非青紫舌病人严重,微循环障碍的表现形式与腭征异常病人相似,见血细胞明显聚集,血色暗红。

表 1 肿瘤患者的甲皱微循环变化

甲皱微循环 观察项目	青紫舌 (39例)	非青紫舌 (52例)	腭征异常 (25例)	腭征正常 (21例)
血流速度>16*	18(46.2)	13(25.0)	15(60.0)	6(28.6) [△]
异形管襻>50%	25(64.1)	22(42.3)	18(72.0)	8(38.1) [△]
血色暗红	19(48.7)	11(21.2)*	13(52.0)	8(38.1)
出 血	9(23.1)	6(11.5)	2(8.0)	2(9.5)
血细胞聚集	20(51.3)	13(25.0)*	15(60.0)	5(23.8) [△]

注:表中数据为例数(%); * 与青紫舌比较 P<0.01
△ 与腭征异常比较 P<0.05

二、血液流变性比较

表 2 示,肿瘤腭征异常组的全血粘度、血浆粘度和红细胞电泳率都显著高于健康人,但腭征异常与腭征正常组相比,各项指标之间均无显著差异。肿瘤青紫舌病人和非青紫舌病人的全血粘度和血浆粘度都明显高于健康人组;青紫舌组与非青紫舌组比较,前组的全血粘度、血浆粘度都高于后组,差异显著(P<0.05、P<0.01)。此外,青紫舌组的全血粘度高于腭征异常组和腭征正常组(P<0.01)。

表 2 各组男性患者血液流变性变化

组 别	例 数	全血粘度 (75秒 ⁻¹)	全血粘度 (60秒 ⁻¹)	血浆粘度	血细胞压积 (%)	红细胞电泳率 (%)
健康人组	24	6.41±0.20	6.67±0.16	1.72±0.01	41.23±0.59	0.89±0.008
肿瘤青紫舌组	20	7.72±0.40**	10.08±0.48**	1.97±0.05**	43.65±1.29	0.99±0.04*
肿瘤非青紫舌组	20	6.25±0.27 ^{△△}	8.01±0.39** ^{△△}	1.84±0.03* [△]	41.50±1.05	0.90±0.02
肿瘤腭征异常组	23	5.97±0.27 ^{△△}	8.99±0.29** ^{△△}	1.93±0.03**	41.04±1.08	1.08±0.04**
肿瘤腭征正常组	14	5.92±0.24 ^{△△}	8.79±0.39** ^{△△}	1.90±0.05**	39.64±1.13 [△]	1.01±0.05*

与健康人组比较: * P<0.05, ** P<0.01; 与肿瘤青紫舌组比较: [△] P<0.05, ^{△△} P<0.01

三、血小板聚集性比较

在所有观察病例中,仅肿瘤青紫舌组的小板聚集性增高较明显,用50微克和100微克ADP诱导的血小板聚集性均显著高于健康人(P<0.05);其余各组肿瘤病人的血小板聚集性升高不明显。

表 3 各组患者的血小板聚集性变化

组 别	例 数	50微克 ADP 诱导 均值±标准误	100微克 ADP 诱导 均值±标准误
健康人组	45	7.80±0.25	7.90±0.24
肿瘤青紫舌组	27	8.79±0.43*	8.98±0.40*
肿瘤非青紫舌组	16	8.10±0.65	8.09±0.66
肿瘤腭征异常组	20	7.17±0.76	7.23±0.58
肿瘤腭征正常组	22	8.11±0.49	8.35±0.50

* 与健康人组比较 P<0.05

讨 论

一、微循环淤滞与腭征异常有一定关系

肿瘤腭征异常病人的甲皱微循环障碍比腭征正常者严重,青紫舌患者的甲皱微循环障碍比非青紫舌者显著,腭征异常组的微循环障碍也很明显,见异形管襻增多,流速减慢,血细胞聚集成团等变化,微循环呈严重的淤滞状态。除甲皱微循环外,腭征异常病人和青紫舌病人的舌尖微循环障碍也很明显,微循环变化的特点与甲皱微循环相似,呈现严重的微循环淤滞现象(管襻淤血,流速缓慢,血细胞聚集)。这提示,在微循环方面,腭征异常与舌质青紫这二个体征有着共同的病理变化,腭征异常或青紫舌的出现可能是某些病变引起的机体微循环淤滞的反映,或者说,整体的微循环淤滞(或人体多部位的微循环淤滞)是腭征异常和青紫舌发生的病理基础,这为将腭征异常作为血瘀

征的一个体征提供了客观依据。日本松原正纮曾指出,末梢血管中的血流停滞状态是构成粘膜上皮瘀血色调的主要病理基础⁽⁴⁾,这一观点与中山医院的观察结果相一致。腭粘膜上皮具有丰富的血供,而且血管位置表浅,易于暴露,是观察人体细小血管变化的理想部位,在临床观察过程中,腭粘膜上皮血管与舌粘膜上皮血管一样,能够灵敏地反映机体的血液循环障碍,因此在临床辨证时注意观察腭征变化有助于判断机体的微循环状态和血瘀的严重程度。

二、血小板聚集性变化

上海医科大学中山医院曾对短暂性脑缺血和糖尿病患者作了血小板聚集性和舌质的对照观察,发现青紫舌患者的血小板聚集性明显高于其它患者⁽⁵⁾。肿瘤病人各个组别中,也只有青紫舌组的小板聚集性显著升高,这表明血小板高聚集性与青紫舌之间有一定的相关性。肿瘤腭征异常患者的血小板聚集性无明显升高,与健康人和肿瘤腭征正常患者相比,均无显著差异,说明腭征异常的发生与血小板聚集性关系不大。

三、血液流变性变化

肿瘤腭征异常病人的全血粘度、血浆粘度和红细胞电泳率均明显高于健康人,但与腭征正常的肿瘤病人相比却无显著差异,提示腭征异常病人虽有血液粘滞性增高的表现,但血液的高粘状态并不是导致腭征异常的主要病理因素。日本学者寺泽捷年指出,血瘀证病人的全血粘度升高,只不过是血瘀证病理变化的一个侧面,并不能以血液粘度说明瘀血的全部内容⁽⁶⁾。在肿瘤各组别中,青紫舌病人的全血粘度、血浆粘度升高最明显,与肿瘤非青紫舌患

者相比均有显著差异。上海医科大学中山医院曾观察了冠心病患者的血液流变性变化,发现全血粘度、血浆粘度均按照健康人组—冠心非青紫舌组—冠心青紫舌组的排列顺序依次递增⁽⁷⁾,这与肿瘤病人中的情形相似,说明在一些病种中,血液的高粘状态可能是瘀血形成的病理基础之一。

四、腭征异常和青紫舌在血瘀辨证中意义
中医“血瘀证”的含义甚广,包括现代医学的许多病理概念,目前普遍认为血瘀与微循环障碍、血流动力学改变、血液高凝状态、血液粘滞性增高、出血、结缔组织增生、免疫机制紊乱等病变有关。青紫舌是中医血瘀辨证的传统指标,近来研究表明,青紫舌的形成与缺氧、静脉淤血、出血、血细胞聚集性增高、微循环障碍、血液粘滞性升高等有较明显的关系⁽⁸⁾,本文的观察结果也证实了这一点,可见,将青紫舌作为血瘀的主要体征是有科学根据的。

腭征是一个新的体征,在大系列的调查中发现腭征异常与血瘀证的发生有相关性⁽¹⁾,临

床研究进一步证实,腭征异常病人的微循环障碍较严重,但血小板聚集性和血液流变性变化与腭征阴性者相比,差异不明显。因此腭征异常在血瘀辨证中的意义不如青紫舌,但将其作为血瘀辨证的一个次要体征或次要依据还是可行的,腭征异常对判断微循环障碍的严重程度有一定意义。

参 考 文 献

- (1) 陈泽霖,等. 腭粘膜征 2176 例的观察分析. 中医杂志 1986; (2):51
- (2) 上海第一医学院病理教研组. 人体和动物微循环观察方法. 1980:26
- (3) 中国人民解放军一五七医院西学习中医班. 活血化瘀资料选编. 第十版, 人民卫生出版社, 1982:217
- (4) 松原正弘. 试用现代医学解释血瘀. 汉方临床 1982; 8:46
- (5) 陈松鹤,等. 青紫舌与血小板高聚集性关系的初步探讨. 中西医结合杂志 1984; (2):101
- (6) 史载祥. 和汉药治疗中的瘀血概念和血液粘度. 国外医学中医中药分册 1983; 6:41
- (7) 陈泽霖,等. 冠心病青紫舌患者的血液流变性和微循环观察. 中医药学报 1983; (5):20
- (8) 陈泽霖,等. 青紫舌的综合研究. 医学研究通讯 1984; 11:24

四逆汤加减治疗喉暗 1 例

饶宏孝

刘××,女,36岁,1984年11月7日初诊:半年前,因外感引起急性咽喉炎,未能根治,每遇外感或教学繁忙辄发。发时咽喉干燥灼热疼痛,吞咽尤甚,咽内发痒,声音嘶哑,迭经地、市医院耳鼻咽喉科诊为咽喉炎。所经医者,均投以抗生素等西药,仍乏效,又转中医诊为喉暗,迭用苦寒泻热之中药多剂,亦屡不见效。近一月,声嘶加重、不能讲话、腮腺纳呆,背部与四肢发凉,转请诊治。诊见:形体瘦弱,面色不泽,双目少神,舌体胖嫩,边有齿痕,舌质淡,苔腻而滑,脉沉细。证属风寒外束,失于宣散,寒邪内闭,本寒标热之喉暗,治法温经散寒治其本,清热利咽治其标。方用四逆汤加味:麻黄 6 克,附片 15 克(先煎),细辛 3 克,大黄 3 克,青果 10 克,法半夏 6 克,僵蚕 6 克,甘草 3 克。水煎温服,服药 2 剂后声哑稍有转,仍不能发音说话,胸脘得舒,背寒已除,四肢渐转暖和,药已中病,宗原方去大黄,加沙苑蒺藜 9 克,菟

丝子 9 克。服药 7 剂,声哑明显减轻,发音较前稍高,仍宗原方去细辛、青果、法半夏,加党参 24 克,山茱萸 24 克,玉蝴蝶 9 克。服药 7 剂,声音清晰、说话正常。随访观察,至 1986 年 6 月,病未复发。

按:本例喉暗,证属风寒外束,失于宣散,苦寒早投,致寒邪内闭、客于少阴、上逆会厌,此即朱丹溪云:“风冷能令人卒失音”,当疏风散寒、使肺气得宣,气机调畅、音哑自愈。然而前医重清凉、失疏解,专以苦寒清热为事,致寒邪内闭,酿成喉暗。因此,治用四逆汤去干姜,加细辛,以温散肾经之虚寒,加麻黄疏解在表之寒邪,反佐大黄清泻少阴之标热,配半夏以辛散开结,青果利咽,僵蚕散结与利咽。药用 9 剂,标热得去,肾阳有来复之机,此时去细辛、半夏、大黄、青果,加党参、怀山药、玉蝴蝶、沙苑蒺藜、菟丝子,温补脾肾,佐以利咽,药再进 7 剂,热散寒散,肾阳得复,而喉暗自愈。