

# 血府逐瘀汤合小青龙汤治疗慢性肺源性心脏病 急性加重期临床观察

唐万云<sup>1\*</sup>, 曾玉英<sup>2</sup>, 汪秀玲<sup>3</sup>

(1. 青海省中医院, 西宁 810000; 2. 青海省红十字医院, 西宁 810000;  
3. 西宁市第一人民医院, 西宁 810000)

**[摘要]** **目的:**探讨血府逐瘀汤合并小青龙汤治疗慢性肺源性心脏病急性加重期临床效果。**方法:**研究对象选取青海省中医院、青海省红十字医院和西宁市第一人民医院2013年5月—2014年5月联合收治的慢性肺源性心脏病急性加重期患者140例,随机分为对照组,治疗组,各70例;对照组患者采用西医常规治疗,治疗组患者则在对照组治疗基础上加用血府逐瘀汤合小青龙汤治疗;比较两组患者临床疗效,治疗前后中医证候积分,肺通气功能指标,血气分析指标,心功能指标及血液流变学指标等。**结果:**治疗组患者临床疗效显著优于对照组( $P < 0.05$ );与治疗前相比,治疗组患者治疗后中医证候积分显著优于对照组( $P < 0.05$ );治疗组患者治疗后肺通气功能指标和血气分析指标水平均显著优于对照组( $P < 0.05$ );治疗组患者治疗后心功能指标和血液流变学指标水平均显著优于对照组( $P < 0.05$ )。**结论:**血府逐瘀汤合小青龙汤可有效缓解慢性肺源性心脏病急性加重期临床症状体征,提高心肺功能,并有助于改善血液流变学指标。

**[关键词]** 慢性肺源性心脏病;急性加重期;血府逐瘀汤;小青龙汤;疗效

**[中图分类号]** R259 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)04-0164-05

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2016040164

## Xuefu Zhuyu Tang Combined with Xiaoqinglong Tang in Treatment of Acute Exacerbation Stage of Chronic Pulmonary Heart Disease

TANG Wan-yun<sup>1\*</sup>, ZENG Yu-ying<sup>2</sup>, WANG Xiu-ling<sup>3</sup>

(1. Qinghai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xining 810000, China;  
2. Qinghai Red Cross Hospital, Xining 810000, China;  
3. Xining First People's Hospital, Xining 810000, China)

**[ Abstract ]** **Objective:** To investigate the clinical effects of Xuefu Zhuyu Tang combined with Xiaoqinglong Tang in treatment of elderly patients with acute exacerbation stage of chronic pulmonary heart disease. **Method:** The 140 patients with acute exacerbation of chronic pulmonary heart disease (COPD) were chosen in the period from May 2013 to May 2014 in Qinghai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qinghai Red Cross Hospital, Xining First People's Hospital, and randomly divided into control group (70 patients) and treatment group (70 patients) with random number table method. Patients in control group received routine western medicine treatment, and the patients in treatment group received additional Xuefu Zhuyu Tang combined with Xiaoqinglong Tang on the basis of treatment in control group. The clinical efficacy, treatment symptom scores, levels of pulmonary function index, blood gas analysis index, cardiac function index and blood rheology index before and after treatment of both groups were compared. **Result:** The clinical efficacy of treatment group was significantly better than that in control group, with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). The treatment symptom scores in treatment group after treatment were significantly better than those in control group and those before treatment,

**[收稿日期]** 20150810(018)

**[基金项目]** 郑州市2013年第一批科技计划项目(131PLJRC671)

**[通讯作者]** \*唐万云, 硕士, 主治医师, 从事中西医结合肺病内科研究, Tel: 13897475061, E-mail: u230e29e83e@163.com

with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). The levels of pulmonary function index and blood gas analysis index after treatment in treatment group were significantly better than those in control group and those before treatment, with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). The levels of cardiac function index and blood rheology index after treatment in treatment group were significantly better than those in control group and those before treatment, with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Xuefu Zhuyu Tang combined with Xiaoqinglong Tang in treatment of acute exacerbation stage of chronic pulmonary heart disease can efficiently relieve the clinical symptoms and signs, improve heart and lung functions and help to improve blood rheology index.

[**Key words**] chronic pulmonary heart disease; acute exacerbation stage; Xuefu Zhuyu Tang; Xiaoqinglong Tang; clinical efficacy

慢性肺源性心脏病是中老年人常见慢性疾病类型之一,多由慢性阻塞性肺疾病(COPD)进展至晚期诱发;已有研究显示,肺,胸廓及周围血管慢性病变诱发肺组织功能结构改变是导致疾病发生发展的主要原因<sup>[1-2]</sup>。患者如治疗不及时可出现肺动脉高压及右心功能衰竭,临床死亡率极高;流行病学研究显示,我国住院慢性肺源性心脏病患者死亡率高达 15%~45%<sup>[3]</sup>。目前慢性肺源性心脏病西医治疗以对症治疗为主,近远期疗效欠佳,无法满足患者需要<sup>[4]</sup>。近年来中医药开始被用于慢性肺源性心脏病临床治疗,并在缓解临床症状体征,改善生活质量方面取得令人满意效果。

本次研究以青海省中医院、青海省红十字医院和西宁市第一人民医院收治慢性肺源性心脏病急性加重期患者 140 例为研究对象,分别采用西医常规治疗和在此基础上加用血府逐瘀汤合小青龙汤治疗;比较两组患者临床疗效,治疗前后中医证候积分,肺通气功能指标,血气分析指标,心功能指标及血液流变学指标水平等,探讨中西医结合治疗慢性肺源性心脏病急性加重期临床效果。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 研究对象选取青海省中医院、青海省红十字医院和西宁市第一人民医院 2013 年 5 月—2014 年 5 月收治慢性肺源性心脏病急性加重期患者 140 例,采用随机数字表法分为对照组,治疗组,各 70 例;对照组患者中男性 45 例,女性 25 例,年龄 62~76 岁,平均年龄为(67.39±5.40)岁,病程 4~18 年,平均病程为(10.59±3.36)年,根据合并呼吸系统基础疾病划分,慢性支气管炎 41 例,支气管哮喘 25 例,支气管扩张 4 例;治疗组患者中男性 43 例,女性 27 例,年龄 61~76 岁,平均年龄为(67.30±5.33)岁,病程 4~17 年,平均病程为(10.53±3.30)年,根据合并呼吸系统基础疾病划

分,慢性支气管炎 44 例,支气管哮喘 23 例,支气管扩张 3 例;两组患者一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

**1.1.1 诊断标准** 西医诊断标准符合《内科学》<sup>[5]</sup>:既往肺心病史;慢性胸肺疾病或合并明显肺气肿体征;气急,发绀且可除外其他心脏病所致;出现无其他诱因所致神志改变;剑突下收缩期搏动增强,三尖瓣区心音较心尖部增强或可见收缩期杂音;肝颈静脉反流征阳性;踝部以上水肿合并颈静脉怒张及静脉压升高。中医辨证分型标准符合《中医内科学》<sup>[6]</sup>心肾阳虚,痰壅瘀阻证:主证,咳嗽,胸满,气促,痰多,痰白黏或黄稠且难咯出;次证,喘息心烦,下肢浮肿,肋下痞块,脘腹痞胀,面色、唇甲及舌质紫暗,苔薄腻及脉滑。

**1.1.2 纳入标准** ①年龄 < 80 岁;②纽约核心协会(NYHA)心功能分级 II-IV 级;③急性发作时间 < 72 h;④研究方案经医院伦理委员会批准;⑤患者及家属知情同意。

**1.1.3 排除标准** ①风湿性心脏病,冠心病及心肌病等其他心脏疾病患者;②严重高血压患者;③酮症酸中毒患者;④严重肝肾功能障碍者;⑤肺结核患者;⑥肺癌患者;⑦严重精神系统疾病者;⑧药物过敏者;⑨需行机械通气者;⑩临床资料不全,脱落及失访者。

**1.2 治疗方法** 两组患者均给予西医常规治疗,包括氧疗,抗炎,解痉,扩血管及利尿等;治疗组患者则在此基础上加用血府逐瘀汤合小青龙汤治疗,方剂组分为赤芍 10 g,柴胡 10 g,川芎 20 g,当归 20 g,红花 10 g,炙麻黄 10 g,干姜 10 g,黄芪 40 g,葶苈子 30 g,法半夏 10 g,桂枝 10 g,炙甘草 6 g,1 剂加水 500 mL 煎至 100 mL,早晚顿服;两组患者均以 2 周为 1 疗程,共行 1 个疗程。

**1.3 观察指标** 中医证候积分依据《中药新药临

床研究指导原则》进行。其中主症包括咳嗽, 咳痰, 气喘及胸闷, 计为 0, 2, 4, 6 分; 次症包括食欲, 腹胀, 乏力, 恶寒及肺部啰音, 计为 0, 1, 2, 3 分。采用 ST-150 型肺通气功能测定仪(日本福田产业株式会社)检测肺通气功能指标包括用力呼气量/用力肺活量(FEV1/FVC)和 1 s 用力呼气容积(FEV1)预计值。血气分析采用 ABL80 血气分析仪(丹麦雷度公司)检测血氧分压(PaO<sub>2</sub>), 动脉血二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)及 pH。采用 AU5800 型全自动生化分析仪(美国贝克曼库尔特公司)检测血液流变学指标包括血浆黏度, 纤维蛋白原及血小板黏附率等。

**1.4 疗效判定标准** 显效: 患者临床症状体征显著改善, 中医证候积分减分率 > 75%; 有效: 患者症状体征有所改善, 中医证候积分减分率 51% ~ 75%; 无效: 患者症状体征未见改善甚至加重。

临床治疗有效率 = [(显效例数 + 有效例数) / 总例数] × 100.00%

**1.5 统计学处理** 本次研究数据录入, 查重, 逻辑纠错选择 Epidata 3.10 软件。数据分析选择 SPSS 13.0 软件; 其中计量资料采用 *t* 检验, 以  $\bar{x} \pm s$  表示; 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 以百分比表示;  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 对照组和治疗组患者临床治疗总有效率分别为 80.00%, 92.86%; 治疗组患者临床疗效显著优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较** 与

表 1 两组患者临床疗效比较 ( $n = 70$ )

Table 1 Comparison of clinical efficacy between 2 groups ( $n = 70$ )

组别	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	15	40	14	80.00
治疗	22	43	5	92.86 <sup>1)</sup>

注: 与对照比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

本组治疗前相比, 对照组, 治疗组治疗后中医证候积分明显减低( $P < 0.05, P < 0.01$ )。与对照组相比, 治疗组治疗后中医证候积分明显减低( $P < 0.05$ )。治疗组患者治疗后中医证候积分显著优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

Table 2 Comparison of TCM syndrome scores before and after treatment in 2 groups ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ ) score

组别	治疗前	治疗后
对照	28.74 ± 7.15	20.30 ± 5.10 <sup>1)</sup>
治疗	28.60 ± 7.11	14.28 ± 3.96 <sup>2,3)</sup>

注: 与本组治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05, ^2) P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较<sup>3)</sup>  $P < 0.05$  (表 3 ~ 6 同)。

**2.3 两组患者治疗前后肺通气功能指标水平比较** 与本组治疗前相比, 对照组, 治疗组治疗后 FEV1/FVC 和 FEV1% 预计值水平明显升高( $P < 0.05, P < 0.01$ )。与对照组相比, 治疗组治疗后 FEV1/FVC 和 FEV1% 预计值水平明显升高( $P < 0.05$ )。治疗组患者治疗后肺功能指标水平均显著优于对照组。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后肺通气功能指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

Table 3 Comparison of pulmonary function index levels before and after treatment in 2 groups ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

组别	FEV1/FVC		FEV1 / %	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	59.45 ± 4.49	63.14 ± 5.27 <sup>1)</sup>	62.75 ± 8.60	67.08 ± 10.51 <sup>1)</sup>
治疗	59.61 ± 4.53	66.80 ± 6.21 <sup>2,3)</sup>	62.53 ± 8.44	72.86 ± 12.70 <sup>2,3)</sup>

**2.4 两组患者治疗前后血气分析指标水平比较** 与本组治疗前相比, 对照组, 治疗组治疗后 PaO<sub>2</sub>, pH 水平明显升高( $P < 0.05, P < 0.01$ ), PaCO<sub>2</sub> 水平明显降低( $P < 0.05, P < 0.01$ )。与对照组相比, 治疗

组治疗后 PaO<sub>2</sub>, pH 水平明显升高( $P < 0.05, P < 0.01$ ), PaCO<sub>2</sub> 水平明显降低( $P < 0.05, P < 0.01$ )。观察组患者治疗后血气分析指标水平均显著优于对照组。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血气分析指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

Table 4 Comparison of blood gas analysis index levels before and after treatment in 2 groups ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

组别	PaO <sub>2</sub> /kPa		PaCO <sub>2</sub> /kPa		pH	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	7.61 ± 1.18	8.62 ± 1.11 <sup>1)</sup>	8.59 ± 1.96	7.43 ± 1.57 <sup>1)</sup>	7.17 ± 0.20	7.29 ± 0.07 <sup>1)</sup>
治疗	7.67 ± 1.27	9.30 ± 1.49 <sup>2,3)</sup>	8.52 ± 1.90	6.29 ± 1.20 <sup>2,3)</sup>	7.19 ± 0.14	7.42 ± 0.09 <sup>2,3)</sup>

2.5 两组患者治疗前后心功能指标水平比较 与本组治疗前比较,对照组,治疗组治疗后右室内径和肺动脉压力明显降低 ( $P < 0.05, P < 0.01$ )。与对照

组比较,治疗组治疗后右室内径和肺动脉压力明显降低 ( $P < 0.05$ )。治疗组患者治疗后心功能指标水平均显著优于对照组。见表 5。

表 5 两组患者治疗前后心功能指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

Table 5 Comparison of cardiac function index levels before and after treatment in 2 groups ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

组别	右室内径/mm		肺动脉压力/mmHg	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	37.25 ± 5.49	29.24 ± 4.27 <sup>1)</sup>	59.44 ± 8.68	37.91 ± 7.21 <sup>1)</sup>
治疗	37.04 ± 5.37	24.59 ± 3.41 <sup>2,3)</sup>	59.23 ± 8.74	31.48 ± 5.84 <sup>2,3)</sup>

2.6 两组患者治疗前后血液流变学指标水平比较 与本组治疗前比较,对照组,治疗组治疗后血浆黏度,纤维蛋白原,血小板黏附率水平明显降低 ( $P < 0.05, P < 0.01$ )。与对照组比较,治疗组治疗

后血浆黏度,纤维蛋白原,血小板黏附率水平明显降低 ( $P < 0.05$ )。治疗组患者治疗后血浆黏度,纤维蛋白原,血小板粘附率水平均显著优于对照组。见表 6。

表 6 两组患者治疗前后血液流变学指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

Table 6 Comparison of blood rheology index levels before and after treatment in 2 groups ( $\bar{x} \pm s, n = 70$ )

组别	血浆黏度/mPa·s		纤维蛋白原/g·L <sup>-1</sup>		血小板黏附率/%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	1.97 ± 0.32	1.74 ± 0.23 <sup>1)</sup>	3.89 ± 0.94	3.70 ± 0.77 <sup>1)</sup>	34.81 ± 10.80	30.24 ± 8.40 <sup>1)</sup>
治疗	1.92 ± 0.28	1.51 ± 0.16 <sup>2,3)</sup>	3.83 ± 0.86	3.48 ± 0.69 <sup>2,3)</sup>	34.64 ± 10.72	25.59 ± 6.61 <sup>2,3)</sup>

### 3 讨论

研究显示慢性肺源性心脏病的发病机制为长期肺部基础疾病所致慢性缺氧状态,血液黏稠度及血流阻力均代偿性增高,可诱发肺动脉压显著上升;而急性发作时肺动脉内微小血栓大量形成,肺动脉机械阻力增加,则进一步加重肺动脉高压;血管舒缩状态和细胞因子分泌水平异常亦参与到慢性肺源性心脏病发生发展过程中。慢性肺源性心脏病急性加重期患者病情进展迅速,临床预后较差,多因并发重症肺炎及心肺功能衰竭死亡,严重威胁生命安全<sup>[7-8]</sup>。

中医学认为慢性肺源性心脏病属“肺胀”,“喘证”及“水肿”范畴,病者以咳嗽,咳痰及喘憋为主要病症<sup>[9]</sup>;该病属本虚标实之证,一方面久病肺亏,痰瘀滞阻,外邪内侵诱病加剧,另一方面阴盛阳虚则卫气失固,肌表无护,久之饮停于内,更易感风寒之外邪<sup>[10-11]</sup>。故慢性肺源性心脏病病机以痰,热,饮,瘀为主,病位则在于肺,心,肾<sup>[12]</sup>;故中医治疗慢性肺源性心脏病应以祛痰化饮,温肺解表为主。本次研究所用血府逐瘀汤方剂最早记载于《医林改错》,为活血散瘀,止痛行气经典方;其组方中赤芍散瘀止痛,柴胡升阳疏肝,川芎活血通络,当归行血止痛,红花祛瘀通经<sup>[13-14]</sup>;而小青龙汤则源自《神农本草经》,被称为“回阳救逆第一药”;其组方中麻黄宣肺

利水,干姜温阳散寒,黄芪益气固表,葶苈子强心逐饮,半夏燥湿化痰,桂枝通阳解表<sup>[15]</sup>;而炙甘草则调和两方诸药以共奏活血化瘀,通络除饮之功效。目前国内研究<sup>[16-17]</sup>认为慢性肺源性心脏病发生发展与肺动脉高压所致心肌长期缺氧关系密切;缺氧状态可进一步诱发红细胞聚集增多,血液黏稠度及血流阻力显著增高;而急性加重期患者在严重感染,低氧血症,酸中毒等因素诱发下,出现肺动脉痉挛程度及肺循环阻力增加,进一步加重心肌缺氧及右心负荷。现代药理学研究<sup>[16-17]</sup>显示,赤芍,红花及川芎等活血化瘀类药物可有效扩张动脉血管,改善微循环,增加心肌血流灌注量;同时其在降低血小板聚集活性和控制急性炎症反应水平方面作用亦被证实。当归提取物中苯酚类,香豆素类及黄酮类物质可通过拮抗氧自由基损伤和调节一氧化氮合成发挥高效抗氧化作用。

本次研究提示治疗组患者临床疗效和治疗后中医证候积分显著优于对照组,提示中西医结合治疗慢性肺源性心脏病急性加重期在减轻临床症状体征,提高生活质量方面优势明显;治疗组患者治疗后肺通气功能指标,血气分析指标及心功能指标水平均显著优于对照组,说明中药方剂辅助用于慢性肺源性心脏病急性加重期有助于促进心肺功能恢复,

延缓病情进展;而治疗组患者治疗后血液流变学指标水平均显著优于对照组,则证实血府逐瘀汤合小青龙汤治疗慢性肺源性心脏病急性加重期可显著改善血液流变学指标,降低血液黏稠度,这对于改善患者病情,改善临床预后具有重要意义。

综上所述,血府逐瘀汤合小青龙汤治疗慢性肺源性心脏病急性加重期可有效缓解临床症状体征,提高心肺功能,并有助于改善血液流变学指标。

#### [参考文献]

[1] 汪强,张文娥.丹红注射液联合环磷腺苷葡胺治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭50例[J].浙江中医杂志,2015,50(5):371-372.

[2] 杨亚勤,张彩凤,石金河.中西医结合治疗慢性肺源性心脏病的临床疗效观察[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(4):249-251.

[3] 黄松平.益气活血强心汤联合西药治疗慢性肺源性心脏病疗效观察[J].辽宁中医杂志,2014,41(5):917-919.

[4] 吴莹,韦祎.中西医结合治疗慢性肺源性心脏病急性加重期56例[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(23):316-318.

[5] 叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2006:86.

[6] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:292-293,404.

[7] 邓伟吾,时国朝.实用临床呼吸病学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2004:263-283,1043.

[8] 冯维斌,刘伟胜.呼吸科专病中医临床诊治[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:2.

[9] 韩轶,王晓峰,陈继红.沈宝藩通瘀化痰辨治肺胀经验[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(12):224-225.

[10] 罗仁,杨运高.肺系病症妙谛[M].北京:人民军医出版社,2008:335.

[11] 田争,文爱珍,刘芝蓉.加味小青龙汤治疗慢性肺源性心脏病急性加重期临床观察[J].中国中医急症,2013,22(3):457-458.

[12] 陆学超,王燕青.真武汤合血府逐瘀汤治疗慢性肺源性心脏病急性期临床观察[J].中国中医药信息杂志,2011,18(4):72-73.

[13] 黎晓莉,何亦龙,陈利玲,等.血府逐瘀汤加减治疗慢性肺源性心脏病缓解期疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(29):3225-3226.

[14] 谢鸣.方剂学[M].北京:人民卫生出版社,2008:306-308.

[15] 王振民,玄振秀,李亚平.小青龙汤化裁配合玉屏风口服液治疗慢性支气管炎慢性迁延期91例临床观察[J].河北中医,2012,34(6):855-856.

[16] 张继翱,由希雷,张宇.血必净注射液治疗慢性肺源性心脏病急性加重期患者40例[J].中国老年学杂志,2013,33(9):2172-2173.

[17] 李明明,吴丽颖,朱玲玲,等.当归有效成分抗缺氧损伤作用的研究进展[J].军事医学科学院院刊,2008,32(1):87-90.

[责任编辑 张丰丰]