

中西医结合治疗慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压 30 例临床研究

王平生¹ 刘晓静² 孙尚帛³ 常玉荣⁴

(1.玉田协和医院,河北唐山 064199; 2.唐山市中医医院,河北唐山 063000;
3.河北联合大学,河北唐山 063000; 4.河北联合大学附属医院,河北唐山 063000)

摘要 目的:观察中西医结合治疗慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压的临床疗效及对血气分析指标的影响。方法:选择 60 例患者,随机分为治疗组与对照组各 30 例,对照组给予西医常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用益气活血、祛瘀化痰中药治疗。30d 后观察临床疗效、血气分析及肺功能指标。结果:治疗组总有效率 83.3%,明显高于对照组的 70.0%($P<0.05$);治疗组较对照组能显著改善血气分析指标 PaO_2 、 PaCO_2 、 P(A-a)O_2 等压力,降低平均肺动脉压,增强肺功能($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗能显著提高慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压的临床疗效,改善低氧血症,降低肺动脉高压,改善肺功能。

关键词 慢性肺血栓栓塞症 肺动脉高压 中西医结合疗法 益气活血 祛瘀化痰 中药复方 血气分析
中图分类号 R544.160.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)06-0028-03

慢性肺血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH)是肺栓塞症的常见类型,发病机制尚不清楚,多数学者认为是由于慢性肺血栓栓塞症反复发作所致的疾病,可导致肺功能严重受损,进而影响右心功能,临床表现为低氧血症及右心衰竭,甚至导致死亡^[1]。目前对 CTEPH 的治疗仍不令人满意,为发挥中医药的优势,笔者在前期工作的基础上,针对气血亏虚、痰瘀互结证为常见证候的特点,在常规西药基础上,应用益气活血、祛瘀化痰中药汤剂治疗 CTEPH 患者 30 例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2013 年 10 月~2015 年 2 月期间就诊的 60 例患者采用随机数字表法分为 2 组。治疗组 30 例:男 16 例,女 14 例;年龄 48~63 岁,平均年龄(57.9 ± 7.2)岁;合并冠心病 7 例,高血压病 7 例,高脂血症 13 例。对照组 30 例:男 18 例,女 12 例;年龄 47~65 岁,平均年龄(58.6 ± 6.4)岁;合并冠心病 6 例,高血压病 9 例,高脂血症 11 例。2 组一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 CTEPH 诊断标准参照 2001 年中华医学会呼吸病学分会制定的《肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)》^[2]中相关内容制定。中医气血亏虚、痰瘀互结证候诊断参照朱文峰主编的 2007

版《中医诊断学》^[3]制定。

1.3 纳入标准 (1)符合 CTEPH 西医疾病诊断标准及中医证候诊断标准;(2)年龄 18~65 岁;(3)患者或家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)合并心、肝、肾等严重原发性疾病;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)精神病患者;(4)近 3 个月参加过其他临床试验者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取西医常规治疗方案,依据病情需要采用抗感染、抗凝、降低肺动脉高压及呼吸支持等。具体药物如下:抗感染采用注射用头孢哌酮舒巴坦钠 2g,静脉滴注,每 12h 给药 1 次;抗凝采用低分子肝素钙 100IU/kg,皮下注射,每 12h 给药 1 次;降低肺动脉压采用卡托普利片 50mg,口服,每天 3 次;呼吸支持采用无创呼吸机辅助通气,BIPAP 模式。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用益气活血、祛瘀化痰中药汤剂口服。方药组成:黄芪 40g,人参 10g,当归 10g,桃仁 12g,红花 8g,三七粉 3g(冲服),川芎 12g,丹参 12g,水蛭 8g,桂枝 8g,杏仁 10g,麻黄 8g,半夏 8g,甘草 5g。化裁法:伴脾气亏虚者,加用炒山药 15g、白扁豆 12g;伴肝气郁结者,加用柴胡 15g、合欢花 12g;伴肾气不足者,加干姜 9g、仙茅

基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(2015231)

10g;伴痰火上扰者,加竹茹 15g、黄连 9g;伴腑实内结者,加生大黄 9g、厚朴 12g;伴食欲不振者,加炒麦芽、焦神曲各 15g。每日 1 剂,水煎取 300mL,早晚分次温服。15d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。

2 组均于 30d 后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后测定动脉血气分析、平均肺动脉压、肺功能。其中肺动脉压测定采用彩色多普勒超声心动图检查,依据三尖瓣压差法计算得出。

3.2 疗效评定标准 临床疗效参照 2002 版《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。显效:咳嗽、喘息、气短等症状明显好转;有效:咳嗽、喘息、气短等症状好转;无效:咳嗽、喘息、气短等症状未见好转,或加重。

3.3 统计学方法 本研究所有数据均采用 SPSS17.0 软件包处理,计量资料以表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 治疗组 30 例中,显效 9 例,有效 16 例,无效 5 例,总有效率 83.3%;对照组 30 例中,显效 4 例,有效 17 例,无效 9 例,总有效率 70.0%。2 组总有效率比较具有显著性差异($P<0.05$),表明治疗组临床疗效优于对照组。

3.4.2 2 组血气分析比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后血气分析比较 mmHg

组别	例数	时间	PaO ₂	PaCO ₂	P(A-a)O ₂
治疗组	30	治疗前	48.12±8.67	27.24±5.52	48.93±7.26
		治疗后	69.78±6.20**▲	45.37±6.48*▲	69.51±8.47*▲
对照组	30	治疗前	47.25±8.43	27.85±5.43	49.46±6.83
		治疗后	60.37±5.65**	38.21±5.97*	58.34±8.09*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,▲ $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组平均肺动脉压及肺功能比较 见表 2。

表 2 治疗组与对照组治疗前后平均肺动脉压及肺功能比较

组别	例数	时间	平均肺动脉压(mmHg)	肺功能 FEV1/FVC(%)
治疗组	30	治疗前	37.35±6.21	49.63±8.68
		治疗后	25.57±5.33*▲	61.91±7.54*▲
对照组	30	治疗前	36.95±6.28	48.36±9.82
		治疗后	31.42±6.05*	56.49±6.25*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,▲ $P<0.05$ 。

4 讨论

CTEPH 患者大多由于肺血管的慢性炎症导致肺血管内皮细胞受损,进而促进微血栓形成,或慢

性血栓栓子阻塞肺血管床,肺动脉循环障碍,使肺血管内膜增生和重构,增加肺循环阻力,导致肺动脉高压形成,进一步损害心肺功能,导致预后不良,甚至危及生命。该病目前仅以内科保守治疗及内膜剥脱术治疗为主,但内科治疗效果尚不理想,而手术治疗因操作复杂、难度高,实际难以普遍推广。

根据 CTEPH 的临床表现,可归属于中医学“喘证”范畴,病机以肺失宣肃、肾失摄纳为主,病理因素涉及气虚、血虚、痰浊、血瘀、热盛等,病位以肺、肾为主,涉及五脏。明代张景岳将喘证归纳为虚实两大证,指出:“实喘者有邪,邪气实也;虚喘者无邪,元气虚也。”这有利于喘证的辨证论治及后世医家的学习掌握。然而疾病是错综复杂的,我们通过前期研究发现,本病发病以虚实夹杂最为常见,临床证候以气血亏虚、痰瘀互结为主。笔者根据临床经验及现代药理研究成果,临证选取益气活血、祛痰化瘀功效之中药治疗该病。方中黄芪善补肺脾气,调和气血,补而不滞,人参补益元气,参芪相合,有“金水相生”之意,以复肺肾之职;当归长于养血和血,配以参芪益气以助生血,取当归补血汤之意;麻黄、杏仁相伍,调畅肺气,升降有序,使肺复司宣肃;辅以半夏祛痰浊,增强平喘止咳化痰之功;三七化瘀止血,具有“化瘀不伤正,止血不留瘀”的特点;桃仁、红花、川芎、丹参、水蛭,专于活血祛瘀,诸药合用,增强活血化瘀的作用,其中水蛭性善走窜,祛瘀之效尤为显著;桂枝性温,通血脉,能破血而实卫气。现代药理研究表明:黄芪能舒张血管,调节血脂,抗高血压及炎症反应对血管内皮的损伤,抗血小板聚集及活化,改善血液黏滞状态^[5-6];麻黄能够兴奋延髓呼吸中枢,持久松弛支气管平滑肌,改善呼吸困难,同时能够扩张冠脉血管,增强心肌收缩力,增加心输出量,保护心脏等重要脏器,并具有改善血液流变性、降低血液黏度及抗凝血作用,对抗急性血瘀证的形成^[7];当归中的阿魏酸可以抑制炎症性肺损伤,抗血小板聚集,降低血液黏稠度以及抑制缩血管物质,促纤维因子的合成和释放,改善血液高凝状态^[8];川芎提取物川芎嗪能够提高红细胞变形能力,抑制血小板凝聚及激活,减低血液黏稠度,改善血流动力学,抑制血栓形成^[9-10],同时能选择性扩张肺血管,提高改善心肺功能的疗效;桂枝具有抗血小板聚集、抗炎、扩张血管及降压作用^[11]。全方有机组合,补气养血以固本,祛痰化瘀以除邪,进而达到改善患者心肺功能以提高疗效的目的。

PaO₂、PaCO₂、P(A-a)O₂ 等血气分析指标是评价肺功能及血氧含量的重要指标,有助于指导临床用药及判断临床预后。本研究结果显示,在西医常规

危险因素积分与冠脉病变程度及中医证候的相关性研究

——附 313 例临床资料

顾 阳¹ 王振兴²

(1.南京中医药大学第一临床医学院,江苏南京 210029; 2.江苏省中医院,江苏南京 210029)

摘要 目的:探究危险因素积分与冠状动脉病变程度及中医证候三者之间的关联性。方法:选择 2015 年 1 月至 8 月于我院经 CAG 术确诊为冠状动脉粥样硬化性心脏病的患者共 313 例,采集临床信息,明确中医证候,计算危险因素积分及 Gensini 积分,并将上述数据进行统计处理。结果:中、重度冠脉病变主要为痰浊内闭证及心血瘀阻证,和其他证型相比均有统计学差异($P<0.05$);危险因素积分 6~7 分和 8~13 分组,心血瘀阻、痰浊内闭证均显著多于其他证型($P<0.05$);相关分析显示冠脉狭窄程度与危险因素个数的叠加呈正相关($P<0.01$)。结论:危险因素积分、中医辨证可为冠心病患者的快速诊断、危险分层、判断预后提供更多的可靠依据。

关键词 危险因素积分 冠状动脉粥样硬化性心脏病 冠脉动脉狭窄 证候 心血瘀阻 痰浊内闭
中图分类号 R541.1 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)06-0030-03

冠状动脉粥样硬化性心脏病(CHD)的发生约 95%~99%是在动脉粥样硬化(AS)的基础上,导致冠状动脉腔狭窄或梗阻,进而产生心肌细胞缺血、缺氧,表现为胸痛、胸闷、气喘等症状,因而通常将 AS 的易患因素作为 CHD 的危险因素。既往研究大多偏重于危险因素、冠脉病变程度及中医证候之间两两关系,对

于三者之间总体相关性对比分析较少。此外,对于危险因素的关注,大多只局限于单独某项因素的风险,而忽视了各项因素累加的危害。本研究中,笔者旨在通过对 313 例经冠状动脉造影术(CAG)确诊为 CHD 的病人进行危险因素评分,以探究其与冠状动脉狭窄程度及中医证候三者之间的联系,现报道如下。

治疗的基础上,加用益气活血、祛痰化瘀中药治疗 CTEPH,能够显著提高 PaO_2 、 P(A-a)O_2 压力纠正低氧血症,明显降低平均肺动脉压改善肺功能,从而改善临床症状,达到提高临床疗效的目的,其机理,可能与改善血液瘀滞状态、增强机体抵抗力等综合因素有关,值得临床进一步深入研究。

参考文献

- [1] 王吉耀.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:61.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会.肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)[J].中华结核和呼吸杂志,2001,24(5):8.
- [3] 朱文锋.中医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2007:171.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:57.
- [5] 胡冠英,杨苗,曾宇,等.黄芪的血管舒张机制研究进展[J].时珍国医国药,2014,25(9):2218.
- [6] 何小丽,顾宁.黄芪多糖抗动脉粥样硬化研究进展[J].时珍国医国药,2014,25(6):1464.

- [7] 吴雪荣.麻黄药理作用研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(5):173.
- [8] 刘医辉,杨世英,马伟林,等.当归药理作用的研究进展[J].中国当代医药,2014,21(22):192.
- [9] 李萍,李金,洪建康,等.川芎嗪、参麦注射液对肺心病急性期血液流变性及临床疗效的影响[J].中国中医急症,2007,16(8):944.
- [10] 张翠英,章洪,戚琼华.川芎的有效成分及药理研究进展[J].辽宁中医杂志,2014,41(10):2265.
- [11] 许源,宿树兰,王团结,等.桂枝的化学成分与药理活性研究进展[J].中药材,2013,36(4):674.

第一作者:王平生(1980—),男,医学士,主治医师,研究方向为中西医结合治疗肺动脉高压。

通讯作者:刘晓静,医学士,主治医师。53511015@qq.com

收稿日期:2015-11-30

编辑:王沁凯 岐 轩