

肺栓塞中医证型与西医危险分层及预后相关性研究

汤翠英, 胡绚, 庾慧

广东省中医院芳村分院呼吸内科, 广东 广州 510370

[摘要] 目的: 探讨肺栓塞不同中医证型与西医危险分层及预后的关系。方法: 肺栓塞患者共 78 例, 中医证型分为气虚血瘀、阳气暴脱、痰浊阻肺、气虚水停、痰瘀互结 5 型。对所有患者进行危险分层, 分析中医证型与危险分层及预后关系。结果: 高危组中阳气暴脱证为 50.0%, 中危组气虚血瘀证为 46.9%, 低危组痰瘀互结证为 44.4%。不同中医证型与危险分层的相关性经 Fisher 确切概率法假设检验, $P=0.004$ 。高危组院内死亡、气管插管及心肺复苏率均显著高于中危组 (经 Fisher 确切概率法假设检验, $P=0.020$)。低危组患者无不良事件发生。阳气暴脱型预后不良事件发生率明显高于其他证型 (经 Fisher 确切概率法假设检验, $P=0.015$)。结论: 肺栓塞中医证型对患者危险分层及预后具有一定的指导意义, 有助于入院早期对患者的病情评估及干预治疗。

[关键词] 肺栓塞; 中医证型; 危险分层; 不良事件

[中图分类号] R563.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0022-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.009

肺栓塞(Pulmonary Embolism, PE)是指内源性或外源性栓子阻塞肺动脉及其分支引起肺循环衰竭和呼吸功能障碍的临床病理生理综合征。近年来, 随着肺栓塞诊断意识与诊治水平提高, 临床的发病率也持续增高。但目前中医方面相关报道较少, 本研究对肺栓塞患者进行回顾性分析, 探讨肺栓塞中医证型与危险分层及预后的关系, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集本院 2010 年 1 月—2015 年 1 月急诊、住院的临床疑诊急性肺栓塞(Acute Pulmonary Embolism, APE)患者共 96 例, 其中经 CT 肺血管成像(Computed Tomography Pulmonary Angiography, CTPA)检查确诊肺栓塞患者 78 例, 男 46 例, 女 32 例, 年龄 30~82 岁, 平均(60.5±10.8)岁; 慢性心肺疾病 36 例, 创伤或术后 24 例, 糖尿病 14 例, 恶性肿瘤 11 例, 中风后遗症并卧床 11 例, 结缔组织病 6 例。

1.2 中医分型标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]及《中医诊断学》^[2]中相关证型, 依据入院四诊资料进行辨证分型。

1.3 诊断标准 CTPA 直接征象: 增强后肺动脉内发现低密度的充盈缺损, 部分或完全包围在不透光的血流之间(轨道征)或呈完全充盈缺损, 远端血管不显影; CTPA 间接征象: 肺野楔形密度增高影, 条带状高密度区或盘状肺不张, 中心肺动脉扩张及远端血管分支减少或消失。危险分层标准: 参照 2008

年欧洲心脏病协会(ESC)公布的 APE 指南^[3]分为高危组、中危组及低危组。

2 研究方法

采用回顾性的分析方法, 将 78 例肺栓塞患者的病例资料按西医分类归为 3 组: 高危组、中危组及低危组。同时对患者进行中医辨证分型, 进而分析中医证型与西医危险分层及预后的相关性。

3 统计学方法

所有数据均应用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析。计数资料以各组构成比表示, 组间对比由于较多理论频数小于 5, 组间对比采用 Fisher 确切概率法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

4 结果

4.1 肺栓塞不同中医证型与危险分层 见表 1。高危组中阳气暴脱证为 50.0%, 中危组气虚血瘀证为 46.9%, 低危组痰瘀互结证为 44.4%。不同中医证型与危险分层的相关性经 Fisher 确切概率法假设检验, $P=0.004$ 。

4.2 不同危险分层患者不良事件发生情况 见表 2。高危组院内死亡、气管插管及心肺复苏率均显著高于中危组(经 Fisher 确切概率法假设检验, $P=0.020$)。低危组患者无不良事件发生。

4.3 中医证型与不良事件发生情况 见表 3。阳气暴脱型预后不良事件发生率明显高于其他证型(经 Fisher 确切概率法假

[收稿日期] 2016-03-11

[基金项目] 广东省科技计划项目 (2014KT1510)

[作者简介] 汤翠英 (1977-), 女, 副主任医师, 研究方向: 肺血管病。

设检验, $P=0.015$ 。

表1 肺栓塞不同中医证型与危险分层 例(%)

证型	n	高危组(n=28)	中危组(n=32)	低危组(n=18)
气虚血瘀	27	6(21.4)	15(46.9)	6(33.3)
阳气暴脱	20	14(50.0)	6(18.8)	0
痰瘀互结	18	5(17.9)	5(15.6)	8(44.4)
痰浊阻肺	9	2(7.1)	4(12.5)	3(16.7)
气虚水停	4	1(3.6)	2(6.3)	1(5.6)
合计	78	28	32	18

注: 经 Fisher 确切概率法假设检验, $P=0.004$

表2 不同危险分层患者不良事件发生情况 例(%)

危险分层	n	院内死亡	气管插管机械通气	心肺复苏	未发生
高危组	28	4(14.3)	8(28.6)	6(21.4)	10(35.7)
中危组	32	2(6.3)	3(9.4)	3(9.4)	24(75.0)

表3 中医证型与不良事件发生情况 例(%)

证型	n	不良事件发生
气虚血瘀	27	7(25.9)
阳气暴脱	20	13(65.0)
痰瘀互结	18	3(16.7)
痰浊阻肺	9	2(22.2)
气虚水停	4	1(25.0)

5 讨论

中医古籍无对肺栓塞的直接描述, 肺栓塞根据临床表现多归属于心痛、胸痹、厥证、喘证、咯血等范畴。马王堆汉墓出土的《五十二病方》, 《内经》对本病之表现有明确的论述, 《素问·痹论》云: “心痹者, 脉不通, 烦则心下鼓, 暴上气而喘。” 《素问·脏气法时论》云: “心病者, 胸中痛, 胁支满, 胁下痛。” 至于本病的病因, 《素问·举痛论》指出: “经脉流行不止, 环周不休。寒气入经而稽迟, 泣而不行。客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故猝然而痛。” 总之, 古代医家对本病的记述, 为后人对本病的认识奠定了基础。中医学认为血栓形成是由于“血脉不通, 血行失度, 血凝而不流, 血气不至”所致的“血瘀证”, 以持续性胸痛、气喘为主要表现的内脏痹证类疾病, 轻者仅感胸闷、短气、咳嗽, 经休息症状可很快缓解, 重者胸胁闷痛, 呼吸困难, 喘不得卧, 甚至唇青肢厥, 脉微欲绝, 昏不知人。认为本病病因主要为外感寒邪、内伤久卧、金刃损伤、妊娠产后等导致患者耗气伤血, 气虚则血

瘀, 瘀血痹阻脉络, 气血津液运行不畅, 留津为痰为饮, 痰浊瘀血随经而行, 闭阻心肺, 心不主血脉, 肺治节失调, 气血运行不畅而发为本病, 可见气虚、血瘀、痰浊、水饮为本病的主要病因病机。根据近年来临床研究报道, 肺栓塞证型主要为气虚血瘀、阳气暴脱、痰浊阻肺、气虚水停、痰瘀互结等5型^[4-6]。本研究探讨肺栓塞不同中医证型与危险分层及预后的关系, 结果显示不同中医证型在不同危险分层患者中的分布差异明显。阳气暴脱、气虚血瘀、痰瘀互结分别为肺栓塞高危、中危及低危组的主要证型。高危肺栓塞以休克及低血压为主要临床表现, 应属于厥脱范畴, 是由于严重的病因导致气血逆乱、血行障碍或正气耗脱的一类严重病症, 临床以烦躁神昏、四肢厥冷、脉微欲绝为主要表现, 是临床常见的急危重症, 死亡率极高。本研究高危组阳气暴脱型预后不良事件院内死亡、气管插管及心肺复苏发生率均明显高于其他证型。中危组患者以气虚血瘀型为主, 其院内死亡及气管插管机械通气发生率仅次于阳气暴脱型, 明显高于其他证型。本研究提示肺栓塞中医证型对患者危险分层及预后具有一定的指导意义, 有助于入院早期对患者危险程度进行评估, 预测患者的不良预后, 以利于早期干预治疗, 降低患者死亡率。

[参考文献]

- [1] 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: 79-80.
- [2] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 142-166.
- [3] Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. Eur Heart J, 2008, 29(18): 2276-2315.
- [4] 刘建博. 中西医结合治疗肺栓塞16例的疗效评价[J]. 广州中医药大学学报, 2006, 23(3): 205.
- [5] 韩文忠, 王庆梅, 王佟, 等. 肺栓塞中医证型及其与西医分类的相关性分析[J]. 江苏中医药, 2008, 40(5): 75-76.
- [6] 王静, 陈伟涛, 张美楠, 等. 肺血栓栓塞症中医证候分类因子分析[J]. 中医学报, 2014, 29(4): 482-484.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)