

证的研究

痰证和血瘀证的临床比较分析

李小兵* 方永奇*

摘要 本文观察 263 例患者中,痰证的患病率高于血瘀证。在痰证病人中,男性患者所占比例高于女性,而在血瘀证中女性所占比例高于男性。痰证多见于慢性气管炎合并肺气肿患者,而血瘀证与冠心病关系最密切。痰证特征性的症状是咯痰、短气喘促、苔腻,血瘀证特征性的症状是胸痛、舌瘀、脉结代。痰瘀相兼的全血比粘度、还原全血比粘度高于其他两组,血瘀证组的胆固醇高于痰证组及痰瘀相兼组。痰瘀相兼组各指标的实际阳性积分值高于痰证组及血瘀证组,表明痰瘀相兼其病变程度比单纯痰证或血瘀证更为严重。

主题词 痰证/中医药疗法 血瘀/中医药疗法

痰饮和瘀血均为人体受某种致病因素作用后所形成的病理产物,这些病理产物又能作为致病因素引起多种病证。其中痰饮是由水湿津液代谢障碍所形成,而瘀血则由气血失调导致血行不畅或血离经脉所酿成。由于气血与津液同源,故中医有“痰瘀同源”“痰瘀同病”的说法。痰证和血瘀证无论在发病机理、临床证候等方面均有着一定的内在联系,但两者毕竟是不同的证候,不容混淆。为此,本文从痰证、血瘀证的常见证候统计入手,结合实验室检查,借助电子计算机,对痰证、血瘀证的资料进行初步比较分析,以便为进一步研究痰证和血瘀证提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象:263 例患者均为 1990 年 2 月~10 月间我院内科心血管专家门诊及内科住院病人,其中男性 152 例,女性 111 例,年龄 34~85 岁,平均 53±10 岁(均值±标准差)。

1.2 观察方法:根据痰证、血瘀证的临床证候特点及痰瘀相关的有关理论,设计病情登记表,由经验丰富的临床医师专人负责填写。观察指标包括胸闷、胸痛、心悸、头晕、耳鸣耳聋、失眠多梦、嗜睡、烦热、神昏、肢麻、偏瘫、步态不稳、口眼歪斜、面色萎黄、肥胖、咳嗽、咯痰、喉中痰鸣、短气喘促、口干不饮、恶心呕吐、食欲减退、腹胀、体倦乏力、神疲懒言、畏寒肢冷、腰脊酸痛、胫

膝酸软、下肢浮肿、夜尿多、便溏、便秘、舌胖或瘦、舌红、舌暗、舌有瘀斑点、苔黄或白、苔腻、脉弦、脉滑、脉结代等临床症状;此外,尚包括脉搏、血压、空腹血糖、血脂、微循环、心电图、眼底检查、脑血流量及血流变指标等检查内容。

1.3 辨证标准:血瘀证辨证按“血瘀证辨证试行标准”^[1]进行,痰证、痰瘀相兼证的辨证则参考“冠心病中医分型标准”^[2]及高等医药院校教材《中医诊断学》(第五版)中的有关内容进行。

1.4 观察指标积分的计算:参考陈氏^[3]的方法,每一病例出现前述症状中的一项时,即记 1 分;空腹血糖>120mg/dl、血压>150/90mmHg、血脂升高(胆固醇>250mg/dl、 β -脂蛋白>390mg/dl、甘油三酯>130mg/dl,其中一项异常即视作血脂升高)各记 1 分;血流变指标包括全血比粘度、还原全血比粘度、血浆比粘度、血球压积、血沉、纤维蛋白原、红细胞聚集指数、红细胞硬化指数、血沉方程 K 等检查内容,如上述指标在正常均值±2(SD)范围外时均视作异常,即各记 1 分;眼底动脉硬化Ⅰ度记 1 分,Ⅱ度记 2 分;心电图一般异常记 1 分,心肌缺血记 3 分;微循环总分 3 分以下者记 0 分,3~4 分者记 1 分,5~7 分者记 2 分,7 分以上者记 3 分。每一病人阳性积分满分为 63 分。统计每一证型组病人的实际阳性平均积分值及阴性平均积分值。

1.5 资料的统计学处理:所有资料均在微机上进行统计学处理,其中计数资料作卡方(R×C)检验,计量资料作方差分析,对其中有统计学意义的指标进行逐步判别分析。

2 结果与分析

2.1 证型与性别分布的关系:263 例中辨证为痰证者 154 例(58.6%),血瘀证者 40 例(15.2%),痰瘀相兼者 69 例(26.2%)。分析结果表明,痰证的患病率高于血瘀证及痰瘀相兼证。在痰证组 154 例患者中,男性 87 例(56.5%),女性 67 例(43.5%);在痰瘀相兼组 69 例中,男性 48 例(69.6%),女性 21 例(30.4%);在血瘀证组 40 例中,男性 17 例(42.5%),女性 23 例(57.5%)。可见痰证组和痰瘀相兼组以男性所占比例较高,而在血瘀证组中则以女性者为高。3 组间的性别分布差别有显著意义(P<0.05)。

2.2 证型与病种分布的关系:本文统计的 263 例患

* 广州中医学院附属医院临床药理研究室,广州市机场路(510405)

收稿日期:1991 03 19

者,涉及病种有冠心病、中风、糖尿病、动脉硬化、高血脂症、心律失常、肺心病、慢性气管炎合并肺气肿、肾病、胃病、类风湿病等。其中仅冠心病和慢性气管炎合并肺气肿在3组间的分布有统计学意义(前者 $P<0.01$,后者 $P<0.05$)。冠心病患者在痰证组中占13.6%(21/154例),在痰瘀相兼组中占56.5%(39/69例),而在血瘀证组中占92.5%(37/40例);慢性气管炎合并肺气肿者在痰证组中占13.6%(21/154例),在痰瘀相兼组中占11.6%(8/69例),而在血瘀证组中却无一例为慢性气管炎合并肺气肿者。结果显示,冠心病患者多见血瘀证,而慢性气管炎合并肺气肿者则多表现为痰证。

2.3 证型与临床证候指标的关系:将临床证候指标出现的频率进行统计发现,表1所列的胸闷、胸痛等14项证候其计数资料在各组间差别有显著意义。除体倦乏力和脉滑2项指标在3组间差异显著($P<0.05$)外,其余12项指标,组间差异均非常显著($P<0.01$)。

表1 3组间有统计学意义的临床证候频率分布比较

临床证候	痰瘀相兼组 (69例)	痰证组 (154例)	血瘀证组 (40例)
胸 闷	52(75.4)	81(52.6)	25(62.5)
胸 痛	42(60.9)	28(18.2)	26(65.0)
嗜 睡	22(31.9)	26(16.9)	4(10.0)
肥 胖	30(43.5)	46(29.9)	5(12.5)
咯 痰	48(69.6)	94(61.0)	7(17.5)
喉中痰鸣	11(15.9)	32(20.8)	0
气短喘促	44(63.8)	72(46.7)	14(35.0)
体倦乏力	48(69.6)	80(51.9)	18(45.0)
舌 红	17(24.6)	77(50.0)	9(22.5)
舌 暗	51(73.9)	54(35.1)	26(65.0)
舌有瘀斑	24(34.8)	6(3.9)	12(30.0)
苔 腻	43(62.3)	96(62.3)	7(17.5)
脉 滑	47(24.6)	50(32.5)	5(12.5)
脉 结 代	2(2.9)	3(1.9)	36(90.0)

注:表内数字为例数(%)

2.4 证型与其他指标的关系:表2所列指标,其计量资料在组间有统计学意义。痰瘀相兼组的全血比粘度和还原全血比粘度均高于痰证组(P 值均 <0.01)及血瘀证组(P 值均 <0.05),血瘀证组的胆固醇含量高于痰瘀相兼组($P<0.01$)及痰证组($P<0.01$)。

2.5 证型与观察指标阳性积分值的关系:每一病例各项观察指标的实际阳性积分值的大小可用以衡量该患者病情的严重程度。从表3中看出,痰瘀相兼组每一患者的阳性积分值平均为22.2分(1534/69),痰证组每一患者平均为19.1分(2949/154),血瘀证组每一患者平均为17.6分(705/40)表明痰瘀相兼为患时,其病

变的程度较单纯痰证或血瘀证更为严重。

表2 3组间有统计学意义的实验室指标的比较($M\pm SD$)

项 目	痰瘀相兼组 (69例)	痰证组 (154例)	血瘀证组 (40例)
胆 固 醇 (mg%)	214.5 $\pm$ 45.8	224.2 $\pm$ 54.4	254.3 $\pm$ 98.8** Δ
全 血 比 粘 度	10.68 $\pm$ 2.90	9.31 $\pm$ 2.80**	9.25 $\pm$ 2.30*
还原全血 比 粘 度	21.32 $\pm$ 7.10	18.52 $\pm$ 5.30**	18.66 $\pm$ 4.60*

*与痰瘀相兼组比较 $P<0.05$

**与痰瘀相兼组比较 $P<0.01$

Δ 与痰证组比较 $P<0.01$

表3 各组观察指标累积积分统计

观察指标 积 分	痰瘀相兼组 (69例)	痰证组 (154例)	血瘀证组 (40例)
阳性积分	1534	2949	705
阴性积分	2813	6753	1815
合 计	4347	9702	2520

2.6 痰证、瘀证的判别函数式:在单纯痰证及单纯瘀证的193例中,将上述有意义的指标在电脑上逐步判别分析,确定界值 $F_1=F_2=5$,筛选出6项指标,得痰证、瘀证的判别函数式为:

$$Y_1 = -3.032 + 0.386X_1 + 3.5382X_2 + 1.7718X_3 + 1.1892X_4 + 4.0247X_5 - 0.574X_6$$

$$Y_2 = -4.1572 + 4.1695X_1 + 0.6552X_2 + 0.7206X_3 + 5.3918X_4 + 1.1823X_5 + 3.3986X_6$$

其中 X_1 为胸痛, X_2 为咯痰, X_3 为气短喘促, X_4 为舌有瘀斑, X_5 为苔腻, X_6 为脉结代。

3 讨论

痰证、瘀证均为临床常见证型,两者同是机体脏腑失调的病理产物,均可直接或间接地作用于机体的某些脏腑组织而引起各种疾病。由于痰饮、瘀血在病因病理方面的内在联系,以致它们在致病特点上有着某些相似之处。虽然血瘀证已有较统一的辨证标准^[1],但仍无客观的痰证辨证标准,本文初步探讨了痰证、瘀证的一此常见的临床问题。

本文统计结果表明,痰证的患病率明显高于瘀证,此与中医所言之“痰生百病”“百病兼痰”“百病皆由痰作祟”相符。就性别而言,痰证患者中男性比例高于女性,这可能与人群中男性吸烟、喝酒者多于女性有关。血瘀证则以女性居多,可能与女性的生理特点有关。盖妇人以阴血为本,经、孕、产、乳皆以血为用,特别由于月经、产褥的关系,较之男性更易患血瘀证。痰证多见于慢性支气管炎肺气肿患者,血瘀证则以冠心病者居多,说明两个证型在病因病理及病位上的不同之处。

从痰证、血瘀证中有意义的指标来看,痰证常见的临床证候是咯痰、气短喘促、喉中痰鸣、肥胖、舌红、苔

腻、脉滑，血瘀证的常见证候则是胸闷、胸痛、舌暗、舌有瘀斑、脉结代。这些均与临床实际相符。在实验室检查方面，血瘀证的胆固醇高于痰证，这与以往的报道不一致^[4]，胆固醇是否作为痰证的生化基础之一而不是痰证的生化基础，有待进一步探讨。

与血瘀证、痰证密切相关的另一临床常见证型是痰瘀相兼证。痰瘀同源，痰之粘滞性质，必然影响气血运行，由痰生瘀或夹瘀而病，而瘀血内阻，久必生痰。本文的资料表明，胸闷、嗜睡、肥胖、气短喘促、体倦乏力等症状在痰瘀相兼组中出现的频率远高于痰证组及血瘀证组患者，眼底动脉硬化的严重程度以及全血比粘度、还原全血比粘度的异常也均以痰瘀相兼组为高，表明痰瘀相兼患者其病变程度比单纯痰证或单纯血瘀证患者更严重。为进一步探讨这个问题，我们还分析了3组的各项指标积分值，痰证组的实际阳性积分值高于瘀证组，说明痰证患者的各项异常指标要比血瘀证者多或异常程度要比血瘀证者重；而痰瘀相兼组的实际阳性积分值显著高于痰证组及血瘀证组，说明痰瘀相

兼患者会出现更多且程度更重的异常指标，亦即病情较单纯痰证或瘀证，更为严重。

为了更客观地辨别痰证与血瘀证，本文还建立了痰证、血瘀证的判别函数式，从判别式可以看出，痰证区别于血瘀证最具特征性的证候是咯痰、气短喘促、苔腻；而血瘀证不同于痰证最典型的证候是胸痛、舌瘀、脉结代。这一结果建立在数理统计的量的基础上，对于判别痰证和血瘀证的归属有一定意义。

4 参考文献

- 1 中国中西医结合研究会第一次全国活血化瘀学术会议. 血瘀证诊断试行标准. 中西医结合杂志 1983; 3(3): 封二.
- 2 陈可冀. 冠心病辨证论治研究的若干问题. 中华内科杂志 1980; 19(5): 375.
- 3 陈可冀, 等. 清宫寿桃丸延缓衰老的临床及实验研究. 中医杂志 1985; (7): 25.
- 4 徐济民, 等. 痰浊型冠心病与血脂水平关系的探讨. 中西医结合杂志 1984; (5): 265.

取穴拔竹罐治疗肌纤维织炎 200 例

王玉鸿* 王树民*

笔者从 1987 年至 1990 年，以取穴位拔竹罐疗法治疗肌纤维织炎 200 例，效果满意，现介绍如下。

1 临床资料

本组 200 例中，男 84 例，女 116 例，年龄 27~40 岁 50 例，40~50 岁 102 例，50~65 岁 40 例，65 岁以上 8 例。患病部位：腰部 90 例，肩背部 80 例，腰、肩、背、臀部 30 例，急性期（发病 1 周之内）145 例，慢性期（病程超过 1 周，3 个月之内）55 例。

2 治疗方法

药物组成：防风 25g，荆芥 25g，艾叶 30g，没药 20g，乳香 20g，当归 20g，白芷 10g，透骨草 30g，栀子 25g，红花 25g，秦艽 20g。将布袋内放入上组药，再将布袋放入盛 2500g 水的铝锅中浸泡 3~5 小时后，再加 2500g 水煮沸 20 分钟。将无裂纹的竹罐放入再煮沸 3~5 分钟。根据耗水量多少添加清水，每剂药可连续用 3 天，去药渣添加中药即可继续使用。

操作方法：参照针灸取穴原则。腰部疼痛取腰阳关、委中、阿是穴，肩背部疼痛取云门、大椎、肩中俞、天宗、委中、阿是穴。先把煮好的竹罐用镊子从铝锅里倒立提起，将水甩净。采用旋转滑动走罐方法，拔在选好的穴位上，根据患者的年龄、部位、体质和皮肤情况，确

定拔罐时间，一般为 10~15 分钟。取罐时左手捏起拔罐部位的肌肉，右手轻轻将罐取下，并用手蘸铝锅内药液慢慢按摩拔罐部位。胸前区部位及年老体弱患者拔罐时间不宜过长，以免皮肤起水泡。

拔罐后可出现局部组织充血，呈紫色或黑紫色，并有凉的感觉。患者自觉拔罐部位皮肤灼痛减轻。每日或隔日 1 次，12 次为一疗程。急性期患者一般治疗 1 个疗程，慢性期的患者则需 3~5 个疗程才可收效。拔罐的同时如能配合矿泉水浴治疗，则疗效更佳。

3 治疗结果

疗效标准：痊愈：局部酸冷疼痛消失，关节活动自如，无反复发作。显效：局部酸冷疼痛明显减轻，活动基本恢复。好转：酸冷疼痛减轻，活动基本恢复，但有时反复。无效：疼痛无明显减轻，或者病情加重。治疗结果：痊愈 152 例，显效 45 例，好转 3 例，有效率 100%。

4 体会

拔罐是中医传统治疗疾病的方式之一。取穴拔竹罐，可使炎症局限化，加速患部的血液循环，促使炎症消失。旋转滑动走罐，不仅可增加罐内压力，同时也避免皮肤被药液烫伤。煮罐的药液有活血化瘀、通经活络，祛风散寒止痛之功效。取罐后在局部涂抹中药液，可加强祛瘀止痛之功。此方法操作简单，疗程短，效果好，无副作用，适宜推广应用。

* 吉林省浑江市温泉医院理疗科(134502)

收稿日期：1990-12-26