

· 研究原著 ·

文章编号 1000-2790(2007)07-0660-03

眩晕中医分型的血液流变性和血脂血糖变化

李宝莉, 吴东兵, 陈雅慧, 王廷慧 (延安大学医学院药理学教研室 陕西 延安 716000)

Hemorheology and serum lipid and sugar changes in vertigo of different traditional Chinese medical types

Li Bao-Li, WU Dong-Bing, CHEN Ya-Hui, WANG Ting-Hui

Department of Pharmacology, Medical School, Yan'an University, Yan'an 716000, China

【Abstract】 AIM: To observe the hemorheology, serum lipid and sugar changes in vertigo patients of 4 different traditional Chinese medical (TCM) types based on different symptoms and signs. **METHODS:** Totally 434 vertigo cases were divided into 4 TCM types: the liver yang ascension (LYA), the internal retention of phlegm and dampness (IROPAD), the insufficiency of kidney essence (IOKE), and the qi and blood deficiency (QABD). The hemorheology, serum lipid and sugar changes of the above types were observed. **RESULTS:** In the LYA, IROPAD and QABD patients, whole blood viscosity, ESR, Hct, fibrinogen, dry weight of thrombus, triglyceride and serum sugar levels were significantly higher than those of the normal people ($P < 0.05$), but serum level of high-density lipoprotein cholesterol was significantly lower than that of the normal ($P < 0.05$). The QABD patients showed obviously decreased Hct and increased ESR ($P < 0.05$). Compared with the other types, whole blood viscosity and Hct of the IROPAD patients increased significantly ($P < 0.05$); the IOKE patients showed obviously increased serum sugar ($P < 0.05$); whole blood viscosity and Hct in the QABD patients decreased, but their ESR increased ($P < 0.05$). **CONCLUSION:** There are statistical differences in hemorheology, serum lipid and sugar level between vertigo patients and normal people. The changes in the above indexes are different in the 4 TCM types of vertigo patients.

【Keywords】 vertigo; differentiation of traditional Chinese medicine types; hemorheology

【摘要】目的 观察眩晕中医分型的血液流变性、血脂和血糖的变化。方法 将434例眩晕患者分为肝阳上亢、痰浊中阻、肾精不足、气血亏虚4型,观察不同中医分型的眩晕患者的血液流变性、血脂和血糖的变化。结果 肝阳上亢、痰浊中

阻、肾精不足型眩晕患者全血粘度、血沉、纤维蛋白原、血栓干重、甘油三酯和血糖等指标升高,血清高密度脂蛋白胆固醇则降低($P < 0.05$)。痰浊中阻型患者的红细胞压积、血清总胆固醇升高($P < 0.05$)而气血亏虚型患者RBC压积降低,血沉增快($P < 0.05$)。各型之间尤以痰浊中阻型患者的全血粘度与RBC压积增加较其它各型有统计学意义($P < 0.05$);肾精不足型患者血糖增加有统计学意义($P < 0.05$);气血亏虚型患者全血粘度与RBC压积降低、血沉增快有统计学意义($P < 0.05$)。结论 眩晕患者与正常人的血液流变性、血脂和血糖水平呈现统计学差异,不同中医分型眩晕患者的上述指标亦有所不同。

【关键词】 眩晕 中医分型 血液流变学

【中图分类号】 R255.3 **【文献标识码】** A

0 引言

眩晕症发病机制尚未完全明确。中医认为凡六淫外袭,痰浊内停,精血亏虚,血瘀阻窍等均可促成眩晕发作。《素问·至真要大论》的“诸风掉眩,皆属于肝”表明眩晕多与肝相关,《灵枢·口问》则强调气虚而作眩,张仲景在《金匮要略·痰饮篇》中指出眩晕与“心下有痰饮”相关,《丹溪心法》更有“无痰不作眩”之论,《景岳全书》又有“无虚不能作眩”之说。我们对临床已确诊为眩晕的434例患者,在中医分型的基础上进行血液流变学及血脂、血糖分析,为进一步阐明其发病机制与血液流变性、血脂和血糖的关系,为临床辨证施治提供依据。

1 对象和方法

1.1 对象 以眩晕为主诉的患者434(男220,女214)例,其中高血压病116例,更年期综合症90例,冠心病87例,颈椎病43例,内耳眩晕症29例,突发性耳聋5例,窦性心动过缓11例,糖尿病19例,其它疾病患者34例;年龄21~78(平均47)岁;病程1mo~10a,另选健康正常人126例作对照。根据眩晕证临床表现辨证分为4型:肝阳上亢型($n = 46$),痰浊中阻型($n = 206$),肾精不足型($n = 140$),气血亏虚型($n = 42$)。结合现代临床分析以及眩晕的病因病机,当以中气不足、肾精不足、髓海不足为本,以虚为本,以肝阳上亢、肝风内动为标,以风、痰、火、瘀兼证为标,以实为标。

收稿日期 2006-08-28; 接受日期 2006-10-30

作者简介 李宝莉, 硕士, 副教授。Tel 13689215877 Email lbl_0812@163.com

1.2 方法 取清晨空腹肘静脉血 8 mL,于 25℃ 4 h 内由专人测定. 采用成都仪器厂生产的 NXE-I 型锥板式粘度计测量全血粘度(η_b),血浆粘度(η_p);温氏法测量血沉(ESR),红细胞压积(Hct);硫酸铵比浊法测量纤维蛋白原(Fib);采用 Chandler 法测量体外血栓长度(TL)及干重(DWT),仪器选用中国科学院传感技术开发公司生产的体外血栓形成和血小板粘附两用仪;血清总胆固醇(TCH),甘油三酯(TG),高密度脂蛋白胆固醇(HDL),葡萄糖(Glu)均采用温州东瓯生物工程有限公司生产的体外诊断试剂测定.

统计学处理:数据均以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 SPSS 11.5 统计分析软件,两组间比较用 t 检验/多组间比较用方差分析及 LSD- t 检验,检验水准设为 $P < 0.05$ (双侧).

2 结果

眩晕患者的各项指标有不同程度改变,肝阳上

亢、痰浊中阻、肾精不足型患者 η_b , η_p , Fib, ESR, DWT, TG 和血糖等指标升高,血清高密度脂蛋白胆固醇则明显降低,与正常对照组相比,差异均有统计学意义($P < 0.05$);痰浊中阻型患者的 Hct, TCH 升高,与正常对照组相比差异亦有统计学意义($P < 0.05$). 气血亏虚型患者高切变率下的 η_b 降低,与正常对照组相比较差异无统计学意义($P > 0.05$), Hct 降低, ESR 增快, TG 增加,与正常对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$). 眩晕患者各型比较,以痰浊中阻、肾精不足型患者血液流变学、血脂与血糖的变化较大,尤以痰浊中阻型患者的 η_b , Hct 增加较其它各型大($P < 0.05$), ESR 最慢,与气血亏虚型患者相比差异有统计学意义($P < 0.05$);肾精不足型患者的血糖增加较肝阳上亢、气血不足型患者大($P < 0.05$);气血亏虚型患者以 η_b 与 Hct 降低、ESR 增快变化量最大($P < 0.05$ 表 1).

表 1 眩晕中医分型各血液流变学、血脂和血糖变化

($\bar{x} \pm s$)

参数	对照 ($n=126$)	眩晕 ($n=434$)	肝阳上亢 ($n=46$)	痰浊中阻 ($n=206$)	肾精不足 ($n=140$)	气血亏虚 ($n=42$)
η_b ($mPa \cdot s/230 s^{-1}$)	5.8 ± 0.7	6.4 ± 0.9^a	6.3 ± 1.0^a	6.7 ± 0.9^{ac}	6.3 ± 0.9^{ac}	5.6 ± 0.6^{ce}
($mPa \cdot s/5.75 s^{-1}$)	14.5 ± 2.7	19.0 ± 5.1^a	18.0 ± 5.7^a	20.3 ± 4.8^{ac}	18.5 ± 4.6^{ac}	15.6 ± 4.4^{ce}
η_p ($mPa \cdot s/230 s^{-1}$)	1.7 ± 0.6	1.9 ± 0.2^a	1.9 ± 0.2^a	1.9 ± 0.2^a	1.9 ± 0.2^a	1.8 ± 0.2^{ce}
Fib(g/L)	3.0 ± 1.5	3.9 ± 1.5^a	3.8 ± 1.2^a	4.0 ± 1.6^a	3.9 ± 1.2^a	3.4 ± 1.1^{ce}
ESR(mm/h)	11.9 ± 8.2	15.9 ± 11.8^a	16.5 ± 10.1^a	14.2 ± 11.9^a	16.2 ± 12.1^a	21.1 ± 10.6^{ace}
Hct(%)	45.0 ± 4.0	46.2 ± 4.8^a	45.5 ± 4.8	47.6 ± 4.8^{ac}	45.7 ± 4.2^a	42.2 ± 4.3^{ace}
TL(mm)	10.2 ± 6.5	11.5 ± 4.3^a	11.2 ± 4.3	13.1 ± 4.8^a	11.4 ± 4.5^a	10.5 ± 4.1^e
DWT(mg)	9.6 ± 7.0	13.7 ± 7.0^a	13.2 ± 8.5^a	15.1 ± 9.0^a	14.2 ± 6.9^a	10.6 ± 4.7^{ce}
TCH(mmol/L)	3.8 ± 0.9	4.0 ± 1.2^a	3.7 ± 1.0	4.1 ± 1.2^{ac}	3.9 ± 1.2	3.7 ± 1.2
TG(mmol/L)	1.0 ± 0.4	2.1 ± 4.0^a	1.6 ± 0.9^a	2.4 ± 5.7^a	1.9 ± 1.2^a	1.2 ± 0.7^{ce}
HDL(mmol/L)	1.4 ± 0.5	1.2 ± 0.3^a	1.2 ± 0.4^a	1.2 ± 0.3^a	1.2 ± 0.3^a	1.3 ± 0.4
Glu(mmol/L)	4.2 ± 1.1	5.0 ± 1.4^a	4.7 ± 0.9^a	5.0 ± 1.2^a	5.3 ± 1.9^{ac}	4.5 ± 1.0^{ce}

^a $P < 0.05$ vs 对照; ^c $P < 0.05$ 各组 vs 肝阳上亢; ^a $P < 0.05$ 各组 vs 痰浊中阻; ^e $P < 0.05$ 各组 vs 肾精不足.

3 讨论

眩晕是缺血性疾病的先兆之一,而 η_b 的改变是缺血性疾病的主要病因. η_b 受血脂、血糖等多种因素影响,血脂升高可引起红细胞脂质过氧化作用增强,导致红细胞的变形性降低,促进白细胞、血小板活化进而增加血液的粘滞性,血糖升高可使红细胞膜蛋白质非酶糖基化增加,后者可使红细胞膜负电核减少,使红细胞间的电斥力减弱,聚集性增加. 非酶糖化过程中可产生自由基,使红细胞膜蛋白质变性而粘稠度增加,进而使血液的运行阻力增加导致眩晕发

生^[1-2].

眩晕证型不同上述指标的表现也存在不同. 我们的研究表明,临床上根据血液流变学、血脂、血糖等指标的部分或全部改变以及改变程度,辅助诊断眩晕证,判断中医证型,进行疗效观察,对彻底治愈眩晕症具有重要意义. 与以往资料相比^[3-4],不同的眩晕证型多谱勒超声、脑干听觉诱发电位则各有特点,眩晕各证型有不同的神经电生理和病理生理改变,各型间的 TCD, BAEP 等有一定的规律性.

参照影像学(X线,CT,MRA^[5-7],DSA,CTA与

CTVE^[7]), 血流动力学(TCD^[6,8], SPECT^[8], RCBF^[9]), 电生理学(BAEP^[6,8]), 耳蜗电图^[10], ENG^[11]), PSG^[12]等前庭功能检查, 进行定性、定位及定量分析, 研究眩晕病因学, 可以诊断和鉴别诊断眩晕症。辨证论治, 配合调节血脂、血糖、改善血液流变性等治疗, 期望收到更好的疗效。

【参考文献】

- [1] 张卫云, 孙朝晖, 张飞勇. 高脂血症对血液流变学血浆粘度影响的探讨[J]. 中国血液流变学杂志, 2006, 16(2): 277-278.
- [2] 张增荣, 朱海滨. 血脂及血糖增高对血液流变学的影响[J]. 临床医药实践杂志, 2005, 14(4): 260-261.
- [3] 崔苏, 殷镜海. 眩晕中医证型与椎动脉系统多普勒超声相关性研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2006, 4(3): 209-210.
- [4] 刘德山, 高伟, 杨敏. 75例眩晕辨证分型与脑干听觉诱发电位关系探讨[J]. 山东生物医学工程, 2002, 2: 24-25.
- [5] 张保朝, 潘燕, 赵霞, 等. MRA对眩晕病因诊断价值的临床

- 探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(3): 266-267.
- [6] 潘燕, 张保朝. 磁共振血管造影、经颅多普勒超声及脑干听觉诱发电位对眩晕的评估价值比较[J]. 中国临床康复, 2004, 8(34): 7648-7649.
- [7] 夏军, 周义成. 影像学在眩晕诊断中的应用[J]. 卒中与神经疾病, 2004, 11(5): 313-315.
- [8] 钱传忠, 刘向远, 高苹. SPECT、TCD及BAEP对椎基底动脉缺血性眩晕的诊断价值[J]. 临床神经病学杂志, 2003, 16(5): 257-259.
- [9] 王为, 朱利元, 史晋红. 中枢性眩晕脑血流量及血流动力学研究[J]. 第一军医大学学报, 2003, 23(4): 384-386.
- [10] 卢洁贞, 张建国, 赖荷. 眩晕患者的耳蜗电图与甘油试验的关系[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2000, 14(11): 510-511.
- [11] 邓瑶珠, 王锦玲, 黄维国, 等. 眩晕患者眼震电图描记法与姿势描记检查[J]. 第四军医大学学报, 2001, 22(19): 1770-1773.
- [12] 陈凤霞, 韩国钧, 周彬. 前庭功能检查在眩晕症诊断中的价值[J]. 中华耳科学杂志, 2003, 1(4): 27-28.

编辑 许昌泰

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)07-0662-01

隐翅虫皮炎 590 例临床分析

陈士新 (陵水机场医院, 海南 陵水 572425)

【关键词】隐翅虫; 皮炎; 临床分析

【中图分类号】R757.4 【文献标识码】B

1 临床资料 2000-01/2006-06 陵水机场医院收治隐翅虫皮炎患者 590(男 413, 女 177)例, 年龄 3~70岁, 该病多在 2~11 mo 以及晚间发病。其中住日光灯房间, 无纱门纱窗 513 例, 住白炽光房间有纱门纱窗 77 例, 居住农村 511 例, 城市 79 例。病程 7~20 d。皮损情况: 头面部 107 例; 颈部 206 例; 胸背部 115 例; 上肢 98 例; 下肢 31 例; 腹部 28 例; 非裸露部位 10 例。绝大部分患者自觉皮损部烧灼样疼痛, 伴轻度瘙痒, 合并感染者 57 例(9.6%), 皮损单发者 270 例(49%), 多发者 320 例(51%)。皮损形态多为点状、线条状、棱形、片状水肿性红斑的基础上较密的丘疹、水疱、小白点或小脓疱, 部分表面糜烂、炎性渗出物, 结痂时皮肤瘙痒。确诊后应及时清除皮肤表面含有隐翅虫体内酸性毒液, 进行消炎、收敛、抗过敏治疗。用肥皂水清洗皮损局部后用清水浸泡 20 min 或湿敷 30 min, 以促进皮肤表面、皮下组织细胞内的毒液渗出, 再用 50 g/L 碳酸氢钠液擦洗皮损处, 以中和强酸性毒液, 最后用生理盐水冲洗, 擦干皮损处, 外搽绿药膏 3 次/d, 2 d 后外搽湿性烧伤

膏 3 次/d。用药后全部患者 3~15 d 内治愈。

2 讨论 隐翅虫皮炎是由毒隐翅虫引起的急性水肿性皮肤病, 在南方夏季炎热地区发病率很高, 占皮肤科疾病的 9.3%。毒隐翅虫是一种鞘翅短, 腹部部分裸露, 虫体内含 pH 1~2 酸性液体。喜日光灯, 能飞行的小昆虫^[1], 在农村或市郊有杂草、潮湿地生存, 天气越热, 活动越频繁, 在夏日的晚上, 日光灯下, 隐翅虫常飞入房间, 落在人体表皮上, 被打死后, 虫体内的毒液流入人体体表面而致病。本病有以下特点: ①季节性、时间性强; ②地域性: 农村及城郊区明显高于城市。这与隐翅虫生长、活动习性有关; ③发病率同灯光、防蚊设施有关。日光灯多高于白炽灯, 无纱门纱窗多高于有纱门纱窗; ④皮损分布不同: 头面部、颈部以及上肢裸露部明显多于非裸露部, 与隐翅虫的向光性有关; ⑤年龄性别不同: 病情有很大差异, 儿童、妇女发病率相对较低, 与穿衣裸露皮肤少有关。患者皮损的轻重, 与皮肤组织差异、抵抗力强弱有关。按《临床皮肤病学》诊断标准^[2], 诊断隐翅虫皮炎不准, 但要同带状疱疹、接触性皮炎、丹毒、壁虎尿性皮炎进行鉴别, 以防错诊, 延误治疗。预防隐翅虫皮炎最有效办法, 是所住房间注意关好纱门纱窗, 防止隐翅虫进入室内。

【参考文献】

- [1] 南开大学, 中山大学, 北京大学, 四川大学, 复旦大学. 昆虫学[M]. 北京: 教育人民出版社, 1985: 169-170.
- [2] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 4-488.

收稿日期 2006-09-02; 接受日期 2006-12-10

作者简介 陈士新, 副主任医师. Tel: (0898) 83353292

编辑 许昌泰