

引用:刘颖,侯道瑞.木防己汤加味辅助治疗阳虚水泛型慢性肺源性心脏病30例[J].湖南中医杂志,2026,42(4):41-46.

木防己汤加味辅助治疗 阳虚水泛型慢性肺源性心脏病30例

刘颖,侯道瑞

(湘潭市中医医院,湖南湘潭,411100)

[摘要] 目的:观察木防己汤加味辅助治疗阳虚水泛型慢性肺源性心脏病(chronic pulmonary heart disease, CPHD)的临床疗效。方法:将60例阳虚水泛型CPHD患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。对照组予以西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加用木防己汤加味治疗,比较2组中医证候积分、动脉血氧分压(partial pressure of arterial oxygen, PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(partial pressure of arterial carbon dioxide, PaCO₂)、第1秒用力呼气容积(forced expiratory volume in the first second, FEV₁)、第1秒用力呼气容积占用力肺活量的百分比(forced expiratory volume in the first second/forced vital capacity, FEV₁/FVC)、N末端脑钠肽前体(N-terminal pro-brain natriuretic peptide, NT-proBNP)及纽约心脏学会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级,并评价临床疗效。结果:总有效率治疗组为93.33%(28/30),对照组为80.00%(24/30),2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后2组中医证候积分、NT-proBNP均下降,PaO₂、FEV₁水平均升高,且治疗组优于对照组($P<0.05$);治疗后2组PaCO₂均降低、FEV₁/FVC均升高($P<0.05$),但治疗组仅PaO₂改善程度优于对照组($P<0.05$);治疗组心功能分级情况治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);2组患者均无药物相关性不适。结论:木防己汤加味辅助治疗阳虚水泛型CPHD具有一定的疗效优势,且安全性较好,对心功能指标改善明显,其治疗机制可能与改善心脏功能、减轻心脏负荷、增强心肌收缩力等有关。

[关键词] 慢性肺源性心脏病;阳虚水泛型;木防己汤;中西医结合疗法;临床观察

[中图分类号] R259.415 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.04.008

Clinical effect of Jiawei Mufangji decoction as an adjuvant therapy for chronic pulmonary heart disease with water overflowing due to Yang deficiency: An analysis of 30 cases

LIU Ying, HOU Daorui

(Xiangtan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xiangtan 411100, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of Jiawei Mufangji decoction as an adjuvant therapy for chronic pulmonary heart disease (CPHD) with water overflowing due to Yang deficiency. Methods: A total of 60 CPHD patients with water overflowing due to Yang deficiency were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. The patients in the control group received conventional Western medicine treatment, and those in the treatment group received Jiawei Mufangji decoction in addition to the treatment in the control group. The two

基金项目:湖南省湘潭市医学科研项目(2024-xyx-88)

第一作者:刘颖,女,主管护师,研究方向:护理学

通信作者:侯道瑞,男,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合治疗老年病, E-mail: houdaorui@foxmail.com

groups were compared in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, arterial partial pressure of oxygen (PaO_2), arterial partial pressure of carbon dioxide (PaCO_2), forced expiratory volume in 1 second (FEV1), forced expiratory volume in the first second/forced vital capacity (FEV1/FVC), N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP), and New York Heart Association (NYHA) cardiac functional grading, and clinical outcome was assessed. Results: There was no significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [93.33% (28/30) vs 80.00% (24/30), $P > 0.05$]. After treatment, both groups had significant reductions in TCM syndrome score and NT-proBNP and significant increases in PaO_2 and FEV1 ($P < 0.05$), and the treatment group had significantly better results than the control group ($P < 0.05$). After treatment, both groups had a significant reduction in PaCO_2 and a significant increase in FEV1/FVC ($P < 0.05$), but the treatment group had a significantly better improvement in PaO_2 only than the control group ($P < 0.05$). The treatment group had a significant change in cardiac functional grading after treatment, and there was a significant difference in cardiac functional grading between the two groups after treatment ($P < 0.05$). No drug-related discomfort was observed in either group. Conclusion: As an adjuvant therapy, Jiawei Mufangji decoction has certain advantages and a favorable safety profile in the treatment of CPHD with water overflowing due to Yang deficiency and can significantly improve cardiac function parameters, possibly by improving cardiac function, alleviating cardiac load, and enhancing myocardial contractility.

[**Keywords**] chronic pulmonary heart disease; water overflowing due to Yang deficiency; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Mufangji decoction

慢性肺源性心脏病(chronic pulmonary heart disease, CPHD)是指由支气管-肺组织、胸廓或肺血管病变使肺血管阻力增加,产生肺动脉高压,继而导致右心室结构或/和功能改变,引发心力衰竭^[1]。目前,西医治疗 CPHD 以祛痰、止咳、抗感染、氧疗、强心等手段为主,能有效缓解症状,但仍面临治疗周期长、药物不良反应多等诸多挑战,影响治疗的依从性及效果^[2]。随着中西医结合治疗理念的深入发展,越来越多的研究者开始关注中医药,尤其是中医传统经典名方在 CPHD 防治中的优势与潜力^[3-5]。

中医学根据 CPHD 的临床表现,多将其归于“肺胀”“喘病”“水肿”等范畴^[6-7]。《金匮要略》记载“膈间支饮,其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧,得之数十日,医吐下之不愈,木防己汤主之”,为 CPHD 的中医治疗指明了方向。木防己汤具有温阳化气、利水消肿的功效,在临床上广泛应用于慢性心力衰竭、骨关节疾病等的治疗^[8-10]。本研究采用木防己汤加味治疗阳虚水泛型 CPHD 患者 30 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2024 年 5 月 1 日至 2025 年

5 月 31 日于湘潭市中医医院就诊的阳虚水泛型 CPHD 患者 60 例,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组中,男 17 例,女 13 例;平均年龄(71.73 ± 7.00)岁。对照组中,男 16 例,女 14 例;平均年龄(71.10 ± 7.91)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已获得本院医学伦理委员会审核批准[伦研批 2024 年第(10)号]。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《慢性肺源性心脏病基层诊疗指南(2018 年)》^[11]和《内科学》^[12]相关标准制定。1) 病史:有慢性肺部疾病史;2) 症状:咳嗽、咳痰、乏力、气促,甚则出现呼吸困难加重等呼吸衰竭症状,严重者可出现心悸、明显气促等右心心力衰竭之症;3) 体征:桶状胸、肋间隙增宽的肺气肿体征,和肝大、颈静脉怒张等肺动脉高压体征;4) 实验室检查:胸部 X 线片、心电图、超声心动图检查符合肺动脉高压、右心室增大的诊断条件。具有以上病史、症状、体征,并符合 1 项实验室检查者,即可明确诊断。

1.2.2 中医辨证标准 参照《慢性肺源性心脏病中

医诊疗指南(2014版)》^[6]中CPHD阳虚水泛证的辨证标准制定。1)喘促或胸闷气短,甚者不能平卧,动则加重,或咳嗽;2)肢体浮肿;3)神疲乏力,动则加重;4)心悸,动则尤甚;5)肢冷或畏寒;6)舌淡、苔白或白滑,脉沉滑或沉弦。具备1)2)2项,加3)4)5)6)中3项者,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断和中医辨证标准;2)年龄在45~80岁;3)心功能符合II~IV级标准;4)患者自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)由其他疾病导致的右心功能障碍;2)左心心力衰竭;3)有恶性肿瘤,或有精神疾病,或有多脏器功能障碍;4)对本研究药物有过敏史;5)有语言交流障碍;6)3个月内参加过其他临床试验;7)病重或病危者。

1.5 随机化、分配隐藏与盲法 本研究采用完全随机设计,由不参与受试者招募与分组的独立统计人员采用SPSS 27.0软件生成一组与总样本量(60例)对应的随机数字序列。根据此序列将“1~30”号定义为治疗组,“31~60”号定义为对照组。随后该统计人员依据此序列,按受试者入组先后顺序,依次将对应的分组结果装入按顺序编号、不透光、密封的信封中,完成随机分配准备工作。为实施分配隐藏,所有随机分组信息均密封于前述的序贯编号、不透光信封中,并由直接参与研究评估的第三者保管。当一名受试者完成筛选,同意参与研究,并达到入组标准后,研究者在病例报告表上记录其筛选编号,随后向保管者领取对应序号信封,当场开封并执行信封内的分组方案。本研究未对实施干预的医师和受试者设盲,然而为减少测量偏倚,已对结局评估者和数据分析人员实施了设盲。所有用于分析的实验室样本、影像学资料均由不知晓临床分组情况的独立第三方进行评估和判读,数据录入和统计分析由不知分组信息的独立统计人员完成。

2 治疗方法

2.1 对照组 根据《慢性肺源性心脏病基层诊疗指南(2018年)》^[11]、《内科学》^[12]、《慢性肺源性心脏病基层合理用药指南》^[1]、《中国心力衰竭

诊断和治疗指南2024》^[13]等制订西医常规治疗方案。包括积极抗感染、止咳化痰、舒张支气管、减轻心脏负荷、防止并发症、有效控制呼吸衰竭和心力衰竭症状等。1)抗感染治疗:予以注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(广州白云山天心制药股份有限公司,批准文号:国药准字H20058068,规格:1.5 g/支)3.0 g/次,配置于0.9%氯化钠注射液(湖北科伦制药有限公司,批准文号:国药准字H43020456,规格:100 mL/袋)100 mL中,每8 h静脉滴注1次;2)止咳化痰治疗:予以盐酸氨溴索注射液(山东罗欣药业集团股份有限公司,批准文号:国药准字H20133025,规格:15 mg/支)30 mg/次,配置于0.9%氯化钠注射液(湖北科伦制药有限公司,批准文号:国药准字H43020456,规格:100 mL/袋)100 mL中,静脉滴注,1次/d;3)舒张支气管治疗:予以5 mg吸入用硫酸沙丁胺醇注射液(仁合益康汇泽药业河北有限公司,批准文号:国药准字H20203019,规格:5 mg/支)联合1 mg吸入用布地奈德混悬液(四川普瑞特药业有限公司,批准文号:国药准字H20213286,规格:1 mg/支),雾化吸入,2次/d;4)减轻心脏负荷治疗:予以40 mg呋塞米片(天津力生制药股份有限公司,批准文号:国药准字H12020163,规格:20 mg/片)联合20 mg螺内酯片(浙江亚太药业股份有限公司,批准文号:国药准字H33020111,规格:20 mg/片)口服,1次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用木防己汤加味治疗。处方:防己12 g,桂枝10 g,人参10 g,生石膏(先煎)30 g,葶苈子15 g,紫苏子15 g,茯苓15 g,麸炒苍术12 g,白芍15 g,制附片(先煎)6 g,生姜15 g,大枣12 g。以上药物均由本院制剂室统一煎煮,浓缩至400 mL/剂,200 mL/袋,早晚各服用1袋。

2组均连续治疗7d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[14],将主症(喘息、胸闷、气短、咳嗽、水肿、体位、紫绀)按无、轻、中、重分别计为0、2、4、6分;次症(心悸、畏寒肢冷、

神疲、食欲下降、小便)按无、轻、中、重分别计为 0、1、2、3 分;各症状分数相加为中医证候积分。

2) 血气分析指标。于治疗前后检测 2 组动脉血氧分压(partial pressure of arterial oxygen, PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(partial pressure of arterial carbon dioxide, PaCO₂)。3) 肺功能指标。于治疗前后检测 2 组第 1 秒用力呼气容积(forced expiratory volume in the first second, FEV1)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量的百分比(forced expiratory volume in the first second/forced vital capacity, FEV1/FVC)。4) 心功能指标。于治疗前后检测 2 组 N 末端脑钠肽前体(N-terminal pro-brain natriuretic peptide, NT-proBNP)。5) 心功能分级。参考《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》^[13]中美国纽约心脏学会(New York Heart Association, NYHA)的心功能分级标准。I 级:活动不受限,日常体力活动不引起明显的气促、疲乏或心悸;II 级:活动轻度受限,休息时无症状,日常活动可引起明显的气促、疲乏或心悸;III 级:活动明显受限,休息时可无症状,轻度日常活动即引起明显的气促、疲乏、心悸;IV 级:休息时也有症状,任何体力活动均会引起不适。6) 安全性评价。观察 2 组有无过敏反应或其他不良反应,记录其症状和实验室检测指标并予以相应处理。

3.2 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[14],根据 2 组治疗前后中医证候积分、NYHA 分级变化判定临床疗效。显效:临床症状明显改善,中医证候积分减少 ≥ 70%, NYHA 分级改善 ≥ 2 级;有效:临床症状均有好转,中医证候积分减少 ≥ 30%、但 < 70%, NYHA 分级改善 1 级;无效:临床症状均无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少 < 30%, NYHA 分级未见改善,甚至加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 × 100%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 27.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以“均数 ± 标准差”(x̄ ± s)表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例和率(%)表示,采用 χ² 检验,等级资料采用秩和检验;P < 0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 93.3%,对照组为 80.0%,2 组比较,差异无统计学意义(P > 0.05)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	5(16.67)	23(76.67)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	3(10.00)	21(70.00)	6(20.00)	24(80.00)
χ ² 值					2.308
P 值					0.129

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 治疗前 2 组中医证候积分比较,差异无统计学意义(P > 0.05);治疗后 2 组中医证候积分均下降,且治疗组优于对照组,差异均有统计学意义(P < 0.05)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较(x̄ ± s, 分)

组别	例数	时间节点	中医证候积分
治疗组	30	治疗前	46.40 ± 2.77
		治疗后	28.20 ± 2.57 ^{ab}
对照组	30	治疗前	46.20 ± 2.62
		治疗后	30.77 ± 2.34 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP < 0.05;与对照组治疗后比较,^bP < 0.05。

3.4.3 2 组治疗前后 PaO₂、PaCO₂ 比较 治疗前 2 组 PaO₂、PaCO₂ 比较,差异无统计学意义(P > 0.05);治疗后 2 组 PaO₂ 均较治疗前升高, PaCO₂ 均较治疗前降低,且治疗组 PaO₂ 改善程度优于对照组,差异均有统计学意义(P < 0.05)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 PaO₂、PaCO₂ 比较(x̄ ± s, mmHg)

组别	例数	时间节点	PaO ₂	PaCO ₂
治疗组	30	治疗前	74.17 ± 4.26	50.53 ± 4.45
		治疗后	78.71 ± 4.60 ^{ab}	38.53 ± 3.50 ^a
对照组	30	治疗前	74.55 ± 4.79	49.17 ± 4.17
		治疗后	76.64 ± 4.98 ^a	39.87 ± 3.31 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP < 0.05;与对照组治疗后比较,^bP < 0.05。

3.4.4 2 组治疗前后肺功能指标比较 治疗前 2 组 FEV1、FEV1/FVC 比较,差异无统计学意义(P > 0.05);治疗后,2 组 FEV1 水平均高于治疗前,且治疗组优于对照组,差异有统计学意义(P < 0.05);

治疗后, 2组FEV1/FVC均高于治疗前, 但仅治疗组组内差异有统计学意义($P < 0.05$), 且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。(见表4)

表4 2组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	FEV1/L	FEV1/FVC
治疗组	30	治疗前	2.33 ± 0.30	66.01 ± 4.43
		治疗后	2.61 ± 0.28 ^{ab}	72.44 ± 5.51 ^{ab}
对照组	30	治疗前	2.52 ± 0.33	64.47 ± 5.48
		治疗后	2.62 ± 0.34 ^a	66.44 ± 5.83

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

3.4.5 2组治疗前后NT-pro BNP比较 治疗前2组NT-proBNP比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后2组NT-proBNP均低于治疗前, 且治疗组优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(见表5)

表5 2组治疗前后NT-pro BNP比较

组别	例数	时间节点	NT - proBNP/(pg·mL) ⁻¹
治疗组	30	治疗前	2 160.97 ± 126.03
		治疗后	521.96 ± 126.31 ^{ab}
对照组	30	治疗前	2 135.49 ± 107.09
		治疗后	635.65 ± 106.18 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

3.4.6 2组治疗前后NYHA心功能分级比较 治疗前2组心功能分级比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后2组心功能分级情况虽均有所改善, 但仅治疗组组内差异有统计学意义, 且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。(见表6)

表6 2组治疗前后NYHA心功能分级比较(例)

组别	例数	时间节点	心功能Ⅰ级	心功能Ⅱ级	心功能Ⅲ级	心功能Ⅳ级
治疗组	30	治疗前	0	6	13	11
		治疗后	4	20	4	2 ^a
对照组	30	治疗前	0	4	15	11
		治疗后	1	15	9	5

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.4.7 2组安全性评价比较 在服药治疗过程中, 2组患者均无药物相关性不适, 服药前后检测血、尿常规及肝肾功能, 均无明显异常。

4 讨论

本研究结果显示, 阳虚水泛型CPHD患者经联合木防己汤加味方治疗后, 其中医证候积分及FEV1/FVC、NT-proBNP等心肺功能指标均得到明显改善, 且优于对照组($P < 0.05$)。其PaO₂、PaCO₂、FEV1等相关指标的差异虽无统计学意义, 但仍呈现出改善趋势。上述结果提示, 木防己汤加味方可有效改善患者临床症状, 减轻心肺负荷, 提高生活质量。且2组患者在治疗过程中均未出现不良反应及不良事件, 表明该治疗方案安全性良好。

CPHD的发病机制主要涉及肺、心两脏的功能损伤, 多因慢性肺部疾病迁延不愈、反复发作, 导致肺部血液循环障碍, 肺动脉压力升高, 进而引发肺心功能障碍, 甚至造成其他脏器功能损害, 是多种慢性呼吸系统疾病的常见并发症与主要死亡原因^[15-16]。中医学认为, 肺朝百脉、主治节, 全身血液经经脉汇聚于肺, 完成气体交换后输布全身, 辅助心脉运行气血; 肺气充沛、宗气旺盛、气机调畅, 则血行正常, 若肺气虚弱或壅塞, 无法助心行血, 便会导致心血运行不畅, 乃至血脉瘀滞、心阳虚衰, 出现心悸胸闷、呼吸困难、气促喘息等症状^[17]。因此, CPHD病位在肺、心, 病性属本虚标实, 其基本病机为气虚血瘀, 治疗应以益气温阳、活血利水为基本原则, 可根据病情酌情辅以清热、化痰、强心、温肾等治法。

木防己汤是中医经典方剂, 原方由防己、桂枝、人参、石膏四味药组成, 有学者提出, 木防己汤证主要表现为面色黧黑、喘憋、心悸、呼吸急促等, 其病变部位主要涉及右心、肝脏及下腔静脉系统, 可通过右心心力衰竭模型进行解释^[18]。本研究在原方基础上, 合用真武汤、葶苈大枣泻肺汤等, 以增强温阳强心、泻肺利水之效, 在增强心肌收缩力、改善肺部循环、降低肺动脉压力方面, 具有更优的临床治疗效果。真武汤可通过改善心室重塑、优化心肌能量代谢、抑制心肌细胞凋亡、降低心力衰竭生物标志物水平等发挥抗心力衰竭作用^[19], 与葶苈大枣泻肺汤联用, 还能有效调节阳虚水泛证慢性阻塞性肺疾病患者的血气指标, 减轻炎症反应, 提升运动耐力^[20-21]。方中防己祛风除湿、利水消肿, 可增加尿

量、减轻心脏前负荷^[22]；桂枝温通经脉、助阳化气，温通上焦心肺阳气，适用于心阳不振、心肺虚衰之证；人参健脾益肺、益肾强心，专补心肺之气，现代研究证实其活性成分可通过减轻炎症与氧化应激、延缓动脉粥样硬化、减少心肌细胞凋亡等途径保护心功能^[23-24]；石膏清热泻火、除烦止渴，善清肺经实热，有助于降低肺动脉压、缓解肺部高循环状态。在此基础上，加用葶苈子泻肺平喘、行水消肿，紫苏子降气化痰、止咳平喘，茯苓利水渗湿、健脾宁心，麸炒苍术燥湿健脾，制附片温肾助阳、化气行水，白芍柔肝缓急，防桂附燥热伤阴，生姜温阳散寒，散水和胃，大枣补中益气，缓和药性，护肺养胃。全方补泻兼施、标本同治，与 CPHD 的中医病机及现代病理生理学机制高度契合，推测其主要通过减轻肺动脉高压、降低心脏负荷、增强心肌收缩力等途径控制病情进展。

综上所述，在西医常规治疗基础上加用木防己汤加味方，可有效提高 CPHD 阳虚水泛证患者的生活质量与运动耐量，改善临床症状及心肺功能，临床疗效确切、安全性良好，体现了中西医结合治疗 CPHD 的优势，为木防己汤加味方应用于 CPHD 防治提供了临床依据。本研究仍存在样本量较小、单中心设计、干预时间较短等局限性，未来需进一步优化试验方案，延长随访周期，深入验证木防己汤加味方的有效性与安全性，充分挖掘中西医结合辅助治疗 CPHD 的潜力与价值。

参考文献

[1] 中华医学会, 中华医学会临床药学分会, 中华医学会杂志社, 等. 慢性肺源性心脏病基层合理用药指南[J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(9): 792-798.

[2] Kahnert K, Jörres R A, Behr J, et. The Diagnosis and Treatment of COPD and Its Comorbidities [J]. Deutsches Arzteblatt International, 2023, 120(25): 434-444.

[3] 毛洪艳, 黄静, 朱琳波, 等. 9种中药注射液治疗慢性肺源性心脏病急性加重期疗效的网状Meta分析[J]. 湖南中医杂志, 2025, 41(5): 108-120.

[4] 张楚楚, 刘莹, 林洪生, 等. 中医古籍临床效价体系探索与构建[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(1): 54-60.

[5] 祝焯, 祝凯, 祝远瑞. 2000—2024年中医药治疗肺源性心脏病的文献计量学分析[J]. 医药前沿, 2025, 15(26): 18-25.

[6] 中华中医药学会肺系病专业委员会. 慢性肺源性心脏病中医诊疗指南(2014版)[J]. 中医杂志, 2014, 55(6): 526-531.

[7] 文奇玉, 刘陆阳, 周凯龙, 等. “营卫倾移”理论视域下探讨慢性肺源性心脏病的三焦辨治[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(9): 1278-1284.

[8] 陈红宇, 陈文莉, 畅立圣, 等. 木防己汤的临床应用及实验研究进展[J]. 上海中医药大学学报, 2022, 36(S1): 277-280.

[9] 陈帅, 赵国红, 刘香红, 等. 木防己汤联合真武汤加减治疗肺瘀阳虚水停型2型肾综合征的疗效观察[J]. 北京中医药, 2022, 41(11): 1318-1321.

[10] 刘震钢, 王旭, 张军, 等. 加减木防己汤联合塞来昔布治疗湿热型急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 西部中医药, 2024, 37(3): 103-108.

[11] 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.

[12] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

[13] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275.

[14] 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.

[15] 陈春晖, 杨军辉. 慢性肺源性心脏病病机特征的研究概况[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(10): 180-183.

[16] 江美兵, 付海琴, 南阳光, 等. 外周血SII、NLR、PLR与老年慢性肺源性心脏病患者病情程度及预后的关系[J]. 心血管康复医学杂志, 2025, 34(2): 156-161.

[17] 郑洪新, 杨柱. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.

[18] 苏汝旺, 朱立, 齐文升. 木防己汤方证探讨[J]. 中医药导报, 2020, 26(9): 109-111.

[19] 陈博航, 李文杰. 真武汤在慢性心力衰竭治疗中的应用与机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(10): 74-79.

[20] 薛玲喜, 季卫明, 毛兴国, 等. 真武汤合葶苈大枣泻肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效和安全性研究[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2025, 9(3): 93-95.

[21] 王秋林. 真武汤合葶苈大枣泻肺汤联合西药治疗阳虚水泛证慢性阻塞性肺疾病的临床观察[J]. 中国医学创新, 2025, 22(20): 24-28.

[22] 王晓睿, 巫兴东, 秦琳, 等. 木防己属植物化学成分及药理活性研究进展[J]. 中药材, 2024, 47(8): 2114-2125.

[23] 叶康, 顾嘉霖, 高俊杰, 等. 中药人参治疗慢性心力衰竭的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(5): 559-562.

[24] 任晨晨, 姚立志, 苏肖肖, 等. 人参的化学成分及药理作用研究进展[J]. 广东化工, 2025, 52(16): 62-64.

(收稿日期: 2025-10-14)

[编辑: 韩晗]