

葶苈小复方对肺心病肺动脉高压患者血流动力学的影响^{*}

★ 方志坚 (广州中医药大学第二临床医学院急诊科 广州 510120)

★ 熊旭东 (上海中医药大学附属曙光医院急诊科 上海 200021)

摘要:目的:观察葶苈小复方对肺心病肺动脉高压患者血流动力学的影响。方法:将 39 例患者随机分为两组,治疗组采用葶苈小复方治疗,对照组采用络活喜治疗,观察疗效,并进行治疗前后肺阻抗血流图测定。结果:两组疗效相似,差异无显著性($P > 0.05$)。治疗组明显延长 B-Y 间期,增加 HS,减缓 HR,降低 mPAP,与对照组比较无显著差异($P > 0.05$)。结论:中药葶苈小复方可改善心功能,降低肺动脉压力。

关键词:葶苈小复方;肺心病肺动脉高压;血流动力学

中图分类号:R 541.5 **文献标识码:**A

1 临床资料

全部患者均为 2001~2002 年上海曙光医院急诊留观病人。全部入选病例均符合 1980 年全国第二次肺心病专业会议修订的诊断标准^[1]。排除原发性肺动脉高压、先天性肺动脉高压、高原性肺动脉高压等及其他心脏病所致的肺动脉高压。剔除在临床试验过程中出现严重的并发症或严重的不良反应的患者。符合以上标准的 39 病例,随机分为两

组。中药治疗组 21 例,男 17 例,女 4 例;年龄 67~85 岁,平均 (77.71 ± 5.68) 岁;慢性支气管炎病程 13~35 年,平均 (21.90 ± 6.07) 年;慢性肺原性心脏病 4~21 年,平均 (10.81 ± 4.23) 年。西药对照组 18 例,男 13 例,女 5 例;年龄 61~85 岁,平均 (76.89 ± 3.16) 岁;慢性支气管炎病程 10~30 年,平均 (20.28 ± 3.11) 年;慢性肺原性心脏病 4~17 年,平均 (9.83 ± 2.88) 年。两组病人资料比较,无统计学意义(P

^{*} 上海市科学技术发展基金资助项目(98A201)。

早衰也就是卵巢衰退过程中以卵巢应答能力减退,卵巢上 FSH 受体减少或不敏感,造成卵泡的发育不良,使雌激素分泌减少,性轴处于垂体兴奋状态,FSH、LH 分泌旺盛^[4]。本文检出闭经 1 年以上的 5 例患者,MI 高度低落,FSH、LH 异常升高,E₂ 极度降低。100 例卵巢早衰血清 FSH、LH、E₂ 与有正常月经周期的同龄女性血清 FSH、LH、E₂ 相比,有显著差异。由此推测临床上出现闭经及伴随其他不能解释的潮热、多汗等症状。应进行内分泌女性激素测定及有关检查,如阴道涂片等,有条件者应行骨密度测定、卵巢活检^[5]、阴道彩色多普勒检查^[6],这均有助于卵巢早衰的早期诊断。

卵巢早衰亦是卵巢功能减退,同时又伴有潮热、心悸、失眠、烦躁、多梦等围绝经期所出现的一系列症状。由于卵巢早衰为 40 岁以前妇女,故以继发闭

经为主要表现,而植物神经功能紊乱等症状较轻。但对生育期妇女,在继发闭经的基础上伴有潮热等症状,(除其他疾病)应考虑卵巢早衰所致。

参考文献

- [1] Lam T, Schulz Iomeyri, Obruca A, et al. Premature ovarian failure: etiology and prospects[J]. Gynecol Endocrinol, 2000 Aug, 14: 292
- [2] 杨业洲, 谢兰, 谢平, 等. 卵巢早衰的病因学研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2001, 17(6): 328
- [3] 马润玫, 马润璋. 卵巢早衰[J]. 国外妇产科分册, 1997(24): 72
- [4] 冯玉昆, 李白弯, 孙跃平, 等. 卵巢功能早衰的诊断和初步探讨[J]. 云南医药, 1999, 20, 39
- [5] Gonway Gs. Premature ovarian failure[J]. Br Med Bull, 2000, 56 (3): 643
- [6] Anasti JN. Premature ovarian failure: an update[J]. Fertil steril, 1998, 70(1): 1

(收稿日期: 2004-08-11)

>0.05)。

2 方法

2.1 治疗方法 中药治疗组选用葶苈小复方(由葶苈子 30 g、川芎 15 g、前胡 10 g 组成)。上药煎汤每日 1 剂,日 2 服,连服 14 天。西药对照组选用钙拮抗剂络活喜 5 mg 口服,每日 1 次,连服 14 天^[2]。试验期间两组均不用强心剂、其他扩血管剂、利尿剂和呼吸兴奋剂等,其他对症处理,两组相同,如抗感染、止咳化痰、缓解支气管痉挛、持续低流量吸氧、纠正酸碱和电解质失衡及营养支持等,严格控制两组用药,使其具有可比性。

2.2 临床观察与检测方法 (1)观察临床症状及体征改善情况;(2)采用武汉同济医科大学 EK-V1 肺

阻抗测定仪进行肺阻抗血流图^[3,4]的测定,治疗前、后各测定一次。

2.3 统计学处理 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验;计数资料用卡方检验,等级资料用 Ridit 分析统计。

3 结果

参照 1980 年全国第二次肺心病专业会议制订的标准进行疗效判断。

3.1 两组疗效比较 见表 1。

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)	显效率(%)
中药组	21	14	4	3	85.70	66.70
西药组	18	9	6	3	83.33	50

3.2 肺阻抗血流图的变化 见表 2、表 3。

表 2 两组治疗前后肺阻抗血流图有关参数变化

组别	<i>n</i>	Q-B 间期	B-Y 间期	HS/s	HR/次·min ⁻¹	Q-BI	B-YI	Q-B/B-Y	mPAP/mmHg	
中药组	治疗前	19	0.16±0.07	0.28±0.13	0.09±0.08	93.20±24.46	0.25±0.12	0.42±0.20	0.66±0.34	30.16±5.7
	治疗后	19	0.16±0.09	0.32±0.12▲	0.13±0.07▲	81.13±18.32▲	0.23±0.11	0.44±0.16	0.55±0.29	25.02±7.34▲▲
西药组	治疗前	15	0.13±0.03	0.23±0.08	0.10±0.03	98.16±18.13	0.22±0.05	0.38±0.11	0.61±0.20	27.77±5.52
	治疗后	15	0.14±0.04	0.27±0.09▲	0.12±0.05▲	87.25±15.42▲	0.20±0.07	0.38±0.08	0.57±0.37	24.05±11.42

注:与治疗前比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$ 。

表 3 两组治疗前后 mPAP 分析 例

	mPAP>21 mmHg	mPAP≤21 mmHg	χ^2	P 值
中药组	治疗前 18	1	8.686	<0.005
	治疗后 10	9		
西药组	治疗前 14	1	6.735	<0.025
	治疗后 8	7		

注:根据肺阻抗血流图,以 mPAP>21 mmHg 为肺动脉高压判定标准^[3]。

从上表可知,两组治疗后 B-Y 间期延长,HS 增加,HR 下降,与治疗前比较均有统计学意义,中药组明显降低平均肺动脉压(mPAP),而西药组无统计学意义。两组治疗后组间相比没有统计学意义。而对两组 mPAP 治疗前后用卡方检验分析,结果两组治疗前后比较,治疗后较治疗前均能明显下降肺动脉高压患者的百分率,有显著性差异。

4 讨论

慢性肺原性心脏病在我国较为常见。目前尚无特效药物可阻止其发生发展。肺动脉高压是肺心病发生发展的病理生理学基础。

在血液动力学方面,肺动脉高压的诊断金标准是采用右心导管直接测定肺动脉压。但它是一种有创的检查,有一些禁忌症和并发症,费用也较为昂贵,许多病人难以接受。肺阻抗血流图是一种无创的比较准确的诊断方法,20 世纪 70 年代末开始在我国广泛使用,与右心导管检查有着良好的相关性^[4,5]。B-Y 间期为心室射血期,延长表明右心后

负荷降低,即肺动脉压力降低,或心肌收缩有力。这就使得射血时间延长,每搏输出量增加。HS 为右心收缩期两电极之间肺循环的血容量充盈度,增高表明肺循环外周阻力减小,右心能充分充盈,提高每搏输出量。我们通过肺阻抗血流图的测定,结果显示葶苈小复方能明显降低 mPAP,使 B-Y 间期延长,HS 增高,且对心率有一定的负性作用。西药对照组也可明显降低平均肺动脉压力,这与文献报道相同^[2]。由于部分病人不能配合肺阻抗血流图的测定,造成了两组实际观察例数的减少。本观察表明中药葶苈小复方能降低心率,改善右心功能,促进心脏泵功能,从而降低肺动脉压力。其作用机理有待进一步研究。

参考文献

- [1]戴瑞鸿.内科疾病诊断标准[M].上海:上海科技教育出版社,1991.197
- [2]易学宏,苏冬林,亢伟,等.络活喜降低慢性肺心病肺动脉高压的临床探讨[J].沈阳医学院学报,1999(4):23
- [3]朱卫华,李伯坝,徐启勇,等.黄芪注射液对肺原性心脏病急性发作期患者血流动力学和血液流变学的影响[J].中西医结合实用临床急救,1997,4(10):433
- [4]鲁昌珍.肺循环电阻抗学与心脏病的鉴别诊断[M].武汉:湖北科学技术出版社,1995.116
- [5]王迪得.肺阻抗血流图与肺血液动力学的关系[J].中华结核和呼吸杂志,1983,6(3):162

(收稿日期:2004-09-17)