

加味当归补血汤对肾虚血瘀型 IgA 肾病的疗效与对免疫功能的影响

刘可先¹ 张可训² 李 红¹ 樊 平³

(1 陕西中医肝病医院肾病科, 西安, 710016; 2 陕西三原县医院中医科, 咸阳, 713800; 3 陕西省中医医院肾病科, 西安, 710003)

摘要 目的: 观察加味当归补血汤治疗肾虚血瘀性 IgA 肾病的临床疗效及对患者免疫系统的影响, 分析其预后并探讨其相关机制。方法: 选取 2010 年 1 月至 2012 年 1 月陕西中医肝病医院肾内科门诊及住院的肾虚血瘀型 IgA 肾病患者 126 例。按照随机数表法将患者分别纳入对照组和观察组, 各 63 例, 对照组在基础治疗上使用科素亚 50 mg/d, 观察组在对照组基础上加以口服汤剂加味当归补血汤。分别检测治疗前后患者 24 h 尿蛋白量、尿红细胞计数及血肌酐、血清 IgA 及 T 淋巴细胞亚群 CD4⁺/CD8⁺ 值, 同时进行肾穿刺活检, 评估肾小球病变病理评分, 比较 2 组临床疗效及预后。结果: 经治疗后, 2 组 24 h 尿蛋白定量、尿红细胞计数、血肌酐较治疗前明显降低 ($P < 0.05$), 2 组 CD4⁺/CD8⁺、血清 IgA 值均降低 ($P < 0.05$), 且观察组优于对照组 ($P < 0.05$), 2 组临床疗效进行比较, 观察组总有效率 (93.44%) 优于对照组 (83.33%) ($P < 0.05$)。随访后, 2 组预后分析中 1 年肾存活率差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 3 年、5 年肾存活率观察组明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 加味当归补血汤可以增加治疗肾虚血瘀型 IgA 肾病患者的临床效果, 提高 IgA 肾病患者的免疫功能, 提高生存率, 改善预后。

关键词 加味当归补血汤; 肾虚血瘀型; IgA 肾病; 免疫系统; 预后分析

Effects of Jiaweidangguibuxue Decoction on Kidney Deficiency and Blood Stasis Type IgA Nephropathy and its Effects on Immune System

Liu Kexian¹, Zhang Kexun², Li Hong¹, Fan Ping³

(1 Department of Nephrology, Shaanxi Nephrology Kidney Disease Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xi'an 710016, China; 2 Department of traditional Chinese medicine, Sanyuan Hospital, Shaanxi, Xianyang 713800, China; 3 Department of Nephrology, Shaanxi Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xi'an 710003, China)

Abstract **Objective:** To observe the clinical effect of Jiaweidangguibuxue Decoction for treating kidney deficiency and blood stasis of IgA nephropathy and its influence on the immune system of patients, and to analyze the prognosis and discuss the related mechanism. **Methods:** A total of 126 patients with kidney deficiency and blood stasis type IgA nephropathy in our hospital from January 2010 to January 2012 were randomly selected. The patients were divided into the control group and the treatment group according to random number table method. The control group was treated with losartan 50 mg qd on the basis of basic treatment. The treatment group was treated with Jiaweidangguibuxue Decoction on the basis of the control group. 24 hours urine protein, urine red blood cell, serum IgA and T lymphocyte subgroup CD4⁺/CD8⁺ value were detected before and after treatment respectively. And renal biopsy was performed. The glomerular pathological scores were evaluated. The numerical statistical difference was compared, and the clinical curative effect and prognosis of two groups was analyzed. **Results:** After treatment, 24 hours urine protein, urine red blood cell count, serum creatinine of two groups after treatment were significantly lower than that before treatment ($P < 0.05$). CD4⁺/CD8⁺ and serum IgA value of two groups were decreased ($P < 0.05$), and the treatment group was better than the control group ($P < 0.05$). The clinical efficacy of the two groups was compared. The total effective rate (93.44%) of treatment group was better than the control group (83.33%), and in the follow-up analysis of the prognosis of the two groups in 1 year, kidney survival rate in one year had no statistically significant differences ($P > 0.05$), and 3, 5 years survival rate of the patients in treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Jiaweidangguibuxue Decoction can increase the clinical effect of treating kidney deficiency and blood stasis type IgA nephropathy, improve the immune function of patients with IgA nephropathy, improve the survival rate and improve the prognosis.

Key Words Jiaweidangguibuxue decoction; Kidney deficiency and blood stasis; IgA nephropathy; Immunesystem; Prognosis analysis

基金项目: 陕西省科学技术发展计划研究项目 (2014K11-05-05)

作者简介: 刘可先 (1980.12—), 男, 本科, 主治医师, 研究方向: 中西医诊治肾脏病, E-mail: kexian0425@163.com

通信作者: 张可训 (1970.04—), 男, 本科, 副主任医师, 研究方向: 中医临床诊治, E-mail: 714294059@qq.com

中图分类号:R289.5;R259

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.12.014

免疫球蛋白 A(IgA)肾病是一种以 IgA、C3 在肾小球系膜沉积为主要表现的疾病,临床上主要分为原发性和继发性两类,是十分常见的肾小球肾炎,也是发生肾功能衰竭及终末期肾病最常见的原因。IgA 肾病的主要临床表现有发作性肉眼血尿、镜下血尿伴或不伴无症状性蛋白尿、急性肾炎综合征。IgA 肾病的发病机制尚未十分明确,目前多数学者较为认同 IgA 肾病发病与免疫及遗传因素有关,而免疫因素在 IgA 肾病发生及发展过程中起着至关重要的作用^[1-3]。由于本病在确诊后仍有 30% 左右患者进行性发展为终末期肾病^[4],严重影响患者的生存及预后,因此如何积极有效治疗和预防 IgA 肾病一直是学者关注的热点。目前随着研究技术的发展及深入,中西医结合治疗相关肾脏疾病的方法越来越被重视并使用。本研究使用加味当归补血汤治疗 IgA 肾病,取得较为满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月至 2012 年 1 月陕西中医肝病医院肾内科门诊及住院的肾虚血瘀型 IgA 肾病患者的 126 例。将患者随机分为观察组和对照组,每组各 63 例,其中观察组男 30 例,女 33 例;年龄 24~50 岁,平均年龄 (39.31 ± 12.57) 岁;平均病程 (3.01 ± 1.18) 年;对照组男 34 例,女 29 例;年龄 25~48 岁,平均年龄 (38.23 ± 11.88) 岁;平均病程 (2.89 ± 1.46) 年。2 组患者在年龄、性别、病程、病情轻重等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准^[5-6] 1)西医诊断标准:根据 2008 年人民卫生出版社《肾脏病学》第 3 版中有关 IgA 肾病的诊断标准制定。2)中医诊断标准:参照 2007 年中国中医研究院肾病研究分院修订的《常见肾脏疾病中西医诊疗规范》及《中药新药临床研究指导原则》中有关标准制定中医诊断及疗效标准。

1.3 纳入标准 1)符合以上西医诊断标准及中医标准中肾虚血瘀型的患者;2)年龄大于 18 岁,小于 60 岁,且经肾活检确诊为 IgA 肾病者;3)24 h 尿蛋白定量 >3.5 g,肌酐清除率(C_{cr}) ≥ 50 mL/min;4)经过我院伦理委员会同意研究,且签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1)其他类型肾病或合并有严重的心脑血管疾病、肝病者;2)有长期大量使用其他激素或免疫抑制剂药物史、酗酒史者;3)精神障碍、无法

配合治疗或拒绝签署知情同意书者。

1.5 脱落与剔除标准 1)在研究期间使用治疗方案外激素或免疫抑制剂者;2)未能继续随访或随访不满一年者;3)患者及家属对本研究提出异议,并要求退出者。

1.6 治疗方法 2 组患者均给予内科常规基础对症治疗,各组均给予低盐、低脂、优质低蛋白饮食、控制血压、抗血小板凝聚。

1)对照组:在基础治疗基础上使用坎地沙坦(批准文号:国药准字 H20041998,厂家:重庆圣华曦药业股份有限公司)8 mg/d。

2)观察组:在对照组的基础上予加味当归补血汤口服,基本组方如下:黄芪 30 g、当归 9 g、党参 12 g、干姜 9 g、制附子 9 g、桃仁 6 g、红花 6 g、牛膝 9 g、桑寄生 12 g(厂家:亳州市永刚饮片厂有限公司)。上药水煎服,1 剂/d,分 2 次早晚分服 200 mL,5 d 为 1 个疗程,疗程间休息 2 d,共服用 6 个月。

2 组患者均在治疗结束后随访并记录 1 年、3 年、5 年肾存活率。在治疗过程中,对照组 2 例进入终末期肾病,1 例随访过程失去联系,观察组 1 例发生肾功能衰竭,1 例随访失联,均按脱落处理。

1.7 观察指标

1.7.1 一般指标检测 常规检测患者治疗前后的 24 h 尿蛋白定量、尿红细胞计数(RBC)及血肌酐(Cr)含量,并将数据进行统计处理。同时使用公式计算内生肌酐清除率, $C_{cr} = [(140 - \text{年龄}) \times \text{体重}(\text{kg})] / [0.818 \times \text{Scr}(\mu\text{mol/L})]$,女性按计算结果 $\times 0.85$ 。

1.7.2 免疫指标检测 分别于治疗前后的清晨抽取各组的空腹外周血液 5 mL,使用流式细胞仪(BECKMAN CytoFLEX)进行 T 淋巴细胞亚群检测,测定 $CD4^+ / CD8^+$ 值。使用放射免疫比浊法测定血清 IgA。所有检测均严格按照操作流程进行。

1.7.3 预后分析 参考 ARUGA 等的研究对 2 组患者进行随访,对比其 1 年、3 年、5 年肾存活率。

1.8 疗效判定标准 参照《常见肾脏疾病中西医诊疗规范》及《中药新药临床研究指导原则》制定相关疗效评定标准^[6]。痊愈:患者的临床症状消失或基本缓解,肾功能正常,24 h 尿蛋白量 <2 g;显效:临床症状大部分缓解,肾功能基本恢复正常;2 g <24 h 尿蛋白量 <3.5 g;有效:临床症状部分缓解,肾功能较治疗前好转,仍可见持续性肾性蛋白尿,24 h 尿蛋

白量≥3.5 g;无效:症状体征及肾功未见明显变化,甚则出现急慢性肾功能衰竭。

1.9 统计学方法 通过 SPSS 16.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料使用 χ^2 检验。组间比较用方差分析或秩和检验;组内用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组治疗后临床疗效比较 观察组痊愈 19 例,显效 23 例,有效 15 例,无效 4 例,总有效率(93.44%)对照组痊愈 17 例,显效 19 例,有效 14 例,无效 10 例,总有效率(83.33%),观察组优于对照组($P < 0.05$)。

2.2 2 组 24 h 尿蛋白定量,尿红细胞计数(RBC),血肌酐(Cr)比较 治疗后 2 组 24 h 尿蛋白定量,RBC 和 Cr 均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且观察组优于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后 24 h 尿蛋白、尿 RBC 及 Cr 结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	24 h 尿蛋白 (g/L)	RBC (n/HP)	Cr ($\mu\text{mol/L}$)
观察组($n=61$)			
治疗前	5.63±1.34	26.06±7.34	184.21±42.61
治疗后	1.26±0.54*	14.34±4.51*	89.75±16.46*
对照组($n=60$)			
治疗前	5.70±1.38	25.76±7.41	185.33±43.29
治疗后	1.75±0.66* Δ	17.61±5.12* Δ	112.56±21.77* Δ

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与观察组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2 组免疫指标比较 2 组治疗后的 CD4⁺/CD8⁺、血清 IgA 值均降低($P < 0.05$),且观察组的改善程度要优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后免疫指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	CD4 ⁺ /CD8 ⁺	IgA(g/L)
观察组($n=61$)		
治疗前	1.64±0.54	3.48±1.35
治疗后	1.27±0.33*	2.11±1.02*
对照组($n=60$)		
治疗前	1.69±0.60	3.51±1.38
治疗后	1.48±0.42* Δ	2.53±1.10* Δ

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与观察组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 2 组不同时间肾存活率比较[例(%)]

组别	1 年	3 年	5 年
观察组($n=61$)	61(100.00)	57(93.44)	55(90.16)
对照组($n=60$)	60(100.00)	49(81.66)	39(65.00)

2.4 2 组肾存活率比较 2 组预后分析中 1 年肾存活率差异无统计学意义($P > 0.05$),3 年、5 年肾存活率观察组明显优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

纵观古代文献并未发现专门论述 IgA 肾病的记载,根据临床症状可知其在中医学中属于“血证”“尿血”“关格”“虚劳”等范畴,《金匱钩玄》曰:“阴气一亏伤,所变之证妄行于上则吐、衄,衰涸于外则虚癆,妄返于下则便红,稍血热则膀胱癃闭,溺血渗透肠间则为肠风。”明确指出血症的发生与肝肾、阴气密切相关。从中医的角度探讨 IgA 肾病的其他治疗方法,并观察其临床应用价值;中医理论中肝肾亏虚,阴气耗伤,致使血液不循常道,或上溢于口鼻诸窍,或下泄于前后二阴。目前大多数学者均认为,IgA 肾病的病位多于肝肾,病性属本虚标实,虚实夹杂^[7-8]。其中又以肾气亏虚,瘀阻脉络多见。肾虚则肾气不固,水液运化失司,外邪入侵,内伤于肾,迫血妄行,瘀滞脉络,故临床上可见血尿、蛋白尿,肢体水肿,免疫复合物 IgA 在肾系膜沉积,毛细血管瘀堵等表现,持续血尿、蛋白尿则为瘀血阻滞脉络,血不循经,外溢下血的征象,只有补气祛瘀,方可引血归经,因此中医认为本病治疗在于补益肾气,活血化瘀^[9-10]。以黄芪当归组成的当归补血汤为君药,黄芪补气升阳,当归补血活血,两味药的药性均具有甘温的特性,共奏补肾活血的功效,党参补中益气助当归补血汤补肾气、干姜、制附子共奏温补肾阳之功,桃仁、红花助当归活血逐瘀,牛膝、桑寄生在补肾的同时又具有逐瘀通经,利尿通淋,引血下行的功效,使得祛瘀生新有道,相辅相成共奏补肾益气、活血化瘀之效。研究结果显示加味当归补血汤治疗肾虚血瘀型 IgA 肾病总有效率优于对照组,且有效改善 24 h 尿蛋白定量,RBC 和 Cr,结果显示加味当归补血汤对 IgA 肾病具有一定的临床疗效,而这一疗效机制是否与患者免疫系统有关需要进一步研究。

IgA 肾病目前被普遍认为是一种自身免疫疾病,其始发因素被认为是肾小球系膜区 IgA 的沉积,而 IgA 有 IgA1 和 IgA2 2 个亚型,均可以单体、二聚体、多聚体形式存在。研究表明,IgA1 是由多克隆活性 B 细胞生成的,而 B 细胞分泌 IgA1 的过程受 T 细胞调控,因此认为 T 细胞免疫调节功能的紊乱可能导致失控的 B 细胞产生过量及异常的 IgA1 而导致 IgA 肾病的发生及发展^[11-13]。免疫系统的主要功能是阻止或限制各种微生物如细菌、病毒、真菌和寄生虫等引起的感染,这种保护作用是由细胞和体液免

疫介导的,而参与机体免疫应答的细胞主要有 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞、树突状细胞等,其中外周成熟的 T 细胞按 CD 抗原可分为 CD4⁺ T 细胞和 CD8⁺ T 细胞的 2 个功能亚群。CD4⁺ T 细胞主要作用为协助 B 细胞进行分化和产生抗体,参与促进细胞介导的免疫应答;CD8⁺ T 细胞是抑制性 T 淋巴细胞,它一方面可以有助于消除病原体,但当其细胞数量过度则可导致机体的损伤;在正常生理条件下,CD4⁺ T 细胞与 CD8⁺ T 细胞彼此相互调节,保持 CD4⁺/CD8⁺ 细胞的平衡,对机体免疫应答的调控与维持机体免疫稳定具有重要的作用,因此,CD4⁺/CD8⁺ 比值免疫功能平衡状况,比例相对稳定可以反映机体的免疫状态^[14-16]。正是由于 CD4⁺/CD8⁺ 比值的重要作用,因此分析 T 细胞亚群改变对阐明疾病作用机制以及寻找药物作用靶点具有非常重要的意义。在多种免疫相关的疾病中,检测 CD4⁺/CD8⁺ 比值显示出其重要的作用。目前认为原发性肾小球疾病也是自身免疫的病理损害过程,因此有学者通过检测患者 T 细胞亚群发现,患者体内存在比较一致的变化,即 CD4⁺ T 细胞增高,CD8⁺ T 细胞减少,CD4⁺/CD8⁺ 比值升高^[17-18],研究证实,疾病经有效药物治疗后治疗效果与 CD4⁺/CD8⁺ 比值变化一致,免疫力低下的疾病经治疗后 CD4⁺/CD8⁺ 比值呈现上升趋势,而自身免疫性疾病经治疗后 CD4⁺/CD8⁺ 比值则逐渐下降^[19-20]。因此,根据治疗前后 T 细胞亚群变化可以了解机体免疫系统的功能状态,并且有可能作为评估病情、确定治疗方案及判定临床疗效的一个指标。本研究结果显示,治疗前后对患者 CD4⁺/CD8⁺、血清 IgA 及补体 C3 进行检测,2 组治疗后的 CD4⁺/CD8⁺、血清 IgA 值均降低,C3 值明显升高($P < 0.05$),且观察组的改善程度要优于对照组,且观察组的预后优于对照组,本研究结果表明,加味当归补血汤改善了 IgA 肾病的免疫情况,这也与其他学者的研究结果一致^[21]。

总之,加味当归补血汤可以改善肾虚血瘀型 IgA 肾病患者的临床症状,提高 IgA 肾病患者的免疫功能,提高生存率,改善预后。本研究的优点在于采用流式细胞仪监测加味当归补血汤对 IgA 肾病患者免疫功能的影响研究;然而本研究也存在一定的局限性,如所采用样本量较少,后续研究中,应尽可能采用更大的样本进行临床研究;在干预时间方面,本研究仅干预 6 个月,目前研究虽未见明显药物不良反应,但是若后期进行更长时间的干预,这种长时间干预是否存在药物不良反应情况需要进一步研究,对

IgA 肾病的患者更有意义。

参考文献

- [1] Gu Y, Wang Y, Ji C, et al. Syndrome Differentiation of IgA Nephropathy Based on Clinicopathological Parameters: A Decision Tree Model [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2017, 2017: 2697560.
- [2] Xie M, Zhang D, Zhang Y, et al. Association of genetic polymorphisms in IL-1R1 and IL-1R2 genes with IgA nephropathy in the Han Chinese population [J]. Oncotarget, 2017, 8(31): 50673-50679.
- [3] Min L, Wang Q, Cao L, et al. Comparison of combined leflunomide and low-dose corticosteroid therapy with full-dose corticosteroid monotherapy for progressive IgA nephropathy [J]. Oncotarget, 2017, 8(29): 48375-48384.
- [4] Zhang JJ, Yu GZ, Zheng ZH, et al. Dividing CKD stage 3 into G3a and G3b could better predict the prognosis of IgA nephropathy [J]. PLoS One, 2017, 12(4): e0175828.
- [5] 祝爽爽, 李永强, 周树录, 等. 血清中 IgA/C3 比值在 IgA 肾病诊断预测中的价值及其与 IgA 肾病临床及病理联系 [J]. 南方医科大学学报, 2015, 42(12): 1683-1688.
- [6] 沈沛成, 何立群. 固本通络方对 IgA 肾病小鼠 Peyer 小结 B 淋巴细胞 IgA 类别转换的影响 [J]. 四川大学学报: 医学版, 2016, 47(3): 337-341.
- [7] 王鹏, 柳鑫, 程盼. 川芎嗪注射液对 IgA 肾病患者血清离子及 β 2-GPI/ox-LDL 的影响研究 [J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(4): 147-149.
- [8] 魏明刚, 熊佩华, 孙伟, 等. 加味当归补血汤调节 IgA 肾病肾虚血瘀证患者细胞因子的临床研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2015, 34(8): 573-576.
- [9] 陆慧瑜, 蒋小云, 陈丽植, 等. 黄芪对 IgA 肾病大鼠蛋白尿及肾组织表达 nephrin, podocin 的影响 [J]. 实用儿科临床杂志, 2011, 26(17): 1318-1321, 1324.
- [10] 陈淑娟, 罗仁. 益气养阴凉血法联合替米沙坦治疗原发性 IgA 肾病的效果 [J]. 广东医学, 2014, 24(10): 1612-1614, 1615.
- [11] 王纁, 胡贵荣, 李弼民. IgA 肾病大鼠肾组织中 TIM-1、IFN- γ 、IL-4 表达的变化及意义 [J]. 广东医学, 2017, 38(4): 505-508.
- [12] 马宏. IgA 肾病发病机制的研究进展 [J]. 实用儿科临床杂志, 2012, 27(5): 313-315.
- [13] 贺理宇, 刘虹, 彭佑铭. IgA 肾病免疫机制与治疗靶点研究进展 [J]. 中南大学学报: 医学版, 2014, 39(1): 96-101.
- [14] Wierciński R, Zoch-Zwierz W, Wasilewska A, et al. [Lymphocyte subpopulations of peripheral blood in children with Schönlein-Henoch purpura and IgA nephropathy] [J]. Pol Merkuriusz Lekarski, 2001, 10(58): 244-246.
- [15] Wierciński R, Zoch-Zwierz W, Stasiak-Barmuta A, et al. Assessment of selected adhesion molecules and lymphocyte subpopulations in children with IgA nephropathy [J]. Roczniki Akademii Medycznej Białymost, 2004, 49: 106-110.
- [16] Oyama A, Muso E, Ono T, et al. Up-regulated TGF- β mRNA expression in splenic T cells of high IgA-prone mice: a murine model of IgA nephropathy with glomerulosclerosis [J]. Nephron, 2001, 88(4): 368-375.
- [17] 田磊, 邵兴华, 谢园园, 等. 免疫抑制治疗 IgA 肾病远期疗效的 Meta 分析 [J]. 中华肾脏病杂志, 2014, 30(11): 833-840.

(下接第 2930 页)

换气功能得以有效改善^[17]。无创双水平气道正压机械通气可有效扩张患者机体肺部发生闭塞的小气道,从而促使气体能够顺利的进入到肺泡,有效缓解细支气管痉挛,使得患者机体肺部的通气/血流比值得以明显改善。本次研究结果显示,对照组患者在接受无创双水平气道正压机械通气治疗后,其肺功能以及血气分析指标均得以改善,但其临床疗效仍需要提高。

中医学认为肺心病急性加重期属于中医“肺胀”“喘证”“水肿”等范畴,其病因归结于正虚邪侵、血瘀、痰阻、水停。为正虚邪盛,本虚标实之证。该病急性发作期主为标实,痰瘀阻遏肺气所致,治以清肺化痰,活血利水法^[18]。本研究中,观察组患者在常规治疗的基础上,加用了中医药处方自拟方剂进行治疗。该方由炙麻黄、浙贝母、紫苏子等几味药组成。组分中的炙麻黄辛散,微苦降,为治肺气壅遏所致喘咳的要药,常以杏仁止咳平喘药为辅助,兼可利水退肿。组分中的浙贝母清热化痰,配以紫苏子、瓜蒌、桑白皮,祛湿化痰;组分中的丹参活血散瘀,可改善微循环,扩张血管,抑制血小板聚集和抗血栓形成;组分中的地龙活血化痰、通经活络,改善微循环;配以茯苓、车前子,清热利尿;组分中的甘草调和诸药。

本研究结果显示,观察组在加用中医药自拟方剂后,观察组临床治疗总有效率高于对照组;观察组主要症状、次要症状、体征积分及 CAT 积分下降程度较对照组显著;观察组 PaO₂ 水平、PEF 和 FEV₁ 水平均高于对照组,PaCO₂ 水平低于对照组;动脉平均压降低,心输出量增加,均明显优于对照组($P < 0.05$)。如上结果表明,在常规治疗的基础上加用中医药自拟方剂,治疗老年慢性肺心病急性加重期的效果优于单纯应用正压通气。

综上所述,中药自拟方剂联合常规治疗和无创通气治疗对老年慢性肺心病急性加重期患者的临床疗效显著,可改善患者肺功能,降低肺动脉平均压,增加心输出量,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]李西玲.老年慢性肺心病急性加重期患者 B 型脑钠肽前体改变

及对预后的评估[J].中国老年学杂志,2014,34(10):2870-2871.

[2]纪颖,张洪玉,安晓杰,等.无创正压机械通气对老年慢性肺心病伴 II 型呼吸衰竭患者的疗效观察[J].实用老年医学,2016,30(7):548-551.

[3]郎永军.老年肺心病急性加重期血浆 D-二聚体、血液流变学、凝血功能、肺功能指标变化[J].中国医药导刊,2015,17(10):984-986.

[4]张鹏飞.中西医结合治疗老年肺心病急性加重期的效果分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(6):662-663.

[5]陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2009:93-95.

[6]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:人民卫生出版社,1993:1-45.

[7]刘文操,冯建宏,逢林欣.疏通注射液对慢性肺心病急性加重期患者血液流变学和呼吸功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(4):421-422.

[8]李慧,陈丹青,李典鸿,等.复方丹参注射液治疗慢性肺心病急性加重期的临床观察[J].中国中医急症,2001,10(5):264,286.

[9]田昭涛,李慧丽,崔云亮.无创通气联合硫酸镁对肺心病伴呼吸衰竭患者血浆 hs-CRP 和 NT-proBNP 的影响[J].山东医药,2014,54(8):45-46.

[10]谢建华.金康宁合剂联合血塞通注射液治疗肺心病急性发作期 48 例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(8):921-922.

[11]Jacobs A, Preston IR, Gomberg Maitland M. Endothelin receptor-antagonism in pulmonary arterial hypertension a role for selective ET (A) inhibition[J]. Current Medical Research and Opinion, 2006, 22(12):2567-2574.

[12]尹进.老年人肺心病合并冠心病临床规范治疗体会[J].中国实用医药,2014,9(8):76-78.

[13]李素引,张菊香,高秀玲.丹红注射液治疗慢性肺源性心脏病的临床观察[J].临床肺科杂志,2012,17(4):650-651.

[14]刘烨,李清英,罗绍友.丹参川芎嗪配合无创正压通气治疗老年肺心病的疗效观察[J].重庆医学,2015,44(12):1699-1701.

[15]Gupta N, Ibrahim HM, Ahsan F. Peptide-micelle hybrids containing fasudil for targeted delivery to the pulmonary arteries and arterioles to treat pulmonary arterial hypertension [J]. J Pharm Sci, 2014, 103(11):3743-3753.

[16]刘静,赵玉红.丹参川芎嗪注射液在慢性肺心病诊治中的临床研究[J].临床肺科杂志,2015,20(8):1476-1477,1478.

[17]夏新中.丹参川芎嗪注射液治疗老年肺心病患者的临床疗效及安全性[J].中国老年学杂志,2014,34(12):3327-3328.

[18]Sun XZ, Tian XY, Wang DW, et al. Effects of fasudil on hypoxic pulmonary hypertension and pulmonary vascular remodeling in rats [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2014, 18(7):959-964.

(2017-08-10 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 2926 页)

[18]龚如军,刘志红,陈朝红,等.甘露糖结合蛋白基因多态性与 IgA 肾病免疫病理类型的关联[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2000,9(3):201-206.

[19]汤跃武,吴泽成.激素联合不同免疫抑制剂治疗原发性 IgA 肾病的疗效及安全性[J].实用医学杂志,2016,32(10):1687-1689.

[20]李双,徐梦露,徐旭东,等.肾脏病理活动积分与 IgA 肾病伴肾衰竭患者免疫治疗疗效相关性研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2016,17(5):410-413.

[21]张曼.加味当归补血汤治疗 IgA 肾病临床研究及对相关指标的影响[J].亚太传统医药,2017,13(11):151-152.

(2017-05-11 收稿 责任编辑:杨觉雄)