

[文章编号] 1007-0893(2023)14-0045-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.14.014

加味桂枝茯苓汤治疗慢性肺源性心脏病急性期的临床疗效

陈煌灵 王伟平

(安溪县医院, 福建 安溪 362400)

[摘要] 目的: 探究慢性肺源性心脏病急性期采用加味桂枝茯苓汤治疗的临床效果。方法: 选取安溪县医院 2020 年 1 月至 2023 年 1 月收治的 88 例慢性肺源性心脏病患者, 通过随机数字法分为两组, 每组 44 例。所有患者均处于急性期, 对照组患者采取常规治疗, 观察组患者在常规治疗的基础上采用加味桂枝茯苓汤治疗, 比较两组患者血气指标 [动脉血氧饱和度 (SaO₂)、动脉血氧分压 (PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂)]、肺功能指标 [第 1 秒用力呼气量 (FEV1)、用力肺活量 (FVC)、FEV1/FVC]、心功能指标 [左室射血分数 (LVEF)、二尖瓣血流最大流速 E 峰比值 (E/A)] 与临床疗效。结果: 观察组患者治疗后 PaO₂、SaO₂ 较对照组高, PaCO₂ 较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后 FVC、FEV1、FEV1/FVC 较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后的 E/A、LVEF 均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 加味桂枝茯苓汤在慢性肺源性心脏病急性期治疗中, 不仅可以改善患者的血气指标和心肺功能, 还能有效提升患者的治疗效果。

[关键词] 慢性肺源性心脏病; 急性期; 加味桂枝茯苓汤**[中图分类号]** R 541.5 **[文献标识码]** B

慢性肺源性心脏病在临床上属于常见的呼吸内科疾病, 其发病原因主要为肺血管阻力加大, 引发肺动脉高压, 进而造成右心室结构或功能改变。由于慢性肺源性心脏病病情容易反复, 且多数患者为急性发作, 导致肺功能减弱, 对患者的日常劳动和生活造成了严重影响, 也为家庭与社会造成了沉重的经济压力^[1]。中医上认为肺源性心脏病属于本虚标实之证, 症状表现以乏力气短和水肿等为主。作为脾胃肾虚的证候, 中医治疗肺源性心脏病还要以温阳补肾为主^[2]。而慢性肺源性心脏病在中医范畴内与“喘证”“肺胀”“心悸”等病症有相似表现, 尤其与“肺胀”的症状表现极为相似, 因此, 慢性肺源性心脏病在中医内科学中又被归为“肺胀”的范畴^[3]。目前, 临床上治疗慢性肺源性心脏病的方式, 主要包括西医治疗和中医药治疗, 西医治疗通常以吸氧、抗感染、止咳化痰, 改善呼吸道通畅度等对症治疗为主, 虽然能在一定程度上减轻患者的发病症状, 但是无法有效控制病情, 容易导致患者病情加重, 给患者造成更大的健康危害。中医治疗相较于西医, 不仅能改善患者的症状, 还可以控制患者病情进一步发展, 能够有效提升患者的生活质量。基于此, 本研究通过对慢性肺源性心脏病急性期患者

实施不同的治疗措施, 分析加味桂枝茯苓汤治疗的临床效果, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取安溪县医院 2020 年 1 月至 2023 年 1 月收治的 88 例慢性肺源性心脏病患者, 通过随机数字法分为两组, 每组 44 例。对照组中男性 25 例, 女性 19 例; 年龄 55~77 岁, 平均 (63.76 ± 5.22) 岁; 病程 2~11 年, 平均 (8.39 ± 2.17) 年; 合并症: 21 例高血压, 13 例糖尿病, 10 例心力衰竭。观察组中男性 26 例, 女性 18 例; 年龄 56~80 岁, 平均 (64.34 ± 5.16) 岁; 病程 3~12 年, 平均 (8.67 ± 2.23) 年; 合并症: 20 例高血压, 15 例糖尿病, 9 例心力衰竭。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合《慢性肺源性心脏病基层诊疗指南 (2018 年)》中^[4]关于慢性肺源性心脏病急性发作期的诊断标准, 中医则符合《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[5]中关于慢性肺源性心脏病急性期的诊断分型标准; (2) 所有患者及家属均知情同意本研究。

[收稿日期] 2023-05-15**[作者简介]** 陈煌灵, 男, 主治医师, 主要研究方向是呼吸方面。

1.2.2 排除标准 (1) 恶性肿瘤疾病; (2) 妊娠期或哺乳期患者; (3) 对药物有过敏反应的患者; (4) 精神疾病患者; (5) 未能配合完成研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采取常规治疗, 治疗措施包括吸氧、抗感染、强心利尿、解除支气管痉挛等对症支持, 静脉滴注多索茶碱注射液 (宁波天衡药业股份有限公司, 国药准字 H20041759), 每次 0.2 g, 每日 1 次; 雾化吸入 2.5 mL 与 1 mg 异丙托溴铵溶液 (山东京卫制药有限公司, 国药准字 H20184025) 和布地奈德混悬液 (正大天晴药业集团股份有限公司, 国药准字 H20203063), 每日 2 次, 并口服盐酸氨溴索片 (山东裕欣药业有限公司, 国药准字 H20163194), 每次 30 mg, 每日 3 次。嘱咐患者保持规律作息, 合理膳食, 避免日常吸入刺激性气体, 并指导患者进行呼吸功能锻炼, 必要条件下可以采用免疫调节剂治疗。连续治疗 3 个月。

1.3.2 观察组 在常规治疗基础上采用加味桂枝茯苓汤治疗, 组方: 甘草 6 g, 桂枝、黄芩、杏仁、麻黄各 9 g, 牡丹皮、白芍、桃仁、葶苈子、浙贝母各 12 g, 茯苓 15 g。痰湿壅肺、痰清稀、有哮鸣音的患者加细辛 3 g、五味子 3 g、干姜 6 g; 痰浊阻肺, 咳嗽咳痰症状明显的患者加桔梗 6 g、前胡 6 g、清半夏 6 g; 痰热互结患者加鱼腥草 3 g、桔梗 6 g; 阳虚水肿患者加泽泻 6 g、白术 9 g、附子 (先煎) 9 g; 气滞血瘀、舌质暗紫或有瘀斑、胸部刺痛者加桔梗 6 g、枳壳 6 g。每日 1 剂, 将以上中药加 500 mL 清水煎煮至 200 mL, 早晚各服 1 次。连续治疗 3 个月。

1.4 观察指标

统计两组患者治疗前后血气分析、心功能、肺功能指标变化状况及其临床疗效。(1) 血气分析指标主要为动脉血氧分压 (partial pressure of oxygen, PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (partial pressure of carbon dioxide, PaCO₂)、动脉血氧饱和度 (saturation of arterial blood oxygen, SaO₂), 可以在治疗前后采集患者的动脉血液进行动脉血气分析。(2) 心功能指标包括左室射血分数 (left ventricular ejection fractions, LVEF)、二尖瓣血流最大流速 E 峰比值 (E/A), 可以在患者治疗前后使用彩色多普勒超声仪测定各项心功能指标值。(3) 肺功能指标主要为用力肺活量 (forced vital capacity, FVC)、第 1 秒用力呼气量 (forced expiratory volume in one second, FEV1) 和 FEV1/FVC, 患者可在治疗前后采用肺量计测量以上各项肺功能指标值。(4) 疗效评价: 治疗后临床症状无任何改善, 甚至病情加剧, 即为无效; 与治疗前对比, 临床症状有所减轻, 双肺啰音减少, 且心肺功能有所改善, 即为有效; 相较于治疗前, 临床症状明显减轻,

且双肺啰音基本消失, 恢复生活自理能力, 即为显效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的血气指标比较

观察组患者治疗后 PaO₂、SaO₂ 较对照组高, PaCO₂ 较对照组低, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的血气指标比较 (*n* = 44, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	PaO ₂ /mmHg	PaCO ₂ /mmHg	SaO ₂ /%
对照组	治疗前	51.36 ± 6.33	61.03 ± 6.77	85.03 ± 6.76
	治疗后	71.46 ± 8.22	53.65 ± 7.14	91.58 ± 6.78
观察组	治疗前	50.21 ± 7.63	61.22 ± 6.91	84.92 ± 7.65
	治疗后	76.08 ± 7.64 ^a	45.18 ± 6.51 ^a	96.11 ± 5.85 ^a

注: PaO₂ — 动脉血氧分压; PaCO₂ — 动脉血二氧化碳分压; SaO₂ — 动脉血氧饱和度。

与对照组治疗后比较, ^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后肺功能指标比较

观察组患者治疗后 FVC、FEV1、FEV1/FVC 较对照组高, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肺功能指标比较 (*n* = 44, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FVC/L	FEV1/L	FEV1/FVC/%
对照组	治疗前	2.21 ± 0.83	1.10 ± 0.63	55.16 ± 1.38
	治疗后	2.53 ± 0.99	1.40 ± 0.61	62.13 ± 1.12
观察组	治疗前	2.19 ± 0.81	1.08 ± 0.61	55.37 ± 1.72
	治疗后	2.76 ± 0.98 ^b	1.73 ± 0.57 ^b	76.48 ± 1.29 ^b

注: FVC — 用力肺活量; FEV1 — 第 1 秒用力呼气量。

与对照组治疗后比较, ^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后心功能指标比较

观察组患者治疗后的 E/A、LVEF 均高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后心功能指标比较 (*n* = 44, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVEF/%	E/A
对照组	治疗前	45.37 ± 8.98	0.83 ± 0.29
	治疗后	50.02 ± 8.78	1.05 ± 0.32
观察组	治疗前	46.75 ± 8.40	0.86 ± 0.25
	治疗后	54.98 ± 9.73 ^c	1.53 ± 0.28 ^c

注: LVEF — 左室射血分数; E/A — 二尖瓣血流最大流速 E 峰比值。

与对照组治疗后比较, ^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者治疗总有效率比较 [n = 44, n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	21(47.73)	15(34.09)	8(18.18)	36(81.82)
观察组	28(63.64)	14(31.82)	2(4.55)	42(95.45) ^d

注：与对照组比较，^dP < 0.05。

3 讨论

慢性肺源性心脏病是一种呼吸内科发病率较高的常见病，由于慢性肺源性心脏病会导致肺动脉异常上升，造成右心受到损害，如果不及时进行治疗，不仅会对患者的心肺功能造成不可逆转的损伤，还会危及患者的生命安全。因此，针对慢性肺源性心脏病的危害，临床上还要对此引起重视，积极采取治疗干预措施^[6]。慢性肺源性心脏病在临床上具有病程较长，病情容易反复和难以根治等特点，常用的抗感染、利尿、强心和肺血管扩张等综合治疗措施，虽然在临床上取得了相应的效果，但整体预后并不理想^[7]。而且，常规的西药治疗会引发酸碱失衡、心律失常等不良反应，而中医药在改善慢性肺源性心脏病患者的心肺功能、提升患者生活质量水平等方面具有明显优势。

在本研究中，治疗后，观察组患者 LVEF、E/A、PaO₂、SaO₂、FEV1、FVC、FEV1/FVC 与治疗总有效率均高于对照组，PaCO₂ 低于对照组，差异均具有统计学意义 (P < 0.05)，研究表明处于急性期的慢性肺源性心脏病患者在采用加味桂枝茯苓丸（汤剂）治疗后，不仅血气指标得到有效调节，心肺功能也逐渐恢复正常，且临床治疗效果显著。分析其原因，主要是因为中医上认为导致慢性肺源性心脏病的病因为外邪犯肺，造成患者气血瘀堵，肺气不畅，气机失调，进而导致患者肺脾亏虚，气滞血瘀。因此，慢性肺源性心脏病的中医治疗通常以温阳补脾、祛湿化痰、活血散瘀为主^[8]。桂枝茯苓汤属于中医治疗中常用的经方，将其用于慢性肺源性心脏病急性期治疗中，桂枝属于主药，能温阳通络、活血祛瘀。而且，在现代医学研究中，桂枝有增强心肌收缩力的功效，可以促使冠状动脉扩张，增加冠状动脉血流，能修复受损的心肺功能；桃仁可以活血化瘀、止咳平喘。茯苓可以健脾益胃，祛湿化痰；牡丹皮有清热凉血、疏肝除燥的功效。黄芩有清热祛火、除湿去燥；麻黄、桔梗可以宣肺降气、清热化痰、止咳平喘；白芍有温阳敛阴的功效；杏仁不仅有降气平喘的功效，还有止咳、润肠的作用。浙贝母、葶苈子有清热解毒、止咳化痰、消肿散瘀和利尿除湿的效果；甘草有补中益气，止咳化痰、解毒止痛的效果，而能调和诸药，因此，将上述药物联合用于慢性肺源性心脏病急性期患者的临床治疗时，可以起到温阳理气、宣肺降逆、除湿利尿、止咳化痰、活血散瘀，能改善患者的发病症状，促使其心肺功能恢复正常。由于肺重构血管周围的 T、B 淋巴细胞和巨噬细胞

浸润，炎症刺激会导致多种炎症细胞被激活，从而使大量生物活性物质被释放，这部分物质相互之间会通过拮抗、协同的作用，影响肺血管重构，并导致患者肺动脉压受影响。因此，慢性肺源性心脏病患者要改善心肺功能，还要对血管内皮因子进行有效控制，并清除炎症细胞因子^[9]。而茯苓中含有三萜类与多糖类物质，而茯苓多糖对巨噬细胞活性与炎症反应有抑制作用，能改善肺组织病理性改变和炎症细胞浸润，可以起到抗炎的效果。而且，现代药理学研究发现茯苓还有利尿和调节免疫应答的作用。另外，桂枝茯苓汤中的黄芩，也有消炎解毒的效果，将其用于慢性肺源性心脏病急性期治疗中，可以改善患者呼吸道感染的症状^[10]。而慢性肺源性心脏病急性期的治疗原则就在于改善患者心肺功能，积极治疗胸肺基础疾病^[11]。因此，临床上采用加味桂枝茯苓汤治疗急性期慢性肺源性心脏病具有良好的疗效。

综上所述，慢性肺源性心脏病急性期患者采用加味桂枝茯苓汤治疗，不仅对患者的症状有明显的缓解作用，还可以改善患者的肺心功能。

【参考文献】

- [1] 陈威, 张明昌, 石以石则, 等. 气虚络瘀理论指导慢性肺心病治疗思路 [J]. 山西中医, 2021, 37 (8) : 1-3.
- [2] 连乐桑, 叶小汉, 朱碧媛, 等. 喘可治治疗慢性肺心病的临床研究 [J]. 中医临床研究, 2019, 11 (23) : 37-39.
- [3] 张小波, 王龙, 别玉龙, 等. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗慢性肺心病的探讨 [J]. 江西中医药, 2016, 47 (10) : 76-77.
- [4] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 慢性肺源性心脏病基层诊疗指南 (2018 年) [J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17 (12) : 959-965.
- [5] 郑筱萸. 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.
- [6] 冯振升. 自拟中药汤剂治疗慢性肺心病急性发作期对血 NT-proBNP 的影响分析 [J]. 临床研究, 2022, 30 (10) : 107-109.
- [7] 黄俊廷, 黄楚栓, 汤翠英, 等. 中医药治疗慢性肺源性心脏病急性加重期用药规律挖掘分析 [J]. 新中医, 2022, 54 (14) : 15-20.
- [8] 娄雷涛, 葛小继, 孙珂煊, 等. 二陈汤和桂枝茯苓丸加减治疗慢性肺源性心脏病急性加重期疗效观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28 (4) : 63-64.
- [9] 梁君, 孙纪荣. 丹红注射液治疗慢性肺源性心脏病急性加重期 86 例研究 [J]. 黑龙江医药, 2018, 31 (6) : 1241-1243.
- [10] 张建琴, 罗欢欢, 袁道玉. 桑苏桂苓饮加减对慢性肺源性心脏病患者心肺功能、血清 IL-8、Copeptin 水平的影响 [J]. 四川中医, 2022, 40 (1) : 81-84.
- [11] 唐鸿, 翟慧媛, 方小谦. 舒血宁辅治慢性肺心病急性加重期临床疗效及对患者呼吸功能、血管内皮功能的影响 [J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23 (6) : 36-39.