

310 例血瘀证患者血小板功能与中医辨证关系的临床研究

北京中医学院附属东直门医院(北京 100700)

徐 西 廖家桢 王硕仁 吕希莹

屈贤琴 郭自强 鲁伟星 林 谦

内容提要 本研究以 310 例血瘀证患者为观察对象, 以血小板计数、体积和血小板粘附、聚集功能以及血浆 TXB_2 、6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 含量为观测指标, 探讨血小板功能与血瘀证的中医辨证的关系。结果表明: 血瘀证患者血小板聚集功能亢进; 不同病因所致血瘀证, 以气虚血瘀者血小板聚集率明显高于正常($P < 0.001$); 不同病位血瘀证, 以心气虚血瘀证血小板聚集功能明显增强, 且血浆 TXB_2 含量明显升高, 与对照组相比, 有显著性差异($P < 0.05$)。

关键词 血瘀证 中医分型 血小板功能

血瘀证是中医常见的临床证型之一, 它病因复杂, 兼夹证多, 所包括的西医病谱广。近年来对血瘀证的大量研究表明, 血瘀证患者在血液流变学、血液动力学等方面都有改变。但就血瘀证患者血小板功能变化与中医辨证的关系开展系统临床研究者很少。本研究以 310 例血瘀证患者为观察对象, 以中医理论为指导, 以血小板计数、体积和血小板粘附、聚集功能以及血浆 TXB_2 、6-keto-PGF $_{1\alpha}$ 含量为观测指标, 探讨血小板功能与血瘀证的中医辨证关系, 进行临床研究。

资料与方法

一、研究对象

1. 血瘀证组 310 例为 1987 年 2 月~1990 年 7 月间本院住院及部分门诊患者。男性 153 例, 女性 157 例, 年龄 ≤ 40 岁 15 例, 41~59 岁 153 例, 60~80 岁 142 例。病种分布: 冠心病 221 例(心肌梗塞占 72 例), 高血压病合并冠心病 6 例, 高血压病 8 例, 风湿性心脏病 3 例, 心律失常 3 例, 慢性支气管炎 4 例, 慢性支气管炎合并肺气肿 6 例, 支气管哮喘 2 例, 慢性胃炎 7 例, 消化道溃疡 5 例, 胆囊炎 2 例, 胰腺炎 1 例, 肾炎 1 例, 糖尿病 36 例, 神经官能症 2 例, 其它 3 例。

2. 健康人组 选 35 名健康人为对照, 男性 11 名, 女性 24 名, 年龄 ≤ 40 岁 10 例, 41~59 岁 21 例, 60~80 岁 4 例。均选自健康检查(包括体检、血常规、血脂、肝功能、胸部 X 线拍片、心电图)无脑、心、肝、肾器质性疾病的本院职工及学校教师。

二、辨证标准 血瘀证及各种虚证辨证参考中国中西医结合学会制订的有关标准^(1,2)。

三、测定方法

1. 血小板计数、体积测定 用美国 Baker 公司生产的血小板分析仪, 仪器自动打印出血小板数, 大血小板体积、大血小板百分比。

2. 血小板粘附测定 采用中国医学科学院血液病研究所生产的血小板粘附仪, 根据粘附前后的血小板数计算血小板粘附率。

3. 血小板聚集功能测定 采用 Born's 比浊法, 以 ADP 为诱导剂, 用日本四导血小板聚集仪进行测定。

4. 血浆 TXB_2 、6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 含量测定 采用放射免疫法, 放免药盒由中国医学科学院基础医学研究所药理室及中国人民解放军 301 医院同位素室提供。

四、统计学方法

1. 两组资料以两样本均数比较 t 检验。

2. 三组以上资料之间的比较以单因素方差分析(F 检验), 组间两两比较用 Q 检验。

3. 两个以上样本率比较用 χ^2 检验。

结 果

一、血瘀证血小板数量、体积及功能变化

表 1 血瘀证血小板计数、体积及血小板粘附、聚集功能的观察 ($\bar{x} \pm S$)

组别	PLT ($\times 10^{10}/L$)	MPV (μm^3)	MPLT (%)	PAdR (%)	PAgR (%)
血瘀	16.9 $\pm$ 5.590 n=287	8.8 $\pm$ 1.507 n=287	2.1 $\pm$ 1.138 n=281	25.4 $\pm$ 13.225 n=273	58.2 $\pm$ 22.932*
对照	18.0 $\pm$ 5.272 n=35	8.8 $\pm$ 1.467 n=35	1.8 $\pm$ 0.980 n=33	25.2 $\pm$ 7.611 n=19	44.9 $\pm$ 22.6 n=33

注: 与对照组比较 * $P < 0.001$ 。PLT: 血小板数; MPV: 大血小板体积; MPLT: 大血小板百分比; PAdR: 血小板粘附率; PAgR: 血小板聚集率

二、不同病因血瘀证的血小板的变化
310 例血瘀证患者, 根据中医理论进行辨证, 又分为气滞血瘀 46 例(全部为心血管系统疾病); 气虚血瘀 203 例(病种涉及心血管、呼吸、消化及泌尿系统); 阴虚血瘀 8 例(为心血管系统疾病); 气阴两虚血瘀 53 例(包括冠心病 19 例及糖尿病 34 例)。观察各种血瘀证血小板数量、体积及功能变化, 可见不论何种原因所致血瘀, 或因气滞、或气虚、或阴虚、或

的观察 310 例血瘀证与健康人相比, 血小板数量、体积及大血小板所占比例都无明显差异。观察其血小板聚集功能, 发现血瘀证患者的血小板聚集率为 58.2%, 明显高于健康人, 与对照组的 44.9% 相比, 有显著意义 ($P < 0.001$)。见表 1。

属实证、或属虚证, 其血小板在数量、体积及大血小板所占比例、血小板粘附功能与对照组相比, 都无明显差异 ($P > 0.05$)。而无论气滞血瘀、气虚血瘀、阴虚血瘀或气阴两虚血瘀患者的血小板聚集率均较对照组为高。但以气虚血瘀及气滞血瘀组增高明显, 分别为 59.2% 和 58.2%, 与健康人相比, 具有极显著差异 ($P < 0.001$, $P < 0.02$)。见表 2。

表 2 各种血瘀证血小板数量、体积及血小板粘附、聚集的观察 ($\bar{x} \pm S$)

组 别	PLT ($\times 10^{10}/L$)	MPV (μm^3)	MALT (%)	PAdR (%)	PAgR (%)
气滞血瘀	15.9 $\pm$ 4.176 n=42	8.4 $\pm$ 1.315 n=42	2.1 $\pm$ 1.017 n=39	22.6 $\pm$ 10.899 n=40	58.2 $\pm$ 22.922*
气虚血瘀	16.7 $\pm$ 5.561 n=187	8.9 $\pm$ 1.488 n=187	2.1 $\pm$ 1.155 n=186	26.0 $\pm$ 13.102 n=180	59.2 $\pm$ 23.468**
阴虚血瘀	19.1 $\pm$ 6.739 n=7	7.8 $\pm$ 0.576 n=7	2.0 $\pm$ 0.633 n=6	25.7 $\pm$ 11.8665 n=7	53.3 $\pm$ 26.523 n=6
气阴两虚血瘀	18.2 $\pm$ 6.315 n=51	8.8 $\pm$ 1.730 n=51	2.0 $\pm$ 1.216 n=51	25.5 $\pm$ 15.601 n=46	54.7 $\pm$ 20.446 n=42
对 照 组	18.0 $\pm$ 5.272 n=35	8.8 $\pm$ 1.467 n=35	1.8 $\pm$ 0.998 n=33	25.2 $\pm$ 7.611 n=19	44.9 $\pm$ 22.603 n=33

注: 与对照组比较, * $P < 0.02$, ** $P < 0.001$

三、不同病位血瘀证的血小板变化 203 例气虚血瘀证, 按其不同辨证部位分为: 心气虚血瘀、肺气虚血瘀、脾气虚血瘀及肾气虚血瘀。测定结果表明, 肺气虚血瘀证血小板数量

有增多趋势, 而肾气虚血瘀证血小板数量明显减少。各组血小板聚集率与对照组相比都有所增高, 而以心气虚血瘀证有显著意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表3 不同病位气虚血瘀证血小板数量、体积及粘附、聚集变化 ($\bar{x} \pm S$)

组别	PLT ($\times 10^9/L$)	MPV (μm^3)	MPLT (%)	PAdR (%)	PAgR (%)
心气虚血瘀	16.3 $\pm$ 4.797 n=148	8.9 $\pm$ 1.381 n=148	2.1 $\pm$ 1.148 n=148	25.3 $\pm$ 12.425 n=143	60.9 $\pm$ 22.024 [△] n=131
肺气虚血瘀	20.7 $\pm$ 8.197* n=12	8.2 $\pm$ 1.103 n=12	1.8 $\pm$ 0.839 n=12	22.8 $\pm$ 11.807 n=11	54.4 $\pm$ 16.095 n=10
脾气虚血瘀	17.9 $\pm$ 4.741 n=17	8.6 $\pm$ 0.941 n=17	1.9 $\pm$ 0.893 n=17	32.5 $\pm$ 14.799 n=17	50.9 $\pm$ 31.086 n=14
肾气虚血瘀	13.6 $\pm$ 2.818 n=6	9.7 $\pm$ 1.830 n=6	2.6 $\pm$ 1.561 n=6	33.0 $\pm$ 19.911 n=6	55.9 $\pm$ 28.306 n=4
对 照	18.0 $\pm$ 5.272 n=35	8.8 $\pm$ 1.467 n=35	1.8 $\pm$ 0.980 n=33	25.2 $\pm$ 7.611 n=19	44.9 $\pm$ 22.603 n=33

注: 与肾气虚血瘀证比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

四、血瘀证血浆 TXB₂、6-Keto-PGF_{1 α} 含量的变化 心气虚血瘀、气滞血瘀及脾气虚血瘀证血浆 TXB₂ 含量明显增高, 且 6-keto-PGF_{1 α} /TXB₂ 比值也明显降低, 与对照组相比较, 有显著差异($P < 0.05$)。见表 4。

表4 血瘀证血浆 TXB₂、6-Keto-PGF_{1 α} 含量测定 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数	6-K-PGF _{1α} (pg/ml)	TXB ₂ (pg/ml)	6-K-PGF _{1α} / TXB ₂
心气虚血瘀	46	253.8 +151.074	195.1 + 87.385*	1.5 $\pm$ 0.967*
气滞血瘀	15	196.1 $\pm$ 126.391	153.9 $\pm$ 67.517*	1.5 $\pm$ 1.043*
肺气虚血瘀	9	252.1 $\pm$ 197.284	106.2 $\pm$ 46.965	2.4 $\pm$ 1.795
脾气虚血瘀	9	198.8 $\pm$ 171.458	219.0 $\pm$ 105.66*	1.1 $\pm$ 1.296*
对 照	12	320.8 $\pm$ 130.866	98.0 $\pm$ 45.027	3.8 $\pm$ 1.959

注: 与对照组比较* $P < 0.05$

讨 论

既往许多研究表明, 血瘀证患者处于高凝状态⁽³⁻⁵⁾。但这些研究往往限于某一病种或单一辨证, 缺乏多个病种及多种证型之间的交叉分析研究。为进一步探讨血瘀证不同证型、不

同西医病种之间的血小板功能变化, 我们进行了上述研究, 初步结果表明:

一、血瘀证患者血小板聚集功能亢进。310 例血瘀证, 无论何种原因, 或虚或实, 其血小板聚集率均呈增高趋势。说明血瘀证患者处于高凝状态。这有助于血瘀证的辨证。

二、不同病因所致血瘀证, 其血小板聚集功能变化有所差异。中医理论认为“气为血帅”、“气行血行”, 临床血瘀证主要由于气机运行不利所致, 而以气虚或气滞血瘀多见。310 例血瘀证中, 气虚血瘀证为 203 例, 占 65%, 气滞血瘀证为 46 例, 占 15%, 阴虚血瘀和合并气虚证的仅占总数的 3% 及 17%。血瘀证患者血小板聚集功能均呈亢进趋势, 但以气虚血瘀明显高于健康人, $P < 0.001$ 。提示血瘀证与气虚的关系尤为密切。

三、不同病位血瘀证的血小板功能变化有所不同。通过分析心气虚、肾气虚、脾气虚及肺气虚血瘀证的各项指标, 观察到心气虚血瘀证血小板聚集功能明显增强, PAgR 为 60.9%, 与对照组 44.9% 相比, 有显著差异。并且血浆 TXB₂ 含量明显升高, 与健康人对照, 有显著性意义($P < 0.05$)。中医理论认为心主血脉, 心气不足, 帅血运行无力而可致瘀。血瘀心脉, 心失濡养, 更致气虚。临床所见血瘀证也多为心气虚血瘀。经卡方检验, 表

明心气虚兼血瘀证所占比例明显高于肾气虚、脾气虚与肺气虚兼血瘀证($P < 0.05$)。提示心气虚血瘀证的微观病理改变较之其它病位血瘀证更为明显,更有其特异性。

此外,我们还发现同一病种不同的中医辨证及不同病种相同辨证,其与血小板功能变化也有内在联系。为探讨中医辨证和西医病种之间的关系,提供了一定的理论依据。但由于本资料中病种较为繁杂,故这一研究尚存在一定的局限性,有待进一步改进。

参 考 文 献

1. 中国中西医结合研究会活血化瘀专业委员会. 血瘀证诊断标准. 中西医结合杂志 1987; 7(3): 129.
2. 中国中西医结合研究会虚证与老年病研究专业委员会. 中医虚证辨证标准. 中西医结合杂志 1986; 6(10): 598.
3. 胡婉英, 等. 冠心病兼血瘀证与 β 血栓球蛋白和血小板第VI因子的关系. 中西医结合杂志 1987; 7(5): 298.
4. 徐启营, 等. 缺血性心脏病患者血浆 TXB_2 、6-keto-PGF $_{1\alpha}$ 水平与中医证型关系的研究. 中西医结合杂志 1987; 7(1): 15.
5. 吴 锦, 等. 冠心病血瘀证患者血小板吞噬能力的观察. 中华心血管病杂志 1990; 18(5): 273.

温养散结汤治疗慢性萎缩性胃炎 168 例

天津中医学院第一附属医院消化科(天津 300193) 王文仲 赵俊宏 周正华

1988~1992年间我们以温养散结汤治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)168例,取得较好疗效。现报告如下。

临床资料 168例患者均经胃镜检查、病理活检确诊。诊断参照1978年全国内窥镜镜检查经验交流会慢性胃炎的诊断及分类标准。以病理活检为主要依据,按1983年全国胃炎诊治座谈会纪要的标准。男性109例,女性59例;年龄17~76岁,平均44岁,病程2个月~31年,平均4.5年;单纯CAG 86例,伴肠化或不典型增生82例;轻度萎缩75例,中度66例,重度27例。临床表现多为非特异的消化道症状:上腹痛者136例,腹胀138例,嗝气78例,反酸60例,嘈杂38例,便溏47例,神疲乏力、失眠88例,体重明显减轻27例。

治疗方法 以温养散结汤为基础方,结合临床辨证进行固定加味。组成:苏梗10g 木香6g 三棱6g 莪术15g 太子参30g 九香虫10g 香椿花10g 生麦芽30g 鸡内金10g。气滞者加柴胡10g,枳壳10g;湿热者加茵陈15g,黄连6g;瘀血者加丹参30g,元胡10g;脾虚者加党参15g,白术10g;阴虚者加沙参15g,百合30g。微观辨证:胃粘膜充血发红或丘疹样改变为热邪,加蒲公英30g,白花蛇舌草30g;粘膜水肿为湿重,加生薏米30g,茯苓30g;粘膜变白或以白为主为脾胃虚寒,加桂枝6g,吴茱萸3g;粘膜紫暗或有瘀斑出血点为瘀血,加三七(冲)3g;CAG伴肠化和不典型增生为痰瘀,加山慈菇30g,皂刺20g。每日1剂,取汁

400ml,分2次服,3个月为1疗程,一般服用1~2个疗程,复查胃镜及病理活检。

结 果 按下列标准判定疗效:显效为临床主要症状消失,胃粘膜萎缩、非典型增生、肠化3项中有2项从重度转为中度或中度转为轻度;有效为主要症状大部分消失,胃粘膜萎缩、非典型增生、肠化有1项从重度转为中度或中度转为轻度;无效为主要临床症状及胃粘膜病变象无改善或加重。结果:168例中显效65例(38.69%),有效56例(33.33%),无效47例(27.98%)。总有效率72.02%。

讨 论 慢性萎缩性胃炎归属于中医学“胃脘痛”、“痞证”的范畴。其基本病机是气滞血瘀、气虚痰阻,故以温养散结为治疗大法。本方以太子参温养胃气,苏梗、木香、三棱、莪术、九香虫、香椿花理气化痰,软坚散结;辅生麦芽、鸡内金运脾导滞,共奏温养散结之功。辨证与辨病相结合是治疗CAG的有效方法,在辨证的基础上,结合胃镜、病理改变情况,使微观辨证与宏观辨证有机地结合,也可以认为是中医望诊的延伸,不失为整体辨证的重要补充。对CAG伴肠化或不典型增生者,重用九香虫、山慈菇、莪术、三棱等软坚散结之品,可较好改善临床症状和促进病理改善。这可能与促进病灶处血液循环,加快炎性细胞吸收,使萎缩腺体恢复功能,粘膜得到修复有关。本组部分萎缩伴肠化或不典型增生的病例经治疗后不同程度地减轻或消失,提示了肠化和不典型增生仍可逆转。

Abstract of Articles

Clinical Study on Xianbai Buyang Huanwu Decoction (仙柏补阳还五汤) Used for Treating Hypertension with Kidney Qi Deficiency and Blood Stasis

Liu Hua (刘 华), Zhou Jun-fu (周君富)

The 2nd Hospital of Zhejiang Medical University, Hanzhou (310009)

80 patients of presenium hypertension with geriatric Kidney Qi Deficiency and Blood Stasis were randomly divided into two groups. (1) Traditional Chinese Medicine group (TCMG, 50 cases) treated with Xianbai Buyang Huanwu Decoction (XBH); (2) Western medicine group (WMG, 30 cases) treated with compound hypotensor tablets and γ -evening primrose-E oil capsules. Results: The difference between the two groups was not significant ($P > 0.05$). After treatment, in TCMG, serum cholesterol and triglyceride, fibrinogen, whole blood viscosity and plasma viscosity, plasma and erythrocyte LPO activity lowered significantly, and plasma SOD and erythrocyte SOD raised significantly ($P < 0.001-0.05$), while in WMG, only showed the plasma LPO dropped ($P < 0.05$). The results suggested that XBH has the effects of reducing blood pressure, lowering the blood lipid, improving hemorrheological parameters and antioxidation.

Key word Xianbai Buyang Huanwu Decoction, hypertension, Kidney Qi Deficiency, Blood Stasis, hemorrheology, superoxide dismutase, lipoperoxides

(Original article on page 714)

Clinical Study on Relationship of TCM Syndrome and Blood Platelet Function in 310 Cases of Blood Stasis

Xu Xi (徐 西), Liao Jia-zhen (廖家桢), Wang Shuo-ren (王硕仁), et al

Dongzhimen Hospital, Beijing College of TCM, Beijing (100700)

310 patients (153 male, 157 female) of Blood Stasis were divided into various groups by Syndrome Differentiation of TCM and 35 healthy subjects were taken as control. The relationship of TCM Syndrome and function of blood platelet were studied with blood platelet counting, its volume, adherence and aggregation, plasma thromboxane B_2 (TXB₂) and 6-keto-prostaglandin $F_{1\alpha}$ (6k-PGF_{1 α}) as indices of observation. The results were: (1) Blood platelet aggregation of Blood Stasis patients was higher than that in control ($P > 0.001$). (2) There were some differences of platelet aggregation among different TCM Syndromes. Platelet aggregation of Blood Stasis patients with Qi Deficiency was higher than that with other Syndromes significantly, and the aggregating rate in those patients was higher than that in control ($P < 0.05$). (3) The platelet aggregation and TXB₂ of patient with Heart Qi Deficiency were significantly higher than those of the control ($P < 0.05$, $P < 0.001$), and they were also higher than of other groups of blood stasis patient with Spleen, Lung or Kidney Qi Deficiency.

Key word Blood Stasis, TCM Syndrome Differentiation, platelet function

(Original article on page 718)