

类风湿关节炎甲皱微循环和血粘度观察 及其与中医辨证关系探讨

上海第二医学院中医教研室 钱永益 丁钰熊 龙楚瑜

内容提要 通过对类风湿关节炎患者的甲皱微循环(100例)和血液粘度(76例)观测及中医辨证分析,发现本病的甲皱微循环和血粘度改变特点与中医辨证(阳虚8例、阴虚37例、阴阳两虚55例)之间存在一定规律性表现。提示:甲皱微循环观察及血粘度检测,可作为本病的诊断、中医辨证及观察疗效的一种客观参考指标。

类风湿关节炎属中医痹证范畴。本病虽以关节疼痛、肿胀、变形为主要症状,但却是全身性病理变化的局部反应。其反复发作必然引起全身气血阴阳的变化。据报道⁽¹⁾甲皱微循环变化与中医辨证可能存在内在联系,我们观察了100例类风湿关节炎病人的中医辨证及甲皱微循环和血粘度的变化,报告如下。

一般资料

选择确诊为类风湿性关节炎病人100例,均符合以下条件:1.关节疼痛伴有发热或无发热;2.四肢关节肿胀,四肢关节或脊柱已畸形或僵直;3.化验检查类风湿因子阳性,血沉加快,或伴X线片脱钙,骨质疏松,或骨质破坏,或关节融合改变。

100例中男性20例,女性80例;年龄21~30岁14例,31~40岁15例,41~50岁26例,51~60岁30例,61岁以上15例;病程1~5年41例,6~10年44例,11~15年10例,16~20年5例。从病程来看均在1年以上20年以下,中医认为久病多虚,根据1982年11月全国中西医结合虚证学术会议通过虚证参考标准,本组100例患者辨证分型,属于阳虚者8例,阴虚者37例,阴阳两虚者55例。

观察结果

一、甲皱微循环观察结果

(1)30例正常人甲皱微循环的观察:甲皱毛

细血管清晰可见,排列规则,管袢外观70%以上呈发夹状,平行排列,每条袢都有一较细动脉臂和较粗的静脉臂。袢顶多数无瘀血,管径均匀,管袢长度在100~300 μ m之间,血流速度约在2秒以内(红细胞流经管袢全长),血流呈线状持续运动,血液混悬均匀。

(2)类风湿患者甲皱微循环:管袢平均数11.35/mm;管袢长度:平均数0.13mm;最短为0.04mm,最长0.5mm。管袢排列:规则21例,稍乱56例,混乱23例;管袢轮廓:清晰19例,稍糊47例,模糊34例;异形管袢100%,其中以迂曲、扭转为主,迂曲加扭转在80%以上共72例。血流速度:<2秒17例,2~5秒17例,>5秒66例。血液流态:持续32例,虚线状66例,瘀滞2例;血色:暗红70例,淡红30例。充盈度:良好4例,尚可48例,不足48例;袢顶有瘀73例。结缔组织乳头变平74例。

二、血液粘度测定结果

(1)正常对照值:全血(比)粘度正常值男:4.0~4.2;女:3.8~4.0。血浆(比)粘度正常值:1.6~1.8。

(2)类风湿关节炎血液粘度:(1)57例女性全血(比)粘度:3.7以下者11例占19.3%,3.8~4.0者16例占28.1%,大于4.0者30例占52.6%。(2)18例男性全血(比)粘度:3.0以下者5例占27.8%,4.0~4.2者2例占11.1%,大于4.2者11例占61.1%。(3)75例血浆(比)

粘度: 1.6 以下无, 1.6~1.8者 34 例占 45.3%, 大于 1.8 者 41 例占 54.7%。以上结果, 在全血(比)粘度测定中高于正常值共 41 例占总数 54.7%; 低于正常值 16 例占总数 21.3%。血浆(比)粘度测定中高于正常值有 41 例, 占总数 54.7%。

三、中医辨证与甲皱微循环、血液粘度变化

(1) 100 例类风湿性关节炎, 甲皱微循环观察中发现血液流速减慢者 66 例, 袢顶有瘀 74 例, 提示部分病人有明显的血瘀存在。阳虚者可见血色以淡红为主占 87.5%, 充盈度不足, 轮廓模糊, 大多数表现血液流速减慢和袢顶有瘀占 87.5%; 阴虚者可见血色暗红为主占 70.3%, 充盈度尚可, 轮廓清晰及稍模糊占多数, 血液流速以中度或快较多, 而袢顶有瘀占 64.9%; 阴阳两虚者血色以暗红为主占 78.2%, 充盈度不足占 52.7%, 轮廓稍糊(49.1%)和模糊(34.5%)为主, 血液流速减慢占 57.3%, 袢顶有瘀占 76.4%。

(2) 对 76 例类风湿关节炎患者, 进行全血(比)粘度和血浆(比)粘度测定, 发现中医辨证属阳虚者, 全血与血浆(比)粘度大多数正常或降低; 而阴虚及阴阳两虚型患者, 大多趋向升高, 见附表。

附表 76 例类风湿关节炎中医辨证血液粘度比较

辨 证	例 数	全 血(比)粘 度						血 浆(比)粘 度					
		正 常	%	降 低	%	升 高	%	正 常	%	降 低	%	升 高	%
阳 虚	6	1	16.6	4	66.7	1	16.6	4	66.7	—	—	2	23.3
阴 虚	29	9	31	6	20.7	14	48.3	15	51.7	—	—	14	48.3
阴阳两虚	40	8	20	6	15	26	65	15	37.5	—	—	25	62.5

讨 论

一、类风湿关节炎甲皱微循环变化特点: 管袢数未见明显减少, 但管袢模糊增加, 稍模糊和模糊总共有 81 人。管袢长度变短, 平均 0.13 mm, 最短仅见袢顶。且排列混乱(79例), 管袢的形态全部是异形, 主要是迂曲和扭转。

血流速度减慢, 且大部分呈虚线状流动。袢顶有瘀、血色暗红占多数。结缔组织乳头变平有 74 例。这些甲皱微循环改变特点, 提示气血运行不畅, “不通则痛” 故疼痛是类风湿关节炎的主要症状之一。由于气血供应不足, 局部组织缺少血液滋养, 所以引起结缔组织乳头变平的病理改变, 最后导致关节变形, 组织萎缩。

二、按中医辨证, 100 例类风湿关节炎患者中属阳虚者 8 例, 阴虚者 37 例, 阴阳两虚者 55 例。阳气不足, 血运无力, 故甲皱微循环见血液流速缓慢, 阳气虚弱不能正常生化血液, 故见血色淡红, 管袢模糊, 这与我们在观察类阳虚动物体表与内脏微循环中所见到血色淡红, 血管模糊, 血流速度减慢⁽²⁾相一致。而阴虚乃是阴分不足, 津血亏损的证候。阴虚生内热, 故见甲皱微循环血液流速主要是加快, 流速变慢占少数。津液不足, 血浆减少, 故血色呈暗红。这与我们对类阴虚动物微循环观察所见: 体表毛细血管开放数增加, 血液流速加快, 血色暗红结果⁽³⁾相一致。至于阴阳两虚可因阴损及阳, 或阳损及阴而致, 这些患者既可见有阴虚见证, 又有阳虚见证, 所以其症状及甲皱微循环改变也比较复杂, 根据阴虚为主, 还是阳虚为主而有所不同。

本组阳虚患者, 全血(比)粘度有一半降低, 这可能与阳气虚衰, 血生成不足有关, 故血浆(比)粘度大部分在正常范围; 而阴虚患者, 大部分明显升高, 则因阴液不足, 相对致血液细胞成分增高之故。这和谭达人报道的“阴虚组患者全血(比)粘度, 全血还原粘度, 血浆粘度较正常人明显增高, 阳虚组各项血液流变学指标和正常人相比无明显差异”⁽⁴⁾有相似之处。袢顶有瘀 73 例中, 属阳虚而兼有瘀者是阳气不足运血无力所致, 与血液粘滞度关系不大。而属阴虚兼有瘀者与血液粘度升高有密切相关。因此, 甲皱微循环和血粘度观测, 可作为类风湿关节炎的诊断、中医辨证和疗效观察的参考指标。

参 考 文 献

1. 桂金水, 等. 外周微循环与中医辨证. 上海中医药杂志 1981; 3:1.
2. 丁钰熊, 等. 类阳虚动物与微循环观察. 上海中医药杂

志1984; 2:45.

3. 丁钰熊, 等. 类阴虚动物与微循环观察. 内部材料 1983.
4. 谭达人, 等. 冠心病“阳虚”“阴虚”病人血液流变性初步观察. 中医杂志1981; 8:31.

中西医结合治疗晚期血吸虫病腹水的体会

湖北省沔阳县血防医院 唐稚三

我们于1972~1979年以中医活血化瘀、理气行水法为主结合西医药对症治疗中, 高度晚期血吸虫病腹水57例, 并为接受病原治疗和脾切除手术创造条件, 效果良好, 报告如下。

一般资料 本组57例中男52例, 女5例。年龄15~70岁, 其中35~55岁占70%。中度腹水(腹水超过腋中线)26例, 高度腹水(腹水超过腋前线)31例。患腹水半年以内及1~2年者各22例, 3年以上13例。

治疗方法 1. 中药基本方: 当归、川芎、赤芍、红花、桃仁、丹参、三棱、莪术、枳壳、木通、泽泻、车前子, 剂量视瘀证之轻重而定。肝痛者加川楝子、延胡索、乳香、没药; 重者加全蝎粉(去盐、文火焙干研细)3~6g/日, 吞服; 气滞重者加柴胡、青皮、香附; 其他兼见气(阳虚)虚、阴虚、肝经郁热、湿热等, 则随证加减。水煎服, 每日一剂, 3个月一疗程, 一般用药1~2疗程, 最多3个疗程。

2. 西药: 1. 常规用维生素C、B₁、酵母片、肝乐等, 进食少者加用葡萄糖。2. 间断用双氢克尿塞、氨苯喋啶、安体舒通及黄体酮, 轻者小量、单一使用,

重者联合或交替使用, 注意补钾。3. 酌情用强的松、苯丙酸诺龙、丙酸睾丸素等。4. 有感染者用抗生素。

治疗结果 临床治愈(腹水消失, 症状改善, 肝功能基本恢复正常, 能接受病原治疗或脾切除手术)38例占66.7%; 有效(腹水消退无反复, 或有少量腹水, 不再回升, 但未达到病原治疗或脾切除术条件出院者)11例占19.3%; 无效(死亡或转院)8例占14%。总有效率86%。平均住院190天(其中有6例因服硝硫氰胺后, 出现黄疸, 住院时间较长)。

体会 1. 基于本病均有不同程度的肝血瘀滞, 气机阻塞, 邪实正虚表现, 故用桃红四物汤加减治疗, 取其攻而不峻, 无寒热之偏, 可长期服用。2. 对本病之治疗要注意扶脾益胃, 以资气血生化之源; 在补气基础上应注意护阴, 阴虚重者应暂停利尿、泻水, 要滋养肝肾; 若病人邪实正虚已极, 治宜缓图, 不可峻攻, 则不宜用此基本方, 俟病情改善后方可进行活血化瘀治疗。并要禁盐, 否则疗效不佳。

(本文呈胡明德同志审阅, 杜贤哲、王海琼、苏昌良同志合作, 一并致谢)

• 消息 •

白内障针拨套出术在北京通过鉴定

卫生部中医研究院广安门医院眼科, 在继承传统中医治疗白内障“金针拨障”术基础上, 采取中西医结合方法研究成功了白内障针拨套出术。同有关单位协作下, 经过十五年的临床实践和基础理论研究, 于1985年1月11日在北京通过了鉴定。

鉴定委员会由著名中西医眼科专家张晓

楼、李凤鸣、陆南山、杨钧、胡铮、陆道炎、庞赞襄等教授、主任医师组成。鉴定委员会一致认为, 白内障针拨套出术是一种新的中西医结合治疗白内障的手术方法, 达到国内先进水平。这项成果的取得, 为中西医结合研究中医眼科手术提供了宝贵经验。

(马继宏)