

综 述

颈动脉粥样硬化性狭窄的中医药研究概况

沈安娜¹ 丁有钦² 傅志慧²**主题词** 动脉粥样硬化/中医药疗法 颈动脉狭窄/中医药疗法

动脉粥样硬化(AS)是一种全身性疾病。解剖研究发现,AS有局限于某些动脉的倾向,它侵及动脉的顺序从高到低依次为腹主动脉,升主动脉,冠状动脉,下肢动脉,颈动脉和 Willis 环^[1]。可见颈动脉粥样硬化(CAS)在全身 AS 中出现较晚,故颈动脉粥样硬化性狭窄是动脉硬化的明显特征,可反映全身 AS 的程度。有研究显示,CAS 与冠状动脉、脑动脉粥样硬化有共同的病理基础和危险因素,各处 AS 病变消长存在相关性;当 CAS 致狭窄 70% 时,脑梗死的危险性增大,且随狭窄程度而增大,西方国家因 CAS 斑块造成的缺血性卒中占 19%~35%^[2,3]。文献也报道,颈动脉和冠状动脉病变共存的概率为 10%~40%^[4]。既然颈动脉狭窄,AS 斑块的破裂、脱落是脑梗死的主因;斑块破裂、血小板聚集、血栓形成亦是冠状动脉闭塞引发急性冠脉综合征(ACS)的病因,故从 CAS 反映的全身 AS 的病变程度及斑块的稳定性与急性心脑血管疾病的发生密切相关。通过观察 CAS 程度及斑块的稳定性,可客观地评估以 AS 为病理基础的心脑血管疾病的发病危险性治疗效果,从而有效地防治 AS 性疾病。近年来,中医药防治 CAS 的基础与临床研究取得了一定的进展,现概述如下。

1 颈动脉粥样硬化的现代研究

现代医学认为,AS 是一种与基因相关的慢性炎症疾病,而脂质氧化在 AS 形成与发展过程中起着关键作用^[5],其危险因素主要有高脂血症、糖尿病、高血压以及吸烟、遗传、年龄、性别等。关于 AS 的发病机制,现今公认的观点是,高胆固醇血症和炎症共同作用导致 AS 的形成,也就是说炎症和脂质异常是单一发病机制中的两个影响因素,AS 是由于炎症性疾病所引起,在胆固醇过多的背景下加速病程的发展。近年来,随着分子生物学研究的深入,证实了炎症反应在 AS 的发生、发展到最后斑块表面破裂并发血栓形成的所有阶段均发挥了作用^[6]。AS 表现为典型的慢性炎症过程,而急性炎症在 AS 斑块破裂中起重要作用。

现今抗 AS 及稳定斑块的药物主要包括调脂药、钙拮抗剂、 β 受体阻滞剂、ACEI 类、抗氧化剂、抑制血小板聚集药物以及抗炎、抗感染治疗。此外,利用转基因技术稳定斑块也是一种很有前途的治疗方法。针对 CAS 的临床干预,除药物之外,还

包括了颈动脉内膜剥脱术、颈动脉支架血管成形术和光化学颈动脉成形术等非药物治疗,主要适合于大多数颈动脉狭窄超过 70% 以及部分狭窄在 50%~69% 的患者。在药物干预 AS 的临床研究中,利用现代技术观察颈动脉粥样硬化性狭窄程度,掌握其产生、发展和消退的规律,研究药物对消退和稳定 CAS 斑块的治疗作用也得到了越来越多的应用。现今数字减影脑血管造影(DSA)是诊断颈动脉狭窄的金标准,但系有创性检查,需碘造影剂;磁共振血管成像(MRA)及螺旋 CT 血管造影(CTA)也因价格因素不能作为临床研究的首选。相比而言,彩色多普勒超声检查因无创伤、费用少、操作方便而被广为采用。

在易损斑块稳定性的检测方面,研究显示,一些炎症标志物对预测易损斑块的破裂有很高的临床价值。如 C 反应蛋白(CRP)、细胞黏附分子(sICAM-1、sP-选择素、sE-选择素、sVCAM-1)、细胞因子(IL-1、6、18、TNF- α)等。此外,核转录因子(NF- κ B)通过调节 IL-2、6、8,单核细胞趋化蛋白 1(MCP-1)、组织因子(TF)、细胞间黏附分子 1(ICAM-1)、血管细胞黏附分子 1(VCAM-1)等基因的转录发挥重要作用,可作为斑块破裂的标志物;基质金属蛋白酶(MMPs)主要通过消化纤维帽成分从而破坏其结构,加速斑块破裂^[7],故也可作为预测易损斑块破裂的血清学指标。

2 颈动脉粥样硬化性狭窄及易损斑块的中医药研究

2.1 中医对颈动脉粥样硬化的认识

现代医学研究证明,AS 是散在的纤维斑块,分布不一,可逐渐增大,并向血管腔内突出,逐渐导致血管变硬,管腔狭窄、内膜受损^[8]。中医认为,脉属于“奇恒之腑”,为气血的通道,脉属于心,无独立的生理功能和病理变化,故没有与 AS 相对应的病名。而从临床表现上来看,AS 涉及到了中医学“眩晕”、“头痛”、“健忘”、“痴呆”、“中风”、“胸痹”、“真心痛”、“脉痹”、“脱疽”等病证,这些角度则是从中医理论认识本病,研究其防治规律,提高临床疗效的依据。

具体到中风、胸痹这两种病证,元代朱丹溪在《丹溪心法》中论及中风的病因,认为是“湿土生痰,痰生热,热生风耳”。清代程钟龄《医学心悟》云:“凡人嗜食肥甘或醇酒乳酪,则湿从内受,……湿土生痰,痰生热,热生风,故卒然昏倒无知也”。这些学说的理论渊源皆本自《内经》,亦与现代医学关于 AS、冠心病、中风的学术观点相符。由此可见,古代对 AS 及其相关疾病的认识着重痰热,故其治则以化痰清热为主。至宋金以后,逐渐认识到瘀血的重要性。明代王伦《名医杂著》云:“中风以血病、痰病为本,主张用四物汤活血养血,加半夏、南星化痰”。明代张景岳《景岳全书》云:“津凝血败,皆化为痰耳”。清代唐容川《血证论》中谓:“须知痰水之壅,由瘀血使然”。痰瘀互结化热,阻塞

1 广州中医药大学第一临床医学院 2003 级硕士研究生,广州
市机场路 12 号学生宿舍 9 栋 102 室(510405)

2 广州中医药大学第一附属医院

收稿日期:2004-11-29;修回日期:2005-03-28

血脉,则气血不通。心脉不通则卒然心痛;阻塞于脑,则气血不得上达,脑失所养而眩晕、卒仆、偏枯。近代由于中西医结合,认识到血栓在AS及其相关疾病中的重要性,因而治疗上更趋强调活血化瘀,如丹参注射液、川芎注射液等。

近期研究表明,AS与痰浊、瘀血、热毒有关,且三者并非孤立存在的,而是密切相关^[9]。津血同源,痰瘀相关,痰瘀互结,郁久腐化,久则凝聚成毒,从而形成痰瘀毒相互交结的病理局面。具体而言,(1)AS的首要危险因素高脂血症,据其临床表现,可归属于中医学痰浊、痰瘀之范畴。渊源于《内经》的膏脂学说。《灵枢·卫气失常论》说:“人有脂,有膏,有肉”,而若脂膏过多则有形体变化,《内经》称为“膏人”、“脂人”,少则“体无膏泽”。有报道指出,痰证患者的抗氧化能力显著降低,体内氧化修饰的低密度脂蛋白(OX-LDL)明显升高^[10],而低密度脂蛋白(LDL)升高正是AS最主要的致病因素之一。药理研究也证实,化痰方药在降低TC、LDL和对抗脂斑形成方面具有显著作用^[11]。(2)AS的发生发展以动脉壁内皮细胞(EC)损伤为始动因素,血小板黏附聚集、释放生物活性物质和平滑肌细胞(SMC)增殖为主要环节,脂质浸入,动脉壁弹性纤维破坏,引起动脉管腔狭窄为病理结局,这些病理改变属于中医学“瘀血”的范畴。有人对73例冠心病患者进行辨证分型,并与冠状动脉造影所见进行对比分析,发现患者中均有不同程度的血瘀表现,冠状动脉血管病变支数越多,狭窄程度越重^[12],另活血化瘀方药也具有防治AS,抑制及消退粥样斑块等作用^[13]。(3)研究表明,感染、炎症与AS发生与发展具有一定的相关性,慢性潜在的感染诱导多种细胞因子的产生、黏附因子的表达,可能是刺激AS炎症反应的始动因子之一^[14]。感染、炎症在一定程度上反映了毒邪的病理变化,也印证了毒邪与AS的相关性。而毒邪,现多理解为热毒,究其病因,吸烟、饮酒、多食肥甘厚味皆化生痰浊,痰郁久化为热毒;心理压力过大也易致肝气郁滞,气郁化火,或痰瘀化热,久而蕴毒等。故治疗上重视清热解毒药物的应用,如黄连、贯众、穿心莲等,并得到了临床及药效学的验证。

AS的形成是一个复杂的动态变化的病理过程,在不同病理阶段,痰、瘀、毒三者所表现的程度也不一样。治疗上则认为应针对不同病理阶段辨证论治。早期阶段,特别是以高脂血症为主要表现者,多辨证为“痰中夹瘀”,论治以化痰为主,辅以活血化瘀;当AS形成后,表现为管腔狭窄、血液动力学异常改变时,则多辨证以瘀血为主,痰瘀凝结,在治疗上强调活血化瘀,辅以化痰。

AS虽病在血脉,但其根在脏腑,痰、瘀、毒的形成均是脏腑功能失调的结果。从脏腑辨证上,现认为与脾、肾、肝三脏失调关系密切。肾乃先天之本,人至中老年,肾之精气渐亏。肾阴不足,虚火内生,灼津炼液,而成痰浊;肾气虚弱,气不化津,清从浊化,痰湿内聚;若水不涵木,肝失疏泄,木不疏土,脾运失司,水谷精微失于正化,脂浊停聚,变生痰浊。痰浊壅塞脉道,痰借血体,血借痰凝,滞而为瘀,胶结血脉,血气营运不畅,遂成粥样斑块。本病属于本虚标实,相兼错杂之证,肝肾阴虚为本,痰瘀互结阻络为标,故在中医治疗AS的治则上出现了健脾化痰活血、滋肾养肝化痰消瘀、益气活血等多种方法,且临床证实有效。

针对CAS,中医学中同样无与之类似的病名。从病因、病理特点上来看,其与上述AS相似;从发病部位讲,CAS与中医“脉痹”有一定的相似性。随病变进展,可出现头晕、头痛、晕厥、甚至口舌歪斜、偏瘫等症状,从而分属于中医“眩晕”、“头痛”、“厥证”、“小中风”、“中风”等范畴,有研究显示颈动脉粥样硬化斑块破裂可能在脑梗死形成中起重要作用^[15],这一点更验证了其中的相关性。本病属本虚标实,本虚多为气虚、阴虚、肝脾肾虚,标实则以血瘀、痰浊、寒凝、气滞多见。然而“血瘀”之病机贯穿于CAS发病的整个过程。至于斑块的不稳定,中医认为,炎症的发生可能与痰瘀郁结血脉,瘀血郁久化热有关,巢元方在《诸病源候论》“胸痹候”中曾提出“因邪迫于阳气,不得宣畅,壅瘀生热”的病机转归。中医对热病及缺血性心脑血管疾病的研究也发现CRP、IL-6、TNF- α 等炎症指标升高,广州中医药大学第一附属医院一内科所做冠脉相关研究发现,^[16]痰热组冠心病患者中ACS占多数,明显多于非痰热证患者;IL-2、INF- α 、CRP等指标也明显高于非痰热组,而应用清热解毒法(三黄片)治疗实热型ACS的患者可使多项血清炎症指标水平下降,临床证候好转。此外,有研究发现清热解毒、活血化瘀的中药如穿心莲、川芎、丹参等可以抑制黏附分子的表达^[17];黄芩、三七、银杏叶等也可抑制NF- κ B的活性^[18]。故AS后期,对于稳定斑块而言,清热解毒、凉血通络显得更为重要。

2.2 中医药对颈动脉粥样硬化的防治研究

近期研究表明,中医药能不同程度地减轻AS病变,稳定动脉粥样硬化斑块(AP)。而CAS检测作为中医药对AS疗效的观察指标应用,其价值已得到了肯定。

调血脂:按作用原理分类如下:(1)促进肠道胆固醇排泄,抑制外源性胆固醇吸收,如大黄、何首乌、决明子、虎杖。(2)竞争性地抑制肠道胆固醇吸收,如蒲黄、绿豆等。(3)抑制胆固醇、甘油三酯合成,如泽泻、姜黄。(4)影响血脂分布、运转与消除,如丹参、女贞子。(5)降低血胆固醇含量,如红花油、豆油。王朋等^[19]研究显示,丹参可延缓高脂血症与内皮损伤因素共同导致的AS形成,减轻AP引起的动脉管腔狭窄;陶波等^[20]观察蒲黄对AS兔模型的影响,发现血清总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白、血清总胆固醇/高密度脂蛋白比值均有显著降低,且有抗内皮细胞损伤作用。

抗氧化:近年来,随着脂质过氧化在AS发病机制中受到重视,抗氧化成为抗AS的重要方面,已知人参(皂甙)、五味子(木脂素)、绞股蓝(皂甙)、郁金(姜黄素)、甘草(次酸)、枸杞子(多糖)、赤芍(没食子酸丙酯)、三七(总甙)、冬虫夏草、益母草等均有此作用。绞股蓝(皂甙)对AS模型家兔能降低主动脉壁丙二醛(MDA)含量,减轻脂质过氧化程度,减少主动脉壁斑块形成,其抗氧化作用与抗氧化剂维生素E相似^[21];吴卫平等^[22]实验表明,丹参具有抗LDL脂质过氧化,减少氧化低密度脂蛋白(ox-LDL)形成作用;另有报道^[23],以银杏叶提取物饲高胆固醇兔,可以明显抑制铜离子氧化低密度脂蛋白致MDA增加。

抗血小板黏附、聚集及抗血栓:有活血化瘀作用的中药可改善血液理化性质,调整凝血功能,抑制血小板聚集,阻止血栓形成,如川芎、丹参、牡丹皮、蒲黄、赤芍、益母草、红花、三七等。药理研究表明,红花、当归、赤芍具有溶解纤维蛋白的作用^[24];

三七、川芎、当归、毛冬青、灯盏花均有抗血小板聚集,改善心肌缺血等作用^[25];水蛭素主要是通过对二磷酸腺苷(ADP)和凝血酶诱导的血小板聚集有显著的抑制作用^[26]。以上中药通过多重的抗凝机制,抑制了 AS 和血栓形成的多个病理环节,疗效有独特的优越性。

保护血管内皮细胞(EC),抑制血管平滑肌细胞(SMC)的异常增生:这方面研究较多的中药有大黄素、川芎嗪、穿心莲、雷公藤、蒲黄、丹参等。复方有血府逐瘀汤、四物汤等。王宏伟等^[27]认为,穿心莲能维持一氧化氮与内皮素的平衡,保护内皮功能,抗氧化、抗 AS 形成;张涛等^[28]采用家兔实验性血管再狭窄模型,观察水蛭和丹参对血管再狭窄及平滑肌增殖的影响,提示丹参和水蛭有抑制 VSMC 增生,减轻内膜肥厚,防止血管再狭窄形成的作用。

临床观察:大量的临床研究验证了中医药防治 CAS 的疗效。张九方等^[29]用何首乌等抗氧化中药治疗 41 例颈动脉粥样硬化患者 6 个月,结果临床症状改善,血过氧化脂质含量降低。彩色多普勒超声检查显示颈动脉斑块消退,有效率 71%,明显优于对照药物绞股蓝总甙;国家“九五”攻关课题血脂康调脂对冠心病二级预防的研究(CCSPPS)显示,血脂康(中药红曲中提取出的天然他汀)治疗组发生急性心梗的危险性降低 56%,脑卒中的危险性降低 26%,治疗 6 个月后,颈动脉斑块 IMT 平均厚度减少 0.8mm,与对照组(安慰剂)比较,差异有显著性;曹铁生等^[30]用高分辨力超声血管成像技术观察 25 例有颈动脉早期 AP 形成的患者,服用复方丹参滴丸 6 个月,颈动脉 IMT 明显变薄,而肠溶阿司匹林对照组 28 例未见显著改变;陈美华等^[31]将 CAS 患者随机分为两组各 41 例,治疗组服用活血化痰祛瘀为主的畅脉乐胶囊,对照组服用阿司匹林,服药 6 个月。治疗前后颈动脉超声显示,治疗组由治疗前的 65 个斑块减至 43 个,对照组由治疗前的 73 个斑块减至 68 个。治疗组的 IMT、斑块积分明显减少,血流频谱最小流速和阻力指数均明显降低,对照组无明显改变;滋肾养肝,消痰祛瘀中药软脉冲剂^[32]治疗颈动脉粥样硬化斑块 20 例临床研究发现,该冲剂可调血脂、抗氧化,对 AP 确有抑制发展或促进消退的作用,可明显改善临床症状;吴圣贤等^[33]观察解毒软脉方治疗 3 个月,可显著减小颈动脉斑块面积及颈后动脉壁 IMT,优于肠溶阿司匹林对照组,对眩晕、头昏等症疗效也优于对照组,并能降低血液黏滞性,调节血脂水平;贾连旺等^[34]将 62 例 CAS 患者,随机分为麝香保心丸(HMP)组 32 例与阿司匹林(ASP)组 30 例,均连续用药 1 年,结果显示 HMP 组患者颈动脉 IMT 显著变薄,TC、TG、LDL-C 显著下降,对照组治疗前后指标差异无显著性。上述试验进一步验证了从痰瘀毒论治是中医药治疗 CAS 的原则所在。

3 展望

检测颈动脉狭窄程度,识别出易损斑块后,需积极地进行干预性治疗以抑制 AS 的发生、发展,稳定易损斑块,减少急性心脑血管事件的发生。对其狭窄程度及斑块稳定性的检测需进一步标准化、规范化,这样对指导临床治疗、观察疗效、判断预后具有重要的参考价值。还可进一步拓宽 CAS 检测的应用范围,如研究颈动脉粥样硬化诸指标与中医病证诊断、辨证的关系,

探讨其作为指导用药及预后判断参考指标的价值。

在治疗方面,西药具有抑制、延缓 AS 形成、稳定斑块的良好前景,但临床应用有一定的毒副作用。中药与西药相比具有一定优势:(1)毒副作用相对较少,适于长期服用;(2)一个药物可作用于多个病理环节;(3)在改善临床主症的同时,改善伴随症状。从而发挥中医药复方全面调节机体机能的作用和多途径、多环节、多靶点干预的优势。此外,临床研究上,中医药稳定斑块应有足够的样本数和较长的干预时间,注意合理设计、选择代表斑块稳定性的有效指标,重视以心脑血管事件和临床终点事件作为关键的评价指标;基础研究则应加强从分子水平探讨中医药干预易损斑块的作用机制,为中医药确定新的治疗靶向和有效防治 AS 提供理论与试验依据。

参考文献

- 1 动脉粥样硬化病理普查协作组. 7159 例冠状动脉和 2014 例主动脉粥样硬化病理普查总结,中华病理学杂志,1983,12(2):81~85.
- 2 Rothwell PM, Warlow CP. Low risk of ischemic stroke patients with reduced internal carotid artery lumen diameter distal to severe symptomatic carotid stenosis: cerebral protection due to low poststenotic flow? On behalf of the European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Stroke, 2000, 31(3):622~630.
- 3 Libby P. Molecular bases of the acute coronary syndromes. Circulation, 1995, 91(11):2814~2850.
- 4 卫华. 颈动脉粥样硬化与冠状动脉及主动脉粥样硬化的一致性. 国外医学脑血管疾病分册, 1998, 6(5):277~280.
- 5 Libby P. Inflammation in atherosclerosis. Nature, 2002, 410(6917):868~871.
- 6 Shah PK. Plaque disruption and thrombosis. Potential role of inflammation and infection. Cardiol Clin, 1999, 17(2):270~281.
- 7 Morishige K, Shimokawa H, Matsumoto Y, et al. Overexpression of matrix metalloproteinase-9 promotes intravascular thrombus formation in porcine coronary arteries in vivo. Cardiovasc Res, 2003, 57(2):572~585.
- 8 苏静怡, 李敏, 苏香坦. 心脏从基础到临床. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1999:475~492.
- 9 于俊生, 王晚琳. 痰瘀毒相关论. 山东中医杂志, 2000, 19(6):323~325.
- 10 方永奇, 何玉萍. 心脑血管病痰证病人液体免疫和自由基损伤观察. 见:中医痰病研究与临床. 北京:中国中医药出版社, 1998:82~84.
- 11 周殿青, 宋剑南, 吕爱平, 等. 中医不同治法对实验性高脂血症兔主动脉内膜脂质斑形成的影响. 中医杂志, 1996, 37(3):171~175.
- 12 马晓昌, 井太英, 陈可冀, 等. 冠心病中医辨证分型与冠状动脉造影所见相关性比较研究. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(9):651~656.
- 13 史大卓, 马晓昌, 高修安. 活血化瘀方药防治动脉粥样硬化概况. 中医杂志, 1995, 36(7):433~435.
- 14 宁晓喧, 孙世仁. 感染、炎症与动脉粥样硬化. 国外医学老年医学分册, 2000, 21(1):173~175.
- 15 Ohyama H, Mizushige K, Fakahashi F, et al. Plaque rupture on the carotid artery observed by Doppler ultrasonography—a case report. Angiology, 2001, 52(12):867~869.
- 16 吴辉, 洪水敦, 吴伟, 等. 冠心病痰热证候与炎症因子相关性探讨. 辽宁中医杂志, 2001, 31(7):542~543.
- 17 李红, 周谋. 中药对黏附因子表达调节的研究. 中医药学报, 2002, 30(1):27~29.

- 18 王姗姗, 张义高. 核因子 κ B与动脉粥样硬化及其中医药干预研究. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(1): 14~16.
- 19 王朋, 张颖, 范亚明, 等. 水蛭、丹参对实验性动脉粥样硬化及纤溶系统的影响. 心血管病杂志, 1996, 13(1): 52~55.
- 20 陶波, 李晓宇. 蒲黄对动脉粥样硬化血管内皮损伤影响的实验研究. 中西医结合心脑血管病杂志, 2004, 2(1): 222~223.
- 21 黄红林, 尹卫东, 廖端芳, 等. 绞股蓝总皂甙对兔实验性动脉粥样硬化斑块形成的影响. 中国动脉粥样硬化杂志, 1998, 6(1): 287~287.
- 22 吴卫平, 田培根, 张小澍, 等. 丹参和钙通道拮抗剂抗LDL氧化作用的对比研究. 北京医学, 1995, 17(3): 133~135.
- 23 陈临溪, 王蓉蓉, 黄红林, 等. 银杏叶提取物对饲高胆固醇兔动脉粥样硬化和低密度脂蛋白体外氧化的作用. 心肺血管病杂志, 2001, 20(1): 46~49.
- 24 徐积度. 冠心病心绞痛治疗和进展. 现代诊断与治疗, 1997, 8(1): 1~3.
- 25 曾正陪, 陈献明, 潘家琦, 等. 川芎嗪对家兔血浆内皮素含量的影响. 中国医学科学院学报, 1996, 18(1): 76.
- 26 王晓明, 吴岩, 李亚珍. 水蛭注射液对大鼠血小板聚集和血栓形成的影响. 中成药, 1998, 20(4): 27.
- 27 王宏伟, 赵月华, 向世勤. 穿心莲成分APC10131对AS家兔血清一氧化氮血清内皮素和脂质过氧化物的影响. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(9): 547~549.
- 28 张涛, 杜兰萍, 崔萍, 等. 水蛭和丹参对血管成形术后平滑肌细胞增殖影响的实验研究. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(3): 159~161.
- 29 张九方, 仲肇舒. 抗氧化中药防治AS的临床观察. 实用老年医学, 1995, 9(3): 115~116.
- 30 曹铁生, 段云友, 杨炳昂. 超声血管成像是观察药物治疗动脉硬化斑块中的应用. 中国超声医学杂志, 1999, 15(6): 457~459.
- 31 陈美华, 赵红佳, 林求诚, 等. 畅脉乐胶囊消退动脉粥样硬化斑块的疗效观察. 福建医药杂志, 2001, 23(5): 1~3.
- 32 陈文坦. 软脉冲剂治疗颈AS斑块20例临床分析. 江苏中医, 2000, 1(1): 10~11.
- 33 吴圣贤, 吴雪莲, 黄政鑫. 解毒软脉方抗动脉粥样硬化17例初步临床观察. 福建中医药, 2000, 31(5): 8~10.
- 34 贾连旺, 杜永远. 麝香保心丸对颈动脉粥样硬化的治疗作用. 中成药, 2004, 26(增刊): 36~39.

自拟三参肺心汤治疗肺心病急性发作23例

刘建新*

笔者对18例肺心病呼吸衰竭患者除常规用西药外, 运用自拟三参肺心汤治疗, 获得较好疗效, 现分析如下。

1 临床资料

本组病例均为住院患者, 随机分为2组, 治疗组与对照组在性别、年龄病情程度方面无明显统计学差异($P>0.05$), 具有可比性。临床确诊为肺心病呼吸衰竭(参照1980年全国第三次肺心病会议诊断标准)。

治疗组23例, 男12例, 女11例, 年龄为(55.4±6.1)岁, 病程(20±5.6)年, 其中慢性支气管炎15例、支气管扩张3例、肺结核2例、支气管哮喘2例、脊柱侧弯1例, 呼吸衰竭轻度6例、中度13例、重度1例。对照组25例, 男15例, 女10例, 年龄(57.3±6.6)岁, 病程(21±5.9)年。其中慢性支气管炎18例、支气管扩张2例、支气管哮喘3例、尘肺2例, 呼吸衰竭轻度7例、中度15例、重度3例。

主要症状与体征: 主要表现为咳嗽、胸闷、心悸、气急、紫绀、诱因以感冒多见。体征常见舌质瘀紫, 面色及四肢末端紫绀, 桶状胸, 双肺过清音, 呼吸音减弱, 肺部干湿啰音以及心音遥远、P₂亢进, 肝大、颈静脉怒张, X线肺纹理增粗(88.6%), 肺气肿(92.1%), 心电图肺性P波(66.13%), 电轴右偏(80%), 右室肥厚(89.13%)。

2 治疗方法

治疗组予自拟三参肺心汤: 红参5g, 沙参、丹参、桃仁、当归、降香、紫苏子、全瓜蒌各10g, 茯苓20g。气虚甚者加黄芪, 阴虚加生地、麦冬; 痰浊壅盛者加半夏、厚朴; 若痰浊蕴久发热, 加黄芩、鱼腥草; 气滞者加枳壳、陈皮。西药采用强心、利尿、抗感染、低盐饮食、扩张血管等常规治疗。对照组单用西药, 剂量、用法与治疗组相同。

详细记录治疗前后呼吸次数、节奏、深度、肺部啰音的情况。在治疗前3天及治疗后第7天取患者动脉血测定氧分压(PaO₂)及二氧化碳分压(PaCO₂)。两组均7天为1个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 治疗后3天内, 呼吸衰竭纠正为显效, 7天内病情改善同上者为有效; 病性无变化或恶化者为无效。

3.2 治疗结果: 治疗组23例中, 显效8例, 有效13例, 无效2例。总有效率91.3%。对照组25例, 显效6例, 有效11例, 无效8例, 总有效率68%。两组比较, 治疗组疗效优于对照组, 差异有显著性($P<0.05$), 治疗组治疗前PaCO₂均值为11.20kPa, 治疗后为8.12kPa; 对照组分别为11.31kPa和10.74kPa。治疗组治疗前PaO₂均值为8.26kPa, 治疗后为11.13kPa; 对照组分别为8.07kPa和9.12kPa。两组比较, 差异有显著性($P<0.05$), 治疗组疗效优于对照组。

1 讨论

肺心病属中医学“肺胀”范畴, 肺心病患者常出现面色紫暗, 爪甲青紫, 舌质有瘀斑, 脉涩结代等症状, 主要为痰瘀交结, 脉络阻滞所致。运用三参肺心汤, 其组方原则: 以活血化瘀药为主, 方中以红参补益心气, 当归、丹参、桃仁其活血祛瘀之品, 全瓜蒌、降香、苏子化痰降气利膈, 痰瘀同治, 沙参润肺、茯苓健脾利湿, 杜绝生痰之源。全方起到了扶正祛邪, 清热解毒, 通利血脉, 调理气机之作用。笔者认为, 慢性支气管炎发展为肺心病过程中是由肺及脾至肾, 累及心的传变过程, 瘀血阻滞既是肺心病病理发展变化的产物, 也是肺心病的一个重要因素。心脉瘀阻, 血行不畅, 可影响肺之气机交换。其病因病机虽很复杂, 但气虚血瘀是其关键。若以益气活血为主, 兼施他法, 则能执简驭繁, 而收事半功倍之效。以自拟三参肺心汤一方为主加减治疗, 并结合西医“强心利尿抗感染, 低盐休息扩血管”治疗, 在临床上取得较好的效果。

* 浙江省湖州市中医院, 湖州市市区南街82号(313000)

收稿日期: 2005-05-17