

## 出血性休克脉象的临床体会

山东省沂南县中医院 高恒法 高宏 艾湛云  
山东省潍坊市中医院 刘葆印 主任指导

中医四诊之一的脉诊是辨证论治的重要组成部分，伤科当然也不例外，明陆师道在薛立斋《正体类要》序言中曾说：“肢体损于外，气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和，岂可纯任手法而不求其脉理审其虚实以施补泻哉”。

《医宗金鉴》在杂证部金疮项下对出血性休克曾作如下论述：“若出血过多，其人面黄眼黑……此证虽系好肉暴伤，然验脉法形证亦可定生死。如伤血过多，脉见虚、细、沉、小、和缓者生。若脉见浮、洪、数、大、实、虚、促者死”。概括地说明出血性休克在不同阶段的脉象表现和预后，按照金鉴脉诀篇的解释：“浮中沉三部无力谓之虚脉”。“脉形软直如丝者谓之细脉”。“三部无力而且小，似有似无谓之微脉”。“一息四至谓之缓脉”。因此，虚、细、沉、小、和缓的脉象就是脉形细小无力、波峰低矮甚至似有似无重按方能试到，但脉率变化不大，仍保持近乎正常脉率的和缓脉象。临床观察这种脉象，一般出现在休克的早期，或名代偿期，临床常称之为轻度休克，估计出血量约占全身血容量的15—20%。机体因骤然大量出血，血容量急剧下降，通过主动脉弓和颈动脉窦的压力感受器，反射性地使延髓的血管运动中枢兴奋性增高，脑垂体、肾上腺皮质和髓质功能增强，肾上腺素和去甲肾上腺素分泌增多，首先使肾血管收缩，以后皮肤、肌肉、肝、脾的小血管也反射性地发生收缩，借以重新分配血流量，保障脑和心血管的血液供应。桡动脉也同样出现反射性收缩，血管变细，脉搏的波峰低矮更使血流量减少，因而搏动无力甚至似有似无，切脉时必须推筋着骨方能试到。但因心肌营养没有受到影响，所以心

率仍保持在近乎正常的和缓状态，出现虚、细、沉、小、和缓的感觉。如果这时及时采取有效措施，机体可迅速恢复健康。这就是“虚、细、沉、小、和缓者生”的含义。

《金鉴》脉诀篇对“浮、洪、数、大、实、虚、促”等脉象解释如下：“脉从肉上行者谓之浮脉”。“上来应指而盛，下去减力而衰谓之洪数”。“一息六至者谓之数脉”。“脉形粗大豁然者谓之大脉”。“浮中沉三部俱有力者谓之实脉”。“浮中沉三部俱无力者谓之虚脉”。“数脉动时一止谓之促脉”。因此，浮、洪、数、大可以理解成一种浅试可以试到，来势洪大，去时衰减，脉形粗大而脉率快，每分钟在100次以上的脉象。至于实、虚、促则是指病情发展过程中三个不同阶段所出现的三种不同脉象，就是说从有力逐渐衰减为无力，以后更在脉率过快的基础上出现了脉律不整的间歇脉。

按轻度休克是机体抗损害能力和损害因素的相持阶段，是暂时现象，如果没有得到有效的治疗或出血进一步加重，抗损害能力就转变为劣势，机体遂处于抑制状态进入抑制期（休克期）。由于小血管持续痉挛收缩，组织缺氧致代谢性酸中毒，体内组织胺分泌增多使小动脉及前毛细血管扩张，但小静脉对酸中毒耐受性较大，处于收缩状态，大量血液滞于微血管内。大量血液瘀滞，使有效血循环更加减少，从而更加引起组织器官缺氧，出现一系列机能代谢及形态的显著变化，进入循环衰竭期。在这一阶段，由于桡动脉反射性收缩消失，血管扩张和管壁弹力减退，所以桡动脉浮取可以应指，来势应指而盛，但因管壁张力小，所以很快就衰竭下去，又因血管扩张，微循环瘀滞血流减慢，所以脉形呈豁大现象，更因心肌损

害逐渐加重,血容量明显减少,心搏因而增快。综合起来,就出现浮、洪、数、大的脉象。这个阶段的早期心肌损害还不甚严重,机体尚保有一定的有效血容量,再加上微循环不瘀滞,血流阻力增大而呈现实脉的现象。根据临床观察,这一阶段约相当于中度休克阶段,失血量估计约占全身血容量的35%左右。如果这时仍未得到及时抢救,随着心肌和其它重要器官的缺氧加重,机体功能受到严重的损害,心肌收缩更加无力,遂由实脉衰竭为虚脉,最后在数脉的基础上更出现了心律紊乱的促脉,乃进入严重休克期,纵然积极抢救也很难挽救生命。这就是“浮、洪、数、大、实、虚、促者死”的含义。

再者以上两种情况虽然都提及虚脉,但其病理变化迥然不同。前者是由于血管收缩管壁弹性增强波峰减小而形成,代表机体的代偿功能良好,伴同细、沉、缓三种脉象是一种顺证;后者则是因心肌损害严重,血管弹性减

弱,血容量严重减少产生的,伴同浮、洪、大、数等脉象,是机体功能崩溃的逆证。因此,上述两者必须予以鉴别。

当然,诊断出血性休克,除了看脉象外,还要进行四诊的全面检查,并结合测量血压和其它辅助检查,才能得到更全面的诊断,但脉诊是最简单可靠的客观检查方法,可以与其它检查互相补充对照。在没有设备的条件下,单纯靠四诊,特别是脉诊,也可以了解病程发展的情况,作出初步诊断,拟定抢救计划,估计预后。

脉诊是祖国医学的独特诊断方法之一,涵义深奥,是千百年来祖国医学积累起来的精华,如进一步用现代医学原理和方法予以阐明发扬,做到古为今用,推陈出新,对医学事业发展的贡献当非浅鲜。作者对祖国医学的知识非常贫乏,为了抛砖引玉,特作以上探讨,谬误之处请各位同行批评指正。

(上接5页)

低除影响“肾”的病理、生理活动外,也可牵连到与此腺轴有关的各级功能。以上有限的研究部分地说明了性腺激素与骨骼组织的生理病理关系,着重从骨组织形态计量学方面,初步证实了一些“肾主骨”的理论的正确性。

近年来,我们以中医“肾主骨”理论为指导,利用先进的骨组织形态计量学技术手段,深入开展“肾主骨”基础理论及补“肾”中药对骨创伤及骨病作用的研究工作,在组织水平,细胞水平甚至亚细胞水平上,采用科学的计量方法,探讨骨质疏松的病理机制,中药防治的疗效,骨折愈合的再建过程及补“肾”药物的促进作用机理,取得了一些进展。初步认为“肾主骨”是具有其骨组织形态学计量基础的,这对今后骨伤科基础及临床研究提供了坚实的科学依据。

● 考 文 献

1. 贵阳中医学院骨伤科研究所,正常及去势家兔静脉中雌激素水平和骨关节软骨改变的

初步观察,全国第二届中西医结合骨伤科研究会论文汇编,1986:10。

2. Helen E Gruber, et al. Osteoblast and Osteoclast Cell Number and Activity in Postmenopausal Osteoporosis, Mineral Electrolyte Metab 12:246, 1986

3. A. M Parfitt, et al. Diagnostic Value of Bone Histomorphometry and Comparison of Histologic Measurements and Biochemical Indices of Bone Remodeling In: Christiansen C(eds): Osteoporosis Copenhagen International Symposium on Osteoporosis PP111-120, 1984

4. F Melsen, et al. Metabolic Bone is Evaluatecl by Bone Histomorphometry In Robert R RecRer (eds): Bone Histomorphometry: Technigues and Interpretation. CRC Press. PP265-284, 1983

5. 吴非等,去势大白鼠骨质疏松模型的骨计量参数及中药黔岭鳖作用的影响,中华医学会骨科学会第三届全国学术会议论文汇编,1989:10。  
(余略)