

上,张景岳也强调了“治其气、补其精、兼补气血”等方法,提出以四君子汤、归脾汤、补中益气汤、左归丸、右归丸、大补元煎、十全大补汤等方“酌宜用之”。

本次参与研究的患者辨证均符合气虚痰阻证,因脾胃虚弱、痰湿内阻、上扰清空所致。本研究以六君子汤加减组方,方中党参、茯苓、白术健脾益气、利水渗湿;陈皮行气化滞、醒脾助运;半夏和胃降逆、燥湿化痰;酌加车前子清热化痰、利水明目;山楂化痰通络、消食散结;丹参、川芎活血通络、清心除烦;甘草调和和中。诸药合用共凑健脾益气、祛湿化痰、理气通络之功,使脾胃运化功能恢复正常,痰湿得去,清阳得升,眩晕、头痛诸证自去。现代临床药理研究表明,党参能通过扩张外周血管来降低血压^[6];陈皮可拮抗肾上腺素引起的血管收缩,有降压作用;茯苓有利尿降压作用^[7];丹参具有扩张血管、降低血压、抗动脉粥样硬化、保护心肌、抗血栓、改善微循环、降脂的作用;车前子有显著的利尿作用,同时能使血压下降,有降血脂、抗血小板凝聚等作用^[8]。

苯磺酸氨氯地平是钙拮抗剂类降压药,主要通过阻断血管平滑肌细胞上的钙离子通道发挥扩张血管、降低血压的作用,尤其适用于老年高血压、单纯收缩期高血压患者^[9],在老年高血压患者中应用广泛。从临床观察结果看,采用苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压,患者收缩压、脉压与治疗前

相比均有下降,血压控制也有较好的效果。但随着收缩压的下降,舒张压也随之下降。在控制收缩压、降低脉压,以及维持稳定的舒张压,特别是临床症状的改善上,均不如中西医结合疗法即六君子汤加减联合苯磺酸氨氯地平治疗理想。本研究结果显示,中西医结合治疗老年单纯收缩期高血压对收缩压的控制更理想,患者脉压明显改善,且对舒张压无显著影响,更有利于靶器官的保护及减少心血管事件的发生,特别在临床症状的改善上有明显优势。

参考文献

- [1]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[J].中华心血管杂志,2011,19(8):701-742
- [2]许丹,魏玮,田海军.普伐他汀治疗老年单纯收缩期高血压的疗效与安全性[J].实用医学杂志,2012,28(16):2778-2780
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.73-77
- [4]杨卫东.脉压增大对高血压心血管事件预测的临床作用分析[J].中国实验诊断学,2014,18(10):1691-1692
- [5]李倩,冯端浩,李国栋,等.老年人用药风险分析[J].中国医院用药评价与分析,2012,12(2):175-179
- [6]申晓芳,金华,黄芪,党参药理归经作用和临床应用[J].实用中医内科杂志,2012,26(7):75,77
- [7]李庆,唐武.加味温胆汤治疗原发性高血压临床观察[J].新中医,2014,46(2):42-43
- [8]魏冲,钱海凌,龚超奇.活血化痰利水法联合西药治疗老年单纯收缩期高血压病 48 例[J].广西中医药,2009,32(6):33-34

(收稿日期:2017-06-19)

血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗 PTE 的效果分析

张磊峰

(河南省兰考市第一医院普内科 兰考 475300)

摘要:目的:探讨血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞症(PTE)的临床疗效。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 86 例急性 PTE 患者作为研究对象,随机分为西医组与中西医结合组各 43 例。两组均给予对症治疗,西医组加用阿替普酶,中西医结合组则给予血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶,比较两组的治疗效果、心率、呼吸频率、血气分析(PCO₂和 PaO₂)指标和不良反应发生率。结果:治疗后中西医结合组的治疗总有效率明显高于西医组,差异有统计学意义, P<0.05;两组患者的心率、呼吸、PaO₂和 PCO₂等指标均明显改善,且中西医结合组的改善程度明显优于西医组,差异有统计学意义, P<0.05;两组的不良反应发生率比较,差异无统计学意义, P>0.05。结论:血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞可有效提升临床疗效,改善患者临床的症状。

关键词:肺血栓栓塞症;阿替普酶;血府逐瘀汤;临床疗效

中图分类号:R563.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.007

肺血栓栓塞症(Pulmonary Thromboembolism, PTE)是因血栓阻塞肺动脉(或肺动脉分支)所诱发的一组病理生理综合症,表现为呼吸功能和循环功能障碍,发病凶险,危害性大,病情急,发展快,误诊率和死亡率高^[1]。阿替普酶是临床常用血栓溶解药,适用于 PTE,但有临床研究证实,单用西药治疗效果欠佳,部分患者用药后会出现血管再闭塞现象^[2]。

因此,本院选取 86 例急性 PTE 患者作为研究对象,分析了血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞症的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 86 例急性 PTE 患者作为研究对象,随机分为西医组与中西医结合组各 43 例。西医组中女

20 例,男 23 例,年龄 31~56 岁,平均年龄(41.91±6.73)岁;中西医结合组中女 18 例,男 25 例,年龄 28~57 岁,平均年龄(42.18±6.56)岁。两组患者均主诉有不同程度的呼吸困难、气短、胸闷等症状,两组的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入选标准 符合《肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)》^[3]中的诊断标准者;结合临床症状、MRI 和 X 光胸片确诊者;发病后 24 h 内入院者;签署知情同意书者。

1.3 排除标准 合并胸膜炎、外伤或冠心病者;既往有精神病史者;有沟通障碍者;伴呼吸功能衰竭者;肝、心、肾等重要脏器严重损害者;中途退出者。

1.4 治疗方法

1.4.1 常规治疗 两组均给予常规对症处理,包括严密监测生命征、镇静、缓解胸痛、吸氧、预防和控制感染等。

1.4.2 西医组 在常规治疗的基础上,给予阿替普酶(国药准字 S20110051)治疗。将阿替普酶 100 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 500 ml 中静脉滴注,前 2 min 内需注入本药 10 mg,随后 60 min 内滴入 50 mg,剩余 40 mg 于 2 h 内滴注完毕,1 次/d。用药期间密切观察患者的出血情况。治疗 4 周。

1.4.3 中西医结合组 给予血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗。阿替普酶的用法用量同西医组;血府逐瘀汤组方:甘草 6 g、川芎 10 g、红花 10 g、柴胡 10 g、牛膝 10 g、当归 10 g、桃仁 10 g、赤芍 10 g、枳壳 6 g、桔梗 10 g、生地黄 10 g。痰瘀互结型加用茯苓、陈皮、法半夏各 10 g;血淤胸府型加没药、乳香各 10g;水饮凌心型加用党参、茯苓、白术各 10 g。1 剂/d,水煎至 300 ml,于早、晚分 2 次口服。治疗 4 周。

1.5 观察指标 (1)治疗效果评价参照《急性肺血栓栓塞症诊断治疗中国专家共识》^[4]制定,显效:胸闷、呼吸困难等症状消失,经 CT 肺动脉造影显示血栓基本消失;有效:临床症状减轻,影像学检查显示栓塞面积缩小 $\geq 50\%$;无效:临床症状与栓塞面积均无明显变化。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)记录患者的心率、呼吸频率及血气分析指标,其中血气分析包括二氧化碳分压(PCO₂)和动脉血氧分压(PaO₂),采用 GEM Premier 4000 型全自动血气分析仪(Instrumentation Laboratory Co.)检测。(3)观察患者不良反应情况。

1.6 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件对研究数据进行处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料

以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 中西医结合组的治疗总有效率明显高于西医组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较

| 组别 | n | 显效(例) | 有效(例) | 无效(例) | 总有效率(%) |
|----------|----|-------|-------|-------|--------------|
| 中西医结合组 | 43 | 22 | 19 | 2 | 95.35(41/43) |
| 西医组 | 43 | 16 | 18 | 9 | 79.07(34/43) |
| χ^2 | | | | | 5.108 |
| P | | | | | 0.024 |

2.2 两组患者的呼吸频率、心率和血气分析指标比较 治疗前两组患者的各项指标相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后两组患者的心率、呼吸、PaO₂ 和 PCO₂ 等指标均明显改善,且中西医结合组的改善程度明显优于西医组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者的呼吸频率、心率和血气分析指标比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | 心率(次/min) | 呼吸(次/min) | PCO ₂ (mm Hg) | PaO ₂ (mm Hg) |
|--------|-----|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 中西医结合组 | 治疗前 | 91.54±4.04 | 25.91±7.15 | 49.86±7.42 | 70.04±11.28 |
| | 治疗后 | 70.69±2.16 [#] | 16.18±2.16 [#] | 34.53±6.64 [#] | 91.54±4.49 [#] |
| 西医组 | 治疗前 | 91.68±3.97 | 26.04±7.08 | 50.06±7.04 | 70.15±10.86 |
| | 治疗后 | 82.62±2.67 [*] | 20.92±3.76 [*] | 39.50±6.73 [*] | 85.64±3.92 [*] |

注:与同组治疗前相比较,^{*} $P<0.05$;与西医组相比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应发生情况比较 中西医结合组出现胃肠道反应 2 例,皮疹 1 例,不良反应发生率为 6.98%;西医组出现胃肠道反应 2 例,不良反应发生率为 4.65%;两组不良反应发生率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

3 讨论

中医认为,急性肺血栓栓塞症属“喘证、咯血、心悸、胸痹”等范畴,该病的发生与创伤、情志不畅、饮食和体弱等因素相关,临床多表现为虚实夹杂,虚证多为心脉失养、肝脾肾亏,实证多为血瘀、气滞、痰阻,血淤阻络是主要的病理机制,治疗以祛瘀通络为主。血府逐瘀汤中,川芎可祛风止痛、活血祛瘀;红花有活血散瘀、通经止痛的功效;柴胡可散火、疏肝利胆;牛膝可祛风活血;当归可止痛、活血、补血;桃仁可祛瘀、散结;赤芍可活血化瘀、清热凉血;枳壳可消积、行痰;桔梗可祛痰、止咳、宣肺;生地黄可生津滋阴、清热解毒;甘草调和诸药。诸药合用,随症加减,能充分发挥活血祛瘀、补血通络的作用^[5]。

本研究结果显示,治疗后中西医结合组的治疗总有效率明显高于西医组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组患者的心率、呼吸、PaO₂ 和 PCO₂ 等指标

均明显改善,且中西医结合组的改善程度明显优于西药组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 两组的不良反应发生率相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。综上所述,血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞可有效提升临床疗效,改善患者临床症状。

参考文献

[1]陈希胜,崔丽平,牛志伟,等.急性肺血栓栓塞症 94 例临床分析[J].中

国医刊,2016,51(4):58-61

[2]米玉红.急性肺血栓栓塞症的诊断与治疗规范及面临的问题[J].中国急救医学,2017,37(1):17-22

[3]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].中国临床医生杂志,2002,30(4):259-264

[4]中华医学会心血管病学分会肺血管病学组.急性肺血栓栓塞症诊断治疗中国专家共识[J].中华内科杂志,2010,49(1):74-81

[5]李君玲,张秋梅,蔡立侠.血府逐瘀汤联合丹参粉针治疗急性肺动脉栓塞 20 例报道[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(11):1399-1400

(收稿日期:2017-06-01)

中药配合硫酸镁在肠镜检查中肠道清洁效果分析

张伦敬

(福建省南平市建阳第一医院 南平 354200)

摘要:目的:探讨肠镜检查中肠道清洗方法及中药与肠道清洁度的关系。方法:分析 2014 年 8 月~2016 年 4 月我院 750 例接受肠镜检查患者,随机分为两组,分别口服硫酸镁或硫酸镁加中药进行肠道清洗,观察记录肠道清洁度情况,结合 Aronchick 量表进行评分。结果:中西药组肠道清洁度优良率明显高于西药组, $P < 0.05$ 。结论:硫酸镁加中药口服肠道清洗能达到更理想的肠道清洁度,获得更高质量肠镜检查效果。

关键词:肠镜检查;肠道清洗;肠道清洁度;麻子仁汤;增液承气汤

中图分类号:R574.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.008

电子肠镜检查已广泛开展多年,能直观的诊断肠道息肉、肠道腺瘤、炎症性肠病以及结直肠恶性肿瘤等疾病,同时可以进行肠镜下息肉切除、内镜下黏膜切除术(EMR)、内镜黏膜下剥离术(ESD)等微创治疗。良好的肠道准备是获得高质量肠镜检查效果的前提,提高肠道准备的质量对于肠镜检查和治疗十分重要,理想的肠道清洁度可提高回盲部插镜成功率和结直肠病变检出率,降低结肠镜操作难度,减少肠镜操作时间,减少并发症和医疗费用。肠道准备主要包括饮食准备和服药两部分。肠镜检查洗肠药物目前主要有聚乙二醇电解质散剂、磷酸钠盐、拉克替醇、硫酸镁、甘露醇、中药配方等。目前常用的肠道准备评分标准有 Aronchick 评分体系^[1]、Ottawa 评分体系^[2]、Boston 评分体系^[3],其中 Aronchick 评分体系是最早用于临床的、简单方便的评分标准。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集我院 2014 年 8 月~2016 年 4 月接受肠镜检查的住院和门诊患者 750 例,按照随机数字表法分为西药组和中西药组。两组在年龄、性别、是否有腹部手术史方面经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 男(例) | 女(例) | 年龄(岁) | 腹部手术史(例) | |
|------|-----|------|------|-------------|----------|-----|
| | | | | | 是 | 否 |
| 西药组 | 378 | 198 | 180 | 47.28±10.01 | 91 | 287 |
| 中西药组 | 372 | 192 | 180 | 51.74±11.30 | 90 | 282 |

1.2 纳入标准 年龄 17~95 岁;无临床症状而要求进行肠镜体检者;有临床症状包括腹痛、腹泻、腹胀、便秘、脓血便、便血、腹部包块等。

1.3 排除标准 无能力签署知情同意书者;有结直肠手术史者;存在已知的或可能的肠梗阻或肠穿孔者;严重的肾功能衰竭、心功能衰竭者;严重的高血压(收缩压大于 170 mm Hg,舒张压大于 100 mm Hg)患者;严重的电解质紊乱者^[4]。

1.4 中医辨证分型 中医辨证属肠胃燥热、脾津不足者,症见大便秘结,小便频数,舌苔微黄,脉浮涩相搏;中医辨证属肠胃气滞者,症见欲便不得出或便而不畅,胸胁痞满,噫气频作,腹胀痛,舌苔腻,脉弦;中医辨证属热结阴亏者,症见脘腹胀满,口干唇燥,舌红苔黄,脉细数;中医辨证属气虚便秘者,症见临厕努挣乏力,便难排出,汗出气短,便后乏力,大便并不干结,舌淡嫩,苔薄,脉弱;中医辨证属血虚者,症见面色无华,头晕目眩,心悸,唇舌淡,脉细;中医辨证属阳虚者,症见大便坚涩,小便清长,面色㿔白,四肢不温,腹中冷痛,舌淡苔白,脉沉迟。

1.5 检查方法 肠镜检查由我院内镜中心 3 名高年资内镜医师操作。采用肠镜型号为富士能肠镜 2200。所有患者预约时均接受常规的肠道准备指导,详尽告知患者肠道准备的具体流程,准备过程中可能出现的不良反应及处理方法。肠镜检查均安排在周一至周五下午 14:30~18:00 进行,检查前 1 d 三餐