

# 真武汤合血府逐瘀汤对慢性肺源性心脏病急性期患者心肺功能和炎性因子的影响

申亮

(冀中能源峰峰集团有限公司总医院中医科, 河北 邯郸 056200)

**摘要:** **目的** 分析真武汤合血府逐瘀汤对慢性肺源性心脏病急性期患者心肺功能和炎性因子的影响。**方法** 选取2019年7月至2020年7月冀中能源峰峰集团有限公司总医院收治的64例慢性肺源性心脏病急性期患者的临床资料, 根据随机数字表法分为对照组和观察组, 各32例。对照组患者接受常规治疗, 观察组患者在其基础上接受真武汤合血府逐瘀汤治疗, 治疗周期为15 d。比较两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后心输出量(CO)、每搏量(SV)、心脏指数(CI)及用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼吸量(FEV<sub>1</sub>)、第1秒用力呼吸量/用力肺活量(FEV<sub>1</sub>/FVC), 治疗前后肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白介素-4 (IL-4)、白介素-6 (IL-6) 水平。**结果** 治疗后, 观察组患者总有效率93.75%高于对照组的75.00%; 两组患者CO、SV、CI水平及FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC水平均高于治疗前, 且观察组高于对照组; 两组患者血清TNF- $\alpha$ 、IL-4、IL-6水平均低于治疗前, 且观察组低于对照组(均 $P<0.05$ )。**结论** 真武汤合血府逐瘀汤治疗慢性肺源性心脏病急性期, 能够显著提高患者临床疗效, 同时有效改善患者的肺功能、心功能, 抑制炎症反应。

**关键词:** 慢性肺源性心脏病; 急性期; 真武汤; 血府逐瘀汤; 心功能; 肺功能; 炎性因子

**中图分类号:** R541.5

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2021.09.0104.03

慢性肺源性心脏病是由慢性阻塞性肺气肿所引发, 凝血因子活性提高导致凝血功能增强, 发生血液高凝, 进而引发弥漫性血管内凝血, 是导致肺源性心脏病患者病情加重和死亡的重要因素。慢性肺源性心脏病急性发作期容易伴发呼吸衰竭、心力衰竭等严重并发症。临床治疗多采取的

是西药对症治疗, 但效果欠佳<sup>[1]</sup>。中医认为, 慢性肺源性心脏病属于“喘证”范畴, 其病因为反复感受风寒, 肺伤气弱, 痰饮留滞, 气道不畅等, 肺伤日久必及于心, 肺脏血瘀, 损及心气而致病。真武汤合血府逐瘀汤由制附子、茯苓等组成, 具有温阳利水、活血化瘀等功效, 常用于治

**作者简介:** 申亮, 硕士研究生, 主治中医师, 研究方向: 中医内科学。

进而加快恢复进程; MTL 主要分布于小肠内部, 其水平升高可促进患者胃肠道运输水、电解质的过程, 进而改善患者胃功能; CCK 过量表达可抑制胃-结肠反射, 损伤患者胃功能。现代药理学研究表明, 半夏中含有的多糖可促进胃肠道蠕动, 进而改善患者胃功能; 黄连中的小檗碱可抑制肠液分泌, 进而调节患者胃功能<sup>[7]</sup>。同时针灸可对不同穴位进行针刺, 针刺足三里、天枢可调节患者胃肠激素水平, 改善患者胃功能; 针刺关元、阳陵泉可发挥促进机体血液循环、缓解患者胃部疼痛的功效<sup>[8]</sup>。在本研究中, 相较于对照组, 治疗后试验组患者的血清 GAS、MTL 水平均升高, 而血清 CCK 水平降低, 表明半夏泻心汤联合针灸可改善脾胃气虚型胃痞患者胃功能, 控制病情发展。

综上, 半夏泻心汤联合针灸可有效缓解脾胃气虚型胃痞患者的临床症状, 改善患者胃功能, 具有显著的临床疗效和良好的应用安全性。

## 参考文献

[1] 魏家, 朱春龙. 胃炎方对脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎的疗效及

- 对患者 IFN- $\beta$ 、自由基的影响[J]. 四川中医, 2020, 38(3): 120-123.
- [2] 韩豆璞, 杨瑞芳. 半夏泻心汤结合“温通针法”治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 西部中医药, 2020, 33(1): 134-136.
- [3] 林庚金. 胃肠疾病临床指南[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1993: 122-127.
- [4] 李乾构. 中医胃肠病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 56-58.
- [5] 罗辉, 廖星, 王茜. 中医证候积分在疗效评价中的应用: 基于240项随机对照试验的比较研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(10): 110-115.
- [6] 周祥荣. 埃索美拉唑联合多潘立酮治疗反流性食管炎的临床疗效[J]. 四川医学, 2016, 37(3): 327-329.
- [7] 胡雄丽, 陈峭, 李力. 背俞指针灸法联合半夏泻心汤治疗寒热错杂证功能性消化不良疗效及对胃肠激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(11): 1157-1161.
- [8] 王坤, 唐纯志, 田小婷, 等. 基于数据挖掘技术针灸治疗慢性萎缩性胃炎选穴规律分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(9): 1276-1279.

疗心肺功能低下的相关疾病<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨真武汤合血府逐瘀汤对慢性肺源性心脏病急性期患者心肺功能和炎症因子的影响,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2019年7月至2020年7月冀中能源峰峰集团有限公司总医院收治的64例慢性肺源性心脏病急性期患者的临床资料,根据随机数字表法分为对照组和观察组,各32例。其中对照组患者中男性22例,女性10例;年龄45~75岁,平均(63.23±5.16)岁;病程4~12年,平均(7.35±1.64)年。观察组患者中男性24例,女性8例;年龄43~75岁,平均(64.05±4.84)岁;病程3~15年,平均(7.46±1.85)年。两组患者临床一般资料经比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),组间可比。本研究已经院内医学伦理委员会审核并批准,且患者或家属对本研究知情同意。诊断标准:参照《慢性肺源性心脏病的识别与诊断》<sup>[3]</sup>中的相关诊断标准。纳入标准:符合上述诊断标准者;沟通无障碍者;配合度高者等。排除标准:合并有其他器官严重功能损伤者;合并恶性肿瘤者;合并免疫系统疾病者;合并血液病者;严重精神障碍者等。

**1.2 方法** 对照组患者接受常规治疗,如强心、利尿、止咳平喘、抗感染治疗。观察组患者接受常规+真武汤合血府逐瘀汤治疗,常规治疗同对照组,真武汤合血府逐瘀汤配方:制附子、桔梗、枳壳各10g,茯苓、牛膝各15g,白芍、赤芍、生姜、当归、柴胡各9g,白术、桃仁、红花各12g,炙甘草6g,黄芪和葶苈子各30g。出现心悸症状加远志和炒柏子仁各12g;严重水肿者加汉防己和五加皮各15g。加水煎至300mL,150mL/次,2次/d,两组患者均接受为期15d的连续治疗。

**1.3 观察指标** ①治疗后的临床疗效依据《慢性肺源性心脏病的识别与诊断》<sup>[3]</sup>进行评估,显效:心功能提升2级或以上,急性期症状基本消失;有效:心功能提升1~2级,急性期症状有明显改善;无效:心功能未有明显提升,急性期症状仍然存在,或者病情加重。总有效率=显效率+有效率。②治疗前后心功能,用超声心电图检测心输出量(CO)、每搏量(SV)、心脏指数(CI)

水平。③治疗前后肺功能,用肺功能检测仪检测用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼气量(FEV<sub>1</sub>)、第1秒用力呼吸量/用力肺活量(FEV<sub>1</sub>/FVC)水平。④治疗前后炎症因子,抽取患者治疗前后晨起空腹静脉血3mL,离心(转速3000r/min,时间5min),取血清,用酶联免疫吸附法检测肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白介素-4(IL-4)、白介素-6(IL-6)水平。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS22.0统计软件进行数据分析,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料用[例(%)]表示,采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效** 治疗后,观察组患者总有效率93.75%高于对照组的75.00%,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	32	16(50.00)	8(25.00)	8(25.00)	24(75.00)
观察组	32	25(78.13)	5(15.63)	2(6.25)	30(93.75)
$\chi^2$ 值					4.267
$P$ 值					<0.05

**2.2 心功能** 治疗后,两组患者CO、SV、CI水平均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ ),见表2。

**2.3 肺功能** 治疗后,两组患者FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC水平均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ ),见表3。

**2.4 炎症因子** 治疗后,两组患者血清TNF- $\alpha$ 、IL-4、IL-6水平均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ ),见表4。

## 3 讨论

慢性肺源性心脏病的初始环节是慢性阻塞性肺疾病患者炎症细胞释放多种炎症因子一起参与气道壁、肺泡壁的结构破坏和重塑,该病的发病机制与体液因素、组织因素、神经因素等多方面有关。临床治疗以强心、利尿、抗感染

表2 两组患者心功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	CO(L/min)		SV(mL/次)		CI[L/(min·m <sup>2</sup> )]	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	4.23±1.34	4.88±1.22*	51.72±5.01	56.27±5.14*	2.84±0.49	3.15±0.59*
观察组	32	4.21±1.27	5.52±1.16*	51.16±4.80	62.15±5.38*	2.81±0.56	3.61±0.71*
$t$ 值		0.061	2.151	0.457	4.470	0.228	2.819
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\* $P<0.05$ 。CO:心输出量;SV:每搏量;CI:心脏指数。

表 3 两组患者肺功能比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	FVC(L)		FEV <sub>1</sub> (L)		FEV <sub>1</sub> /FVC(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	1.55±0.41	1.93±0.44*	1.36±0.28	1.72±0.35*	60.14±7.15	68.24±8.15*
观察组	32	1.57±0.34	2.34±0.57*	1.35±0.27	2.11±0.40*	60.05±7.28	74.26±9.13*
<i>t</i> 值		0.212	3.221	0.145	4.151	0.050	2.783
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\**P*<0.05。FVC：用力肺活量；FEV<sub>1</sub>：第 1 秒用力呼气量；FEV<sub>1</sub>/FVC：第 1 秒用力呼吸量/用力肺活量。

表 4 两组患者炎症因子比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	TNF-α(pg/mL)		IL-4(ng/L)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	67.11±5.65	36.49±5.17*	39.87±8.24	31.65±7.94*	21.11±6.27	16.95±5.03*
观察组	32	67.39±5.42	32.81±4.54*	40.16±8.12	23.36±8.15*	20.16±6.15	12.83±4.16*
<i>t</i> 值		0.202	3.026	0.142	4.121	0.612	3.571
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\**P*<0.05。TNF-α：肿瘤坏死因子-α；IL-4：白介素-4；IL-6：白介素-6。

等常规治疗为主，但效果欠佳，患者治疗周期较长，预后不佳。

中医认为，慢性肺源性心脏病病因在于机体正气不足，抵抗力低下，以致邪气入体，肺气宣降失司，发为喘咳，若反复发作则肺伤日久必及于心<sup>[4]</sup>。对于慢性肺源性心脏病的治疗，中医以温阳利水、止咳平喘、活血化痰为主，本研究采用的真武汤合血府逐瘀汤以真武汤为基础，真武汤中白术健脾燥湿；茯苓利水；生姜能辅助附子温肾阳以化气性水；白芍利水，再配以血府逐瘀汤，方中当归、赤芍、桃仁、红花用以活血化痰；桔梗用以宣肺；与枳壳合用以行气活血；牛膝用以活血祛瘀并引瘀血下行；黄芪和葶苈子用以补元气、平咳喘、利水消肿；炙甘草用以调和诸药；真武汤合血府逐瘀汤可使阳气得复，有温阳利水之功效，又有活血祛瘀之功，心肾同治，兼顾标本<sup>[5-6]</sup>。本研究结果中，观察组患者临床总有效率高于对照组；治疗后，观察组患者 CO、SV、CI 水平及 FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC 水平高于对照组，提示真武汤合血府逐瘀汤治疗慢性肺源性心脏病急性期，能够显著提高患者临床疗效，同时有效改善患者的肺功能、心功能。血清炎症因子是反应炎症情况的重要指标，TNF-α 参与炎症反应，机体发生炎症反映该数值会显著升高；IL-4、IL-6 是由活化 T 细胞产生的淋巴因子，参与炎症反应。药理学研究发现，赤芍中丹皮酚类成分能够抑制多种球菌、杆菌等，具有抗炎作用<sup>[7]</sup>；黄芪中总黄酮可通过降低血清脂质过氧化物及滑膜细胞产生的白介素细胞因子，达到抗炎效果<sup>[8]</sup>。本研究结果中，观察组患者血清 TNF-α、IL-4、IL-6 水平均低于对照组，提示真武汤合血府逐瘀汤

治疗慢性肺源性心脏病急性期，可有效降低患者炎症因子水平，抑制炎症反应。

综上，真武汤合血府逐瘀汤治疗慢性肺源性心脏病急性期，能够显著提高患者临床疗效，同时有效改善患者的肺功能、心功能，有效抑制炎症反应的发生，提高治疗效果，值得推广。

## 参考文献

- 赖诚民. 益心舒胶囊联合地高辛治疗慢性肺源性心脏病的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(6): 1668-1672.
- 谢日禧, 姜松鹿, 陈凯. 血府逐瘀汤加味对老年慢性肺源性心脏病患者肺动脉压及心功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(32): 3565-3567.
- 杨媛华. 慢性肺源性心脏病的识别与诊断[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(9): 900-901.
- 彭磊, 夏卫明, 何健忠, 等. 温阳化痰汤对慢性阻塞性肺疾病急性加重合并肺源性心脏病(痰湿阳虚证)的临床研究[J]. 中国中医急症, 2019, 28(8): 1423-1426.
- 石立鹏, 周爱民, 杜旭勤, 等. 真武汤合血府逐瘀汤对冠心病心力衰竭患者心功能及血浆 NT-proBNP 的影响[J]. 中国中医急症, 2017, 26(1): 15-18.
- 白宇望. 真武汤治疗加重期肺源性心脏病[J]. 中医学报, 2019, 34(3): 609-611.
- 孟广杰, 刘静, 朴成玉, 等. 赤芍相关药对配伍比例与药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2020, 48(5): 36-40.
- 左军, 张文钊, 胡晓阳, 等. 黄芪现代药理及临床研究进展[J]. 中医药信息, 2014, 31(1): 111-112.