

引用本文:王伟,秦超,卜克,等.参附注射液治疗脓毒症休克67例疗效观察[J].安徽医药,2022,26(7):1458-1462.
DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2022.07.043.



◇ 药物与临床 ◇

参附注射液治疗脓毒症休克67例疗效观察

王伟,秦超,卜克,张晶芳,王明珠

作者单位:郑州大学第五附属医院重症医学科,河南 郑州 450000

摘要: **目的** 观察参附注射液(SFI)对脓毒症休克病人临床预后及相关指标的影响。**方法** 回顾性收集2018年1月至2019年12月住入郑州大学第五附属医院重症医学科符合标准的脓毒症休克病人147例,根据病人是否给予SFI治疗分为SFI组($n=67$)和非SFI组($n=80$),病人的性别、年龄、心率、左心室射血分数(LVEF)、血清脑钠肽(BNP)、平均动脉压(MAP)、去甲肾上腺素(NE)用量、乳酸、SOFA评分、总胆红素(TBIL)、肌酐(Cr)、血小板(PLT)、引起脓毒症休克的原发感染灶、ICU住院天数及预后等指标被收集。**结果** SFI组与非SFI组两组一般指标比较,均差异无统计学意义(均 $P>0.05$),SFI组与非SFI组BNP、NE用量、乳酸、SOFA评分在诊断脓毒症休克第6天[109.0(74.0,217.0)ng/L、147.5(101.3,327.0)ng/L、0.10(0.04,0.20) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ 、0.30(0.17,0.39) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ 、(1.66 $\pm$ 1.53)mmol/L、(2.41 $\pm$ 1.46)mmol/L、7.0(5.0,9.0)分、8.0(6.0,10.0)分]均低于第1天[459.0(294.0,935.0)ng/L、502.0(224.5,863.8)ng/L、0.60(0.40,0.80) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ 、0.55(0.45,0.70) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ 、(4.12 $\pm$ 1.89)mmol/L、(4.31 $\pm$ 1.44)mmol/L、10.0(8.0,13.0)分、10.0(8.3,12.0)分],LVEF[(57.9 $\pm$ 6.3)%、(54.7 $\pm$ 6.2)%]均高于第1天[(45.2 $\pm$ 6.7)%、(44.1 $\pm$ 7.6)%](均 $P<0.05$),且SFI组比非SFI组均改善更明显[109.0(74.0,217.0)ng/L比147.5(101.3,327.0)ng/L、0.10(0.04,0.20) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ 比0.30(0.17,0.39) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ 、(1.66 $\pm$ 1.53)mmol/L比(2.41 $\pm$ 1.46)mmol/L、7.0(5.0,9.0)分比8.0(6.0,10.0)分、(57.9 $\pm$ 6.3)%比(54.7 $\pm$ 6.2)%](均 $P<0.05$),SFI组病人ICU住院天数短于非SFI组[(12.8 $\pm$ 5.1)d比(14.9 $\pm$ 6.9)d, $P=0.036$],生存时间长于非SFI组(log-rank检验, $P=0.036$),两组28d病死率比较[40.3%(27/67)比55.0%(44/80)],差异无统计学意义($P=0.076$)。COX回归分析显示,SFI治疗[$HR=0.19$,95% CI :0.10~0.37]、ICU住院天数($HR=0.83$,95% CI :0.77~0.8879)、年龄($HR=1.04$,95% CI :1.02~1.06)、乳酸($HR=1.56$,95% CI :1.26~1.94)是病人28d死亡的独立影响因素(均 $P<0.05$)。**结论** 常规治疗联合SFI可以改善脓毒症休克病人心功能指标及病情,减少升压药物用量及ICU住院时间,延长其生存时间,但不能降低28d病死率。

关键词: 脓毒症; 休克; 参附注射液; 预后

Observation on the curative effect of Shenfu injection in the treatment of 67 patients with septic shock

WANG Wei,QIN Chao,BU Ke,ZHANG Jingfang,WANG Mingzhu

Author Affiliation:Department of Intensive Care Unit, The Fifth Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan 450000, China

Abstract: **Objective** To observe the effect of Shenfu injection (SFI) improves prognosis and clinical indicators of septic shock patients.**Methods** The clinical data of 147 patients with septic shock who were met the criteria in the Department of Intensive Care Unit, the Fifth Affiliated Hospital of Zhengzhou University from January 2018 to December 2019 were retrospectively analyzed. According to SFI treatment, patients were assigned into SFI group ($n=67$) and non-SFI group ($n=80$). Gender, age, heart rate, left ventricular ejection fraction (LVEF), B-type natriuretic peptide (BNP), mean arterial pressure (MAP), dose of norepinephrine (NE), lactate levels, SOFA score, total bilirubin (TBIL), creatinine (Cr), platelet (PLT), site of infection causing septic shock, ICU stay time and prognosis were retrospectively collected.**Results** There were no differences in all the baseline data between SFI group and non-SFI group ($P>0.05$). LVEF, BNP, dose of norepinephrine, lactate levels, SOFA score in the SFI group and the non-SFI group on day 6 of diagnosis of septic shock [(57.9 $\pm$ 6.3)%, (54.7 $\pm$ 6.2)%, 109.0 (74.0, 217.0) ng/L, 147.5 (101.3, 327.0) ng/L, 0.10 (0.04, 0.20) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$, 0.30 (0.17, 0.39) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$, (1.66 $\pm$ 1.53) mmol/L, (2.41 $\pm$ 1.46) mmol/L, 7.0 (5.0, 9.0) score, 8.0 (6.0, 10.0) score] were lower than those on day 1 [(45.2 $\pm$ 6.7)%, (44.1 $\pm$ 7.6)%, 459.0 (294.0,935.0) ng/L, 502.0 (224.5,863.8) ng/L, 0.60 (0.40, 0.80) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$, 0.55 (0.45, 0.70) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$, (4.12 $\pm$ 1.89) mmol/L, (4.31 $\pm$ 1.44) mmol/L, 10.0 (8.0, 13.0) score, 10.0 (8.3, 12.0) score] ($P<0.05$), and the indicators in SFI group was better than those in non-SFI group [(57.9 $\pm$ 6.3)% vs. (54.7 $\pm$ 6.2)%, 109.0 (74.0, 217.0)ng/L vs. 147.5 (101.3, 327.0) ng/L, 0.10 (0.04, 0.20) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ vs. 0.30 (0.17, 0.39) $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$, (1.66 $\pm$ 1.53)mmol/L vs. (2.41 $\pm$ 1.46) mmol/L, 7.0 (5.0, 9.0)score vs. 8.0 (6.0, 10.0) score] ($P<0.05$). ICU stay time in SFI group was shorter than that in non-SFI group [(12.8 $\pm$ 5.1)day vs.

(14.9 ± 6.9) day, $P = 0.036$]; the survival time in SFI group was longer than that in non-SFI group (log rank test, $P = 0.036$); mortality rate at 28 days was not different in the two groups [40.3% (27 / 67) vs. 55.0% (44 / 80), $P = 0.076$]. Cox regression analysis showed that SFI treatment [hazard ratio (HR)=0.19, 95% confidence interval (95%CI)=0.10-0.37], ICU stay time (HR=0.83, 95%CI=0.77-0.89), age (HR=1.04, 95%CI=1.02-1.06), lactate (HR=1.56, 95%CI=1.26-1.94) were independent influencing factors of 28 days mortality (all $P < 0.05$). **Conclusions** Conventional therapy combined with SFI can improve cardiac function and severity of illness, reduce dose of nor-epinephrine and ICU stay time and prolong survival time in septic shock patients, but SFI can not reduce mortality rate at 28 days.

Key words: Sepsis; Shock; Shenfu injection; Prognosis

脓毒症休克指在明确脓毒症诊断的基础上,伴有持续性低血压,经充分补充血容量后,仍需升压药物以维持平均动脉压(MAP) ≥ 65 mmHg,并且血清乳酸水平 > 2 mmol/L^[1]。目前脓毒症休克病人的病死率仍高达40%以上,脓毒症休克仍旧是重症监护病房(ICU)病人的主要死亡原因之一^[2-3]。中药参附注射液(SFI)具有回阳救逆、益气固脱等功效,临床应用可以稳定病人心率,改善心肌供血及改善休克导致的血压下降,抑制血管内皮细胞凋亡等作用^[4-6],因此SFI可以用于脓毒症休克病人的治疗,但最新脓毒症定义^[1]发布以来,相关临床报道甚少,为此本研究观察SFI对脓毒症休克病人临床预后及相关指标的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集2018年1月至2019年12月住入郑州大学第五附属医院重症医学科,符合2016年国际脓毒症休克诊断标准^[1]且年龄 > 18 岁的病人。排除标准:确诊脓毒症休克24 h内死亡的病人,对参附注射液过敏及恶性肿瘤晚期、妊娠期妇女、严重心功能不全、急性心肌梗死、严重肝脏疾病的病人。最终,147例纳入本研究。其中男95例,女52例,年龄(59.3 ± 16.3)岁。引起脓毒症休克的原发感染灶:肺部感染88例,腹腔感染27例,泌尿系统感染15例,其他部位感染17例。本研究符合医学伦理学标准,经郑州大学第五附属医院伦理委员会批准同意(批准号KY2020010)。

1.2 分组 根据病人确诊脓毒症休克后是否给予SFI治疗分为SFI组和非SFI组,非SFI组根据2017年国际脓毒症诊疗指南^[7]采用常规治疗方案,包括早期液体复苏、早期抗菌药物应用、机械通气、血液净化、营养支持等,SFI组在常规治疗基础上,联合SFI(华润三九药业有限公司,批号17120101005)100 mL加入到5%葡萄糖注射液250 mL中,每12小时1次静脉滴注,连用5 d。

1.3 数据收集 收集病人的临床资料,包括:①病人的性别、年龄、引起脓毒症休克的原发感染灶、ICU住院天数、预后;②确诊脓毒症休克第1天病人的最低平均动脉压(MAP)、总胆红素(TBIL)、肌酐(Cr)、血小板(PLT);③病人的心率、左心室射血分

数(LVEF)、血清脑钠肽(BNP)、乳酸、去甲肾上腺素(NE)最高用量、器官功能序贯衰竭(SOFA)评分(以上各指标分别收集确诊脓毒症休克第1天及第6天的指标)。

1.4 统计学方法 所有数据用SPSS 17.0进行统计分析,对计量资料进行正态性检验,呈正态分布者用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本的 t 检验,两组治疗前后比较分别采用配对样本的 t 检验;呈偏态分布者用中位数(下、上四分位数)表示,即 $M(P_{25}, P_{75})$,组间比较采用两独立样本的Mann-Whitney U 秩和检验,两组治疗前后比较分别采用两相关样本的Wilcoxon秩和检验;分类变量用频率表示,采用 χ^2 检验。病人的生存时间用Kaplan-Meier分析并使用log-rank进行检验,28 d死亡的独立危险因素用多因素COX回归模型分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组基线资料比较 SFI组67例,非SFI组80例,两组病人的性别、年龄、引起脓毒症休克的原发感染灶例数、确诊脓毒症休克第1天心率、LVEF、BNP、MAP、NE用量、乳酸、SOFA评分、TBIL、Cr、PLT比较,均差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表1。

2.2 脓毒症休克第6天与第1天各指标变化值比较 SFI组与非SFI组病人心率、BNP、NE用量、乳酸及SOFA评分在诊断脓毒症休克第6日均低于第1天,两组病人LVEF第6日均高于第1天,均差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),在诊断脓毒症休克第6天时,SFI组病人BNP、NE用量、乳酸及SOFA评分均低于非SFI组,SFI组病人LVEF高于非SFI组,均差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),但在诊断脓毒症休克第6天时,两组病人心率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表2。

2.3 两组病人预后比较 SFI组病人ICU住院时间少于非SFI组($P < 0.05$);log-rank检验SFI组病人生存时间长于非SFI组($P < 0.05$),SFI组病人28 d病死率与非SFI组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.4 病人28 d死亡的危险因素分析 将SFI治疗、性别、年龄、确诊脓毒症休克第1天心率、LVEF、BNP、MAP、NE、乳酸、TBIL、Cr、PLT、SOFA评分、ICU

表1 脓毒症病人147例一般资料及28 d病死率比较

指标	SFI组(n=67)	非SFI组(n=80)	$t(\chi^2)[Z]$ 值	P值
性别(男/女)/例	42/25	53/27	(0.20)	0.653
年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	60.2±15.7	58.5±16.9	0.62	0.535
心率/(次/分, $\bar{x} \pm s$)	121.9±13.2	119.1±8.9	1.55	0.124
LVEF/(%, $\bar{x} \pm s$)	45.2±6.7	44.1±7.6	0.91	0.364
BNP/[ng/L, $M(P_{25}, P_{75})$]	459.0(294.0, 935.0)	502.0(224.5, 863.8)	[-0.70]	0.486
MAP/(mmHg, $\bar{x} \pm s$)	54.9±5.6	56.1±5.7	-1.18	0.239
NE/[$\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$, $M(P_{25}, P_{75})$]	0.60(0.40, 0.80)	0.53(0.45, 0.64)	[-1.61]	0.108
乳酸/(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)	4.12±1.89	4.31±1.44	-0.67	0.504
TBIL/($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)	17.5±7.0	15.6±7.3	1.62	0.107
Cr/($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)	111.8±48.7	100.8±48.3	1.37	0.172
PLT/($\times 10^9/\text{L}$, $\bar{x} \pm s$)	140.8±65.7	156.4±66.4	-1.43	0.156
SOFA评分/[分, $M(P_{25}, P_{75})$]	10.0(8.0, 13.0)	10.0(8.3, 12.0)	[-0.79]	0.429
ICU住院天数/(d, $\bar{x} \pm s$)	12.8±5.1	14.9±6.9	-2.11	0.036
28d死亡(是/否)/例	27/40	44/36	(3.16)	0.076
原发感染灶/例			(4.27)	0.234
肺部	36	52		
腹腔	17	10		
泌尿系	6	9		
其他部位	8	9		

注:LVEF为左心室射血分数,BNP为血清脑钠肽,MAP为平均动脉压,NE为去甲肾上腺素,TBIL为总胆红素,Cr为肌酐,PLT为血小板。

表2 脓毒症病人147例各指标动态变化值比较

组别	例数	心率/(次/分, $\bar{x} \pm s$)	LVEF/(%, $\bar{x} \pm s$)	BNP/[ng/L, $M(P_{25}, P_{75})$]	NE/[$\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$, $M(P_{25}, P_{75})$]	乳酸/(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)	SOFA评分/[分, $M(P_{25}, P_{75})$]
SFI组	67						
第1天	67	121.9±13.2	45.2±6.7	459.0(294.0, 935.0)	0.60(0.40, 0.80)	4.12±1.89	10.0(8.0, 13.0)
第6天	63	88.0±18.5	57.9±6.3	109.0(74.0, 217.0)	0.10(0.04, 0.20)	1.66±1.53	7.0(5.0, 9.0)
$t(Z), P$ 值		16.75, <0.001	-17.86, <0.001	(-6.88), <0.001	(-6.63), <0.001	18.09, <0.001	(-6.06), <0.001
非SFI组	80						
第1天	80	119.1±8.9	44.1±7.6	502.0(224.5, 863.8)	0.55(0.45, 0.70)	4.31±1.44	10.0(8.3, 12.0)
第6天	72	92.2±12.4	54.7±6.2	147.5(101.3, 327.0)	0.30(0.17, 0.39)	2.41±1.46	8.0(6.0, 10.0)
$t(Z), P$ 值		21.98, <0.001	-13.39, <0.001	(-7.11), <0.001	(-6.40), <0.001	12.24, <0.001	(-6.91), <0.001
两组比较 $t(Z), P$ 值							
治疗前		1.55, 0.124	0.91, 0.364	(-0.70), 0.486	(-1.61), 0.108	-0.67, 0.504	(-0.79), 0.429
治疗后		-1.58, 0.117	2.94, 0.004	-2.71, 0.007	-4.31, <0.001	-2.89, 0.004	(-2.70), 0.007

注:LVEF为左心室射血分数,BNP为血清脑钠肽,NE为去甲肾上腺素,SOFA为器官功能序惯衰竭。

住院天数、原发感染灶等因素纳入COX回归模型,结果显示,SFI治疗、ICU住院天数、年龄、乳酸是脓毒症休克病人28 d死亡的独立影响因素(均 $P<0.05$),给予SFI治疗及ICU住院天数越长,其死亡风险越低,年龄越大、乳酸越高,其死亡风险越高,见表3。

3 讨论

脓毒症是一种由感染引起机体的一系列病理、生理以及生化异常的临床综合征,是目前重症医学面临的重要问题,该病最终导致病人多器官功能障碍而死亡^[8]。随着目前新型抗生素的应用、营养支持、呼吸机以及连续肾脏替代治疗等技术的广泛应

用,脓毒症的治疗取得了很大进步,但脓毒性休克目前病死率仍居高不下^[1-3]。有相关研究指出,脓毒症休克时出现心功能不全高达40%~50%,其病死率在70%以上,脓毒症休克导致的心功能不全是由多种因素共同作用的结果,包括炎症刺激、内皮细胞损伤、氧化应激、心肌细胞线粒体功能障碍及心肌细胞凋亡等^[9-11]。

SFI具有回阳救逆、益气固脱等作用,其主要成分为人参皂苷和乌头类生物碱,相关研究证实此两种成分具有抑制心肌细胞膜钠离子-钾离子-ATP酶,促进钠离子、钙离子交换,使钙离子内流增加,扩张冠状动脉,降低心肌耗氧量,提高心肌收缩功

表3 多因素COX回归分析病人28 d死亡的影响因素

指标	偏回归 系数	标准 误	Wald χ^2 值	HR值	95%CI	P值
SFI治疗	-1.64	0.33	25.46	0.19	0.10~0.37	<0.001
性别	-0.36	0.29	1.54	0.70	0.39~1.23	0.214
年龄	0.04	0.01	12.64	1.04	1.02~1.06	<0.001
心率	0.03	0.02	1.95	1.03	0.99~1.06	0.162
LVEF	0.01	0.02	0.14	1.01	0.97~1.05	0.707
BNP	0.00	0.00	0.33	1.00	1.00~1.00	0.564
MAP	-0.02	0.03	0.67	0.98	0.93~1.03	0.413
NE	1.06	0.74	2.04	2.89	0.67~12.43	0.154
乳酸	0.45	0.11	16.25	1.56	1.26~1.94	<0.001
TBIL	0.00	0.03	0.03	1.00	0.96~1.05	0.866
Cr	-0.01	0.00	2.00	0.99	0.99~1.00	0.157
PLT	0.00	0.00	0.04	1.00	0.99~1.01	0.848
SOFA评分	0.18	0.10	3.26	1.20	0.99~1.45	0.071
ICU住院天数	-0.19	0.04	26.15	0.83	0.77~0.89	<0.001
原发感染灶	-0.15	0.14	1.23	0.86	0.66~1.12	0.268

注:LVEF为左心室射血分数,BNP为血清脑钠肽,MAP为平均动脉压,NE为去甲肾上腺素,TBIL为总胆红素,Cr为肌酐,PLT为血小板。

能及心排血量,从而改善组织的低灌注,还可以增加前列环素的合成和释放,促进肺动脉扩张,降低右心负荷,改善右心功能,进而提高氧输送和氧利用,改善微循环^[12-14]。因此SFI可以用于脓毒症休克病人的治疗。在一个脓毒症大鼠模型实验中,马伟斌等^[15]研究发现,SFI能够提高脓毒症大鼠的平均动脉压、改善其心功能、稳定心率、减少心肌细胞凋亡的发生和心肌组织丙二醛含量,增加超氧化物歧化酶活性,表明SFI有助于脓毒症大鼠心肌氧化应激异常的恢复,且作用强度与SFI的剂量成正相关。在一个临床研究中发现,持续泵入SFI 50 毫升/次,10 mL/h,2次/天,疗程7 d较对照组能够显著缓解脓毒症休克诱导的心肌损伤,改善病人的心脏功能,但不能降低病人的28 d病死率^[16],在另一个前瞻随机对照多中心临床研究中,Li等^[17]发现第1天给予脓毒症休克SFI 30 mL/h,共3 h泵入,随后100 mL静滴,1次/天,连用5 d,能够显著改善脓毒症休克病人的中心静脉压及中心静脉血氧饱和度,提示SFI能够改善脓毒症休克病人的微循环,同时也能降低病人的7 d病死率,但不能降低ICU住院时间及28 d病死率,在本研究SFI的治疗剂量下提示,SFI能够改善脓毒症休克病人的心功能指标、降低升压药物用量及ICU住院时间,延长其生存时间,但也不能降低病人28 d病死率。究其原因可能为,脓毒症休克的病理生理、病因复杂,病人的预后受多方面因素影响,如抗菌药物应用是否合理、营养支持治疗是否合理、引流是否充分、感染严重程度、连续性肾脏替

代治疗时机等。以上研究表明,SFI治疗脓毒症休克的疗效是肯定的,但目前SFI临床治疗剂量仍没有统一标准,具体多大剂量更有利于脓毒症休克病人,有待于日后临床研究的进一步探讨。

SOFA评分是目前评价脓毒症休克病人病情严重程度公认的评分标准,其分值越高,病人危重程度越重,病死率越高,随病情的好转,其分值也随之降低^[18-19]。乳酸也是评估脓毒症休克严重程度及预后的重要指标,张向群等^[20]的研究发现,长时间的高乳酸血症可以增加脓毒症病人的死亡风险,李跃东^[21]的研究也发现,脓毒症休克病人血乳酸水平越高,其病情越重,死亡风险越高,随治疗的好转,乳酸水平迅速下降,死亡风险也明显降低。在本研究中,SFI组病人的SOFA评分及乳酸水平在脓毒症休克第6天时较非SFI组降低更显著,表明SFI组病人的病情改善更明显,死亡风险更低。

综上所述,常规治疗联合SFI可以改善脓毒症休克病人心功能指标及病情严重程度,减少升压药物用量及ICU住院时间,延长其生存时间,但不能降低28 d病死率,然而本研究是临床小样本的回顾性分析,期待多中心大样本的前瞻性研究做进一步证实。

参考文献

- [1] SINGER M, DEUTSCHMAN CS, SEYMOUR CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis - 3)[J]. JAMA, 2016, 315(8): 801-810.
- [2] MAYR FB, YENDE S, ANGUS DC. Epidemiology of severe sepsis[J]. Virulence, 2014, 5(1): 4-11.
- [3] 薛锋, 刘春广. 脓毒症休克组织灌注监测指标的研究进展[J]. 中华急诊医学杂志, 2018, 27(6): 691-693.
- [4] 赵光举, 卢中秋. 脓毒症内皮细胞损伤与微循环障碍[J]. 临床急诊杂志, 2012, 13(1): 8-13.
- [5] LOMAS J, PED M, VENET F, et al. The role and source of tumor necrosis factor- α in hemorrhage-induced priming for septic lung injury [J]. Shock (Augusta, Ga), 2012, 37(6): 611-620.
- [6] 中国医师协会急诊医师分会, 中国研究型医院学会休克与脓毒症专业委员会. 参附注射液急重症临床应用专家共识[J]. 中国急救医学, 2018, 38(11): 925-931.
- [7] RHODES A, EVANS LE, ALHAZZANI W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016[J]. Intensive Care Med, 2017, 43(3): 304-377.
- [8] GOTTS JE, MATTHAY MA. Sepsis: pathophysiology and clinical management [J]. BMJ, 2016, 353: i1585. DOI: 10.1136/bmj.i1585.
- [9] 曾兴宏, 李玲, 陈艳霞. 艾司洛尔对脓毒症病人外周血淋巴细胞分泌细胞因子水平及心功能的影响[J]. 安徽医药, 2017, 21(2): 334-338.
- [10] AN R, ZHAO L, XI C, et al. Melatonin attenuates sepsis-induced cardiac dysfunction via a PI3K/ Akt - dependent mecha-

- nism[J]. Basic Res Cardiol, 2016, 111(1):8.
- [11] LIU YC, YU MM, SHOU ST, et al. Sepsis - induced cardiomyopathy: mechanisms and treatments [J]. Front Immunol, 2017, 8: 1021.
- [12] 陈志刚, 刘长, 易欣, 等. 早期采用亚低温配合参附注射液治疗心脏骤停后综合征的临床效果[J]. 安徽医药, 2016, 20(12): 2339-2343.
- [13] LI MQ, PAN CG, WANG XM, et al. Effect of the shenfu injection combined with early goal-directed therapy on organ functions and outcomes of septic shock patients[J]. Cell Biochem Biophys, 2015, 72:807-812.
- [14] 杨莉, 岳金芳, 罗苑苑, 等. 参附注射液治疗脓毒症心肌抑制的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(5): 149-151.
- [15] 马伟斌, 江荣林, 雷澍, 等. 参附注射液对脓毒症大鼠心肌氧化应激的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(9):1009-1014.
- [16] 刘涛, 吕波, 黄瑞峰, 等. 参附注射液对脓毒症心肌损伤患者心功能的影响[J]. 山东医药, 2014, 54(26):69-71.
- [17] LI Y, ZHANG XC, LIN PH, et al. Effects of shenfu injection in the treatment of septic shock patients: a multicenter, controlled, randomized, open-label trial[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2016, 2016(1):1-9.
- [18] 马玉仓, 方长太, 黄利娟, 等. 白细胞介素-35在脓毒症中的变化及其与病情严重程度相关性[J]. 安徽医药, 2018, 22(10):1905-1908.
- [19] 陈瑞娟, 周熙谋, 芮庆林, 等. 影响脓毒症短期预后危险因素的联合预测价值[J]. 中华危重病急救医学, 2020, 32(3): 307-312.
- [20] 张向群, 刘波, 徐爱民, 等. 血乳酸联合 PIRO 评分对脓毒症患者预后的预测价值[J]. 中华急诊医学杂志, 2017, 26(2): 176-180.
- [21] 李跃东. 血乳酸水平对感染性休克预后的临床分析[J]. 安徽医药, 2011, 15(9):1124-1125.
- (收稿日期:2020-06-03, 修回日期:2020-09-02)

引用本文:杜卫甫,程晓昱,姚淮芳. 血府逐瘀汤加减治疗老年稳定型心绞痛并焦虑抑郁状态 30 例疗效观察[J]. 安徽医药, 2022, 26(7):1462-1465. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2022.07.044.

◇ 药物与临床 ◇



血府逐瘀汤加减治疗老年稳定型心绞痛并焦虑抑郁状态 30 例疗效观察

杜卫甫,程晓昱,姚淮芳

作者单位:安徽中医药大学第一附属医院老年病中心心内科,安徽 合肥 230031

通信作者:程晓昱,女,主任医师,博士研究生导师,研究方向为老年心血管疾病中西医结合,Email:cyx478@163.com

基金项目:安徽省卫生和计划生育委员会中医药领军人才培养对象专项项目(中医药发展秘[2018]23号)

摘要: **目的** 观察血府逐瘀汤加减治疗老年稳定型心绞痛的“双心”(即心脏疾病合并心理疾病)疗效。**方法** 选取安徽中医药大学第一附属医院老年病中心内科 2019 年 1—12 月住院的老年稳定型心绞痛病人 60 例,分为对照组和观察组各 30 例。对照组给予常规药物治疗,观察组在常规治疗基础上给予血府逐瘀汤加减治疗,两组均以 4 周为 1 个疗程。治疗前后观察临床症状发作情况、心电图,采用广泛性焦虑量表(GAD-7)进行焦虑评定,同时记录不良反应情况。**结果** 治疗 4 周后,观察组的临床总有效率为 86.67%,高于对照组的 73.33%($P<0.05$),心电图改善总有效率观察组为 93.33%,优于对照组的 73.33%($P<0.05$),治疗后焦虑发生率观察组为 16.7%,低于对照组的 46.7%,广泛性焦虑量表评分观察组为 (4.03 ± 1.85) 分,低于对照组的 (6.32 ± 3.04) 分,均差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 血府逐瘀汤加减能够显著提高老年稳定型心绞痛的临床疗效,可明显改善病人心电图,降低焦虑发生率以及 GAD-7 评分,发挥了“双心”治疗效应。

关键词: 心绞痛,稳定型; 焦虑; 血府逐瘀汤; 老年人; “双心”医学

Curative effect observation of treatment with modified *Xuefu Zhuyu* decoction in the 30 cases elderly patients with stable angina pectoris complicated with anxious or depressed state

DU Weifu, CHENG Xiaoyu, YAO Huaifang

Author Affiliation: Center for Clinical Research of Geriatric Cardiology Diseases, The First Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei, Anhui 230031, China

Abstract: **Objective** To observe the psycho-cardiology efficacy of treatment with Modified *Xuefu Zhuyu* decoction in the elderly patients with stable angina pectoris. **Methods** A total of 60 elderly patients with stable angina pectoris who underwent cardiology treatment in the First Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine from January 2019 to December 2019 were se-