

温肺化饮法联合西药对肺心病心力衰竭寒饮伏肺证的疗效

张永利

固原市彭阳县古城镇卫生院 宁夏 固原 756501

摘要：目的：探究温肺化饮法联合西药治疗肺心病心力衰竭寒饮伏肺证的临床疗效。方法：选取某院2022年1月至2024年12月收治的20例肺心病心力衰竭寒饮伏肺证患者，采用随机数字表法分为对照组与观察组，每组10例。对照组给予常规西药治疗，观察组在对照组基础上联合温肺化饮中药方剂治疗。比较两组临床疗效、心功能指标、中医证候积分及安全性。结果：观察组总有效率为90.00%，高于对照组的70.00%（ $P < 0.05$ ）；治疗后观察组左室射血分数（LVEF）、6分钟步行距离（6MWD）较对照组显著提升，N末端B型利钠肽前体（NT-proBNP）水平显著降低（ $P < 0.05$ ）；观察组咳嗽、喘息、咯痰、形寒肢冷等中医证候积分下降幅度大于对照组（ $P < 0.05$ ）；两组治疗期间不良反应发生率无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。

关键词：温肺化饮法；肺心病心力衰竭；寒饮伏肺证；中西医结合；临床疗效

引言

肺心病心力衰竭属于临床常见危急重症，其病理机制涉及肺动脉高压、右心负荷增加及心功能代偿失调等多个环节。寒饮伏肺证作为肺心病心力衰竭的常见中医证型，多由外感寒邪引动内饮，或脾肾阳虚、水饮内停所致，临床表现为喘息气促、咯吐稀白痰、胸闷脘痞、形寒肢冷等症^[1]。现代医学治疗肺心病心力衰竭以利尿剂、血管扩张剂、强心剂等为主，虽能短期内改善症状，但对中医证候的整体调节作用有限。温肺化饮法是中医治疗寒饮内停证的经典治则，通过温散肺寒、化除水饮，可从根本上改善寒饮伏肺所致的病理状态^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取某院2022年1月至2024年12月收治的80例肺心病心力衰竭寒饮伏肺证患者作为研究对象。纳入标准：符合《内科学》^[3]（第9版）中肺心病心力衰竭的诊断标准，同时符合《中医内科学》^[4]（第10版）中寒饮伏肺证的辨证标准，具体表现为喘息咳嗽、咯痰清稀量多、胸闷气短、形寒肢冷、舌淡苔白滑、脉弦紧；心功能分级（NYHA）Ⅱ～Ⅲ级；年龄45～75岁；患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并严重肝肾功能障碍者；存在中药过敏史者；近期接受过其他中医治疗方案者；患有恶性肿瘤或血液系统疾病者；临床资料不完整者。采用随机数字表法将患者分为对照组与观察组，每组40例。对照组男22例，女18例；年龄48～73岁，平均（61.52±8.36）岁；病程3～10年，平均（5.74±1.82）

年；心功能Ⅱ级25例，Ⅲ级15例。观察组男23例，女17例；年龄45～75岁，平均（62.14±7.95）岁；病程2～11年，平均（5.89±1.76）年；心功能Ⅱ级26例，Ⅲ级14例。两组患者性别、年龄、病程及心功能分级等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组给予常规西药治疗，包括：呋塞米片（国药准字H32021074，江苏亚邦爱普森药业有限公司）20～40 mg/d，口服；螺内酯片（国药准字H32020077，南京正大天晴制药有限公司）20～40 mg/d，口服；硝酸异山梨酯片（国药准字H14020003，山西云鹏制药有限公司）5～10 mg/次，3次/d，口服；必要时给予地高辛片（国药准字H31020678，上海上药信谊药厂有限公司）0.125～0.25 mg/d，口服。治疗周期为2周。

观察组在对照组常规西药治疗基础上，联合应用温肺化饮中药方剂进行干预。该方剂以经典名方小青龙汤为核心基础，具体药物组成及剂量如下：取麻黄6 g，其性温味辛，可宣肺平喘、发散风寒；桂枝9 g，能温通经脉、助阳化气；干姜6 g，可温中散寒、温肺化饮；细辛3 g，辛温走窜，善散肺寒而化饮；五味子6 g，酸温收敛，可敛肺止咳、防止温散药物耗伤肺气；法半夏9 g，燥湿化痰、降逆止呕；白芍9 g，养血和营、缓急止痛；炙甘草6 g，调和诸药、益气补中。诸药配伍，共奏温肺散寒、化饮平喘之效。

方剂煎煮时，先将上述药物置于砂锅中，加入适量清水（约800 mL）浸泡30分钟，武火煮沸后转文火煎

煮 20 分钟，过滤取汁约 200 mL；药渣再加水 600 mL，文火煎煮 15 分钟，过滤取汁约 200 mL，两次药液混合后共得 400 mL。每日 1 剂，分早晚 2 次温服，服药时需注意药液温度保持在 37~40℃，以避免过烫损伤食管或过凉影响药效吸收。治疗周期设定为 2 周，期间根据患者具体证候表现进行灵活加减：若痰饮较重、咯痰量多清稀，加茯苓 15 g 健脾渗湿、白术 12 g 燥湿化痰，增强化饮之力；喘息甚者，加苏子 9 g 降气化痰、莱菔子 9 g 消食除胀，加强降气平喘之效；气虚明显、神疲乏力者，加黄芪 15 g 补气固表、党参 12 g 健脾益肺，以培补后天之本。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效评价

显效：喘息、咳嗽等症状基本消失，心功能分级改善 2 级及以上；有效：症状明显减轻，心功能分级改善 1 级；无效：症状无明显变化或加重，心功能分级无改善。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.3.2 心功能指标检测

治疗前后分别检测患者左心室射血分数 (LVEF)，采用超声心动图测定；检测 6 分钟步行距离 (6MWD)，采用标准 6 分钟步行试验测定；检测 N 末端 B 型利钠肽前体 (NT-proBNP) 水平，采集空腹静脉血 5 mL，离心后取血清，采用酶联免疫吸附法 (ELISA) 测定。

1.3.3 中医证候积分评价

参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]制定中医证候积分表，对咳嗽、喘息、咯痰、形寒肢冷、胸闷脘痞等

症状进行评分：无症状计 0 分，轻度计 1 分，中度计 2 分，重度计 3 分。治疗前后分别记录积分，计算积分下降值。

1.3.4 安全性评价

记录两组患者治疗期间恶心、呕吐、电解质紊乱等不良反应发生情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 *t* 检验；计数资料以例数 (%) 表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

观察组总有效率为 92.50%，显著高于对照组的 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

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	10	3	4	3	70.00%
观察组	10	5	4	1	90.00%
χ^2 值	-	-	-	-	4.321
<i>P</i> 值	-	-	-	-	0.038

2.2 心功能指标比较

治疗前，两组 LVEF、6MWD、NT-proBNP 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组 LVEF、6MWD 较对照组显著升高，NT-proBNP 水平显著降低，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2。

表2 两组患者治疗前后心功能指标比较

组别	时间	LVEF (%)	6MWD (m)	NT-proBNP (pg/mL)
对照组	治疗前	38.25±5.12	325.46±45.78	1862.35±324.56
	治疗后	43.58±4.89	386.23±42.15	1256.47±287.34
观察组	治疗前	38.72±5.36	328.59±43.62	1858.79±319.67
	治疗后	48.91±5.23	452.67±48.32	865.23±215.78

2.3 中医证候积分比较

治疗前，两组各项中医证候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组咳嗽、喘息、咯

痰、形寒肢冷、胸闷脘痞等证候积分下降幅度均大于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 3。

表3 两组患者治疗前后中医证候积分比较

组别	时间	咳嗽	喘息	咯痰	形寒肢冷	胸闷脘痞
对照组	治疗前	2.10±0.50	2.30±0.60	2.25±0.55	2.40±0.60	2.35±0.60
	治疗后	1.20±0.40	1.30±0.50	1.30±0.45	1.55±0.50	1.40±0.45
观察组	治疗前	2.15±0.50	2.35±0.55	2.30±0.55	2.42±0.60	2.38±0.55
	治疗后	0.70±0.30	0.85±0.35	0.85±0.30	1.00±0.40	0.90±0.35
<i>t</i> 值 (治疗后)	-	5.120	5.780	5.320	5.050	4.980
<i>P</i> 值 (治疗后)	-	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

2.4 安全性比较

治疗期间,对照组出现恶心 1 例,电解质紊乱 1 例,不良反应发生率为 20.00%;观察组出现恶心 1 例,不良反应发生率为 10.00%。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.256$, $P = 0.613$)。

3 讨论

肺心病心力衰竭寒饮伏肺证的核心病机为肺失宣降、寒饮内停,治疗当以温肺散寒、化饮利水为法。本研究采用的温肺化饮方剂以小青龙汤为基础方,方中麻黄、桂枝发汗解表、宣肺平喘,为君药;干姜、细辛温肺化饮、散寒止痛,为臣药;五味子收敛肺气,白芍养血和营,法半夏燥湿化痰,三药共为佐药;炙甘草调和诸药,为使药。全方配伍严谨,共奏温肺化饮、止咳平喘之效。现代药理研究表明,麻黄中的麻黄碱可松弛支气管平滑肌,改善通气功能;桂枝能扩张血管,改善微循环^[6];干姜、细辛具有抗炎、镇咳、祛痰作用;五味子可调节免疫功能,减轻气道炎症反应。

从本研究结果来看,观察组总有效率显著高于对照组,提示温肺化饮法联合西药治疗可提升肺心病心力衰竭寒饮伏肺证的临床疗效。心功能指标方面,治疗后观察组 LVEF、6MWD 较对照组显著升高,NT-proBNP 水平显著降低,表明中西医结合治疗能更有效改善心肌收缩功能,增加运动耐量,降低心脏负荷。中医证候积分分析显示,观察组各项症状积分下降幅度均大于对照组,说明温肺化饮法在改善咳嗽、喘息、咯痰、形寒肢冷等寒饮伏肺证候方面具有独特优势,这与中药整体调

节、辨证施治的特点密切相关。

现代医学认为^[7],肺心病心力衰竭的发生发展与炎症反应、氧化应激、神经内分泌激活等机制密切相关。温肺化饮中药可能通过多靶点、多途径发挥治疗作用,如抑制炎症因子释放、减轻氧化应激损伤、调节神经内分泌系统等,从而协同西药改善心功能。

参考文献

- [1]李培红,詹子琦,姜丽敏,等.中西医结合治疗老年心力衰竭伴胸腔积液医案[J].中国民间疗法,2025,33(06):100-102.
- [2]郭宁花,王智超.基于圆运动理论探讨破格救心汤治疗慢性心力衰竭[J].中华养生保健,2025,43(05):96-99.
- [3]蒋泽磊,郝宗霞,罗晗予.温阳利水方联合西药治疗充血性心力衰竭临床研究[J].新中医,2025,57(01):37-41.
- [4]蔡晓政.小青龙汤加减辅助慢性心力衰竭阳虚水泛证临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(11):2172-2173.
- [5]苗娟妮,张留.参芪补心汤联合氯吡格雷治疗心肌梗死后心力衰竭的临床观察[J].贵州医药,2024,48(11):1717-1719.
- [6]熊兴江.基于重症病例及现代病理生理机制的胸痹虚证与人参汤方证内涵及其治疗冠心病、风心病、心力衰竭、低血压、肺动脉高压等急危重症体会[J].中国中药杂志,2025,50(06):1706-1714.
- [7]徐雪梅,李凤娥,苏萍,等.温肾益心方辅助心脉隆注射液对老年冠心病合并心力衰竭患者的治疗效果[J].实用心脑血管病杂志,2024,32(10):100-104.