

[4] 张琳,曹书华,崔克亮,等.血必净对多脏器功能障碍综合征单核细胞HLA-DR表达影响的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(1):21-23.

[5] 曹书华,王今达.血必净对感染性多器官功能障碍综合征大鼠组织及内皮损伤保护作用的研究[J].中国危重病急

救医学,2002,14(8):489-491.

[6] 王今达,雪琳.细菌、内毒素、炎性介质并治——治疗重症脓毒症的新对策[J].中国危重病急救医学,1998,10(6):323-325.

[7] 雪琳.SIRS和MODS防治新对策的实验研究——血必净的药效学观察[J].

中国危重病急救医学,1997,9(12):720-722.

[8] 梁显泉,李志军,刘红栓,等.血必净注射液治疗脓毒症42例[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12(4):251-252.

(收稿日期:2009-03-30)  
(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

### 强心系列方治疗肺源性心脏病心力衰竭 48 例

邹世昌

(广西柳城县人民医院,广西 柳城 545200)

【关键词】 强心系列方; 肺源性心脏病; 心力衰竭

中图分类号:R242 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2009.04.026

用强心系列方辨证治疗慢性肺源性心脏病(肺心病)急性肺感染心力衰竭(心衰)患者取得了良好疗效,总结如下。

#### 1 临床资料

1.1 病例:96例心功能Ⅰ~Ⅲ级(纽约心脏协会(NYHA)分级法)患者,就诊时经患者同意按随机原则分为两组。治疗组48例中男28例,女20例;年龄48~86岁,平均68.6岁;病程13~35年,平均24.8年;心功能Ⅰ级27例,Ⅱ级21例。对照组48例中男27例,女21例;年龄49~85岁,平均67.9岁;病程12~34年,平均24.3年;心功能Ⅰ级28例,Ⅱ级20例。两组患者一般情况比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),有可比性。

1.2 治疗方法:患者均卧床休息、限盐饮食。治疗组辨证分型,仅服中药治疗。肺心阴虚型用强心方1号:生地20g,玄参20g,山萸肉10g,甘草8g,熟地黄20g,黄精20g,黄芪20g,当归10g,黄连2g,枳壳15g,丹参18g;肺气虚心肾阳虚型用强心方2号:附子12g,桂枝10g,干姜10g,黄芪20g,党参18g,当归10g,川芎8g,熟地黄20g,茯苓12g,枳壳12g;心脾阳虚、痰湿中阻型用强心方3号:党参18g,黄芪20g,当归10g,川芎8g,干姜10g,羌活10g,独活10g,黄连1g,柴胡10g,枳壳12g,白芍12g,甘草10g;每日1剂、分2次服。对照组口服地高辛0.25mg、每作者简介:邹世昌(1957-),男(汉族),广西壮族自治区人,副主任医师,Email:zhosha@163.com

日1次。两组均治疗1个月。

1.3 疗效评定标准:参照卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>分为显效、有效和无效。

1.4 统计学方法:临床疗效比较采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 临床疗效:治疗组显效25例,有效21例,无效2例,总有效率95.8%;未出现明显不良反应。对照组显效22例,有效19例,无效7例,总有效率85.4%;出现恶心4例、黄绿视2例,经停用地高辛、补钾等治疗后好转。两组疗效比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

#### 2 讨论

临床上治疗肺心病心衰主要是抗感染、保持呼吸道通畅、强心、利尿等,但有时疗效并不十分理想,特别是反复大剂量使用抗生素会造成菌群失调,最终可加重心衰和呼吸衰竭而死亡<sup>[2]</sup>。肺心病心衰患者大多年老体弱,由于心肌缺氧、肺部感染、内环境失调等因素,用洋地黄及利尿剂疗效较差,且易出现低血钾、低血镁而诱发致命性心律失常<sup>[3]</sup>。长期应用利尿剂又可导致心肌细胞缺钾,酸碱失衡,致洋地黄中毒或无效,对通常的血管扩张剂也不敏感<sup>[4]</sup>。肺心病心衰患者多为老年,其肾脏排泄功能降低,对药物的耐受性低,洋地黄治疗量和中毒量接近,易出现洋地黄中毒反应,限制了应用洋地黄制剂纠正心衰,而用中药治疗慢性肺心病心衰效果较好<sup>[5-6]</sup>。

本病属于中医学“喘证”、“肺胀”范畴。本虚标实、虚实错杂是本病的特点,

当肺部急性感染被控制后,则以本虚为主要表现,即肺、脾、肾、心俱虚,但随病情进展,可以某脏偏虚为突出表现,气滞、血瘀、痰湿阻滞为标。肺朝百脉而助心行血,肺病日久,气虚则无力推动血行致心血瘀阻,出现心悸、胸闷、发绀、舌质暗;心血瘀阻又可使水道壅滞而发生水肿。心阳可资脾之运化和肾之气化,是全身气血运行的中心。笔者将本病辨证分为3型,以便在病情发展的不同阶段辨证施治,做到有的放矢,提高疗效。

#### 参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则:第一辑[M].北京:人民卫生出版社,1993:57.

[2] 马强,朱建俊.参麦注射液联合硝酸甘油治疗肺源性心脏病心力衰竭48例[J].中国中西医结合急救杂志,2006,13(6):377-378.

[3] 徐新毅.愈心汤治疗慢性肺源性心脏病并发心力衰竭50例[J].中国中西医结合杂志,2004,24(10):938-939.

[4] 李明,孙志欣.无创血流动力学监测方法在米力农治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭中的应用[J].中国危重病急救医学,2003,15(5):313.

[5] 王少芳,于磊.黄芪治疗慢性肺心病心力衰竭102例临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(4):230-231.

[6] 岳富雄,吴孝恺.合用丹参注射液和参麦注射液治疗慢性肺源性心脏病急性加重期疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,1998,5(1):15-16.

(收稿日期:2009-02-27)  
(本文编辑:李银平)