



炙甘草汤加减治疗心律失常 40 例临床效果评价

王芬华 (湖南省邵东县中医医院中药房 422800)

摘要:目的 探讨炙甘草汤加减治疗心律失常 40 例临床效果评价。方法 选择自 2017 年 1 月至 2017 年 12 月收治的 40 例心律失常患者为对象(研究组),均接受常规西药联合炙甘草汤加减治疗;另选取同时间段收治的 40 例心律失常患者为对象(对照组),均接受常规西药治疗。**结果** 研究组的治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组的治疗前主证积分及次证积分均与对照组无差异性($P > 0.05$);两组治疗后的主证积分及次证积分均低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组治疗后的主证积分及次证积分均低于对照组差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 心律失常应用常规西药治疗联合炙甘草汤加减治疗可提高临床疗效,值得推广应用。

关键词:炙甘草汤 心律失常 临床效果

中图分类号:R259 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)17-033-02

心律失常为临床常见的冠心病合并症,对患者的身体健康、日常生活均造成较严重威胁。临床结合心律失常患者的疾病特点,以采取药物治疗作为常用治疗方案。而鉴于心律失常难治性及其原发病症,临床应严格遵照“长期用药以保障疗效”作为选择药物原则。目前以采取胺碘酮药物作为治疗心律失常的常用药物,但其药物不良反应情况较高,影响疗效^[1]。本次研究工作旨在探讨炙甘草汤加减治疗心律失常 40 例临床效果评价。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择自 2017 年 1 月至 2017 年 12 月收治的 40 例心律失常患者为对象(研究组),均接受常规西药联合炙甘草汤加减治疗;另选取同时间段收治的 40 例心律失常患者为对象(对照组),均接受常规西药治疗。对照组:性别:男 29 例,女 11 例;年龄:27-79 岁,平均年龄为(53.20±4.85)岁;病程时间:1-20 年,平均病程时间为(11.50±2.50)年;中医辨证分型:气阴两虚有 18 例,心血虚有 15 例,心阳虚有 7 例。研究组:性别:男 27 例,女 13 例;年龄:28-78 岁,平均年龄为(53.33±4.70)岁;病程时间:1-20 年,平均病程时间为(11.35±2.65)年;中医辨证分型:气阴两虚有 17 例,心血虚有 14 例,心阳虚有 9 例。两组心律失常患者的一般资料均无差异性, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

研究组接受常规西药联合炙甘草汤加减治疗;对照组接受常规西药治疗。(1)常规西药治疗方法具体操作如下:给予溶栓治疗、抗凝治疗、降脂治疗、抗血小板治疗等,以及给予胺碘酮药物治疗(将 0.15g 胺碘酮与 100mL 葡萄糖注射液混合,静滴,一日 1 次,每次 1g;2 周后结合患者的疾病改善情况酌情减量至每日 0.2g-0.4g)。一个疗程 8 周,共治疗 3 个疗程^[2]。(2)炙甘草汤加减治疗具体操作如下:①方药组成:清酒(30g),胡麻仁(20g),麦冬(12g),炙甘草(12g),人参(10g),桂枝(10g),

阿胶(烔化,10g),生姜(6g),大枣(6g)。②辨证施治:若患者气阴两虚,则添加知母(10g)及黄柏(10g);若患者心血虚,则添加红花(10g)及桃仁(10g);若患者心阳虚,则减去人参(10g)及桂枝(10g),添加南沙参(15g)、肉桂(10g)及附子(10g)。将上述药物以水煎,并取汁 500mL,一日 2 次,每次 250mL,早晚温服。一个疗程 8 周,共治疗 3 个疗程^[3]。

1.3 观察指标

观察两组患者的临床疗效,以及治疗前、治疗后的中医症候积分。待研究结束后进行比较分析。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS23.0 进行处理分析两组数据资料,经[n(%)]代表计数资料,以 χ^2 检验;经($\bar{x} \pm s$)代表计量资料,以t检验;若 $P < 0.05$,即代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的临床疗效比较

从表 1 可知,研究组的治疗总有效率高于对照组, χ^2 值=8.5375, P 值=0.0035。

表 1: 两组的临床疗效比较 [n (%)]

分组(n)	显效	有效	无效	治疗总有效率
研究组(n=40)	28	10	1	97.50
对照组(n=40)	19	11	10	75.00
χ^2 值	-	-	-	8.5375
P 值	-	-	-	0.0035

2.2 两组治疗前后的中医症候积分比较

从表 2 可知,研究组治疗前主证积分与对照组无差异性,t 值=0.4718, P 值=0.6387;研究组治疗前次证积分与对照组无差异性,t 值=0.1504, P 值=0.8809;研究组治疗后主证积分更低与对照组,t 值=58.5098, P 值=0.0000;研究组治疗前后证积分更低与对照组,t 值=78.3304, P 值=0.0000。

表 2: 两组治疗前后的中医症候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组(n)	主证				次证			
	治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
研究组(n=40)	7.65±0.45	2.08±0.13	68.3115	0.0000	12.70±1.32	2.11±0.07	46.0224	0.0000
对照组(n=40)	7.70±0.41	4.95±0.25	32.8973	0.0000	12.65±1.38	5.65±0.25	28.6724	0.0000
t 值	0.4718	58.5098	-	-	0.1504	78.3304	-	-
P 值	0.6387	0.0000	-	-	0.8809	0.0000	-	-

3 讨论

心律失常为临床最为常见的冠心病并发症之一,主要是指患者心律起源部位异常、心搏节律异常、心搏频率异常、冲动传导异常等因素,而诱发的以心绞痛作为主要临床症状表现的疾病。心律失常患者严重时,容易发展成为心肌梗塞,导致患者猝死风险明显增加。

临床结合心律失常患者的疾病特点,以采取胺碘酮药物治疗

为常用西药治疗方法,该药物可以舒张血管平滑肌,从而利于减少外周血管阻力,减少心肌耗氧量,以有效保护机体缺血心肌,从而促使心律失常症状得以缓解。但若长期性单独使用西药治疗,其临床疗效不明显。中医角度而言,冠心病心律失常归属于“心悸”、“胸痹”、“怔忡”范畴^[4]。本次研究工作中,研究组在接受胺碘酮药物等常用西药治疗基础上,对患者辨证施治,并实施炙甘

(下转第 35 页)



患者,予以中药烫熨结合雷火灸摆阵法的治疗方案。具体来看,关于中药烫熨治疗,直接将中药加热,然后在人体局部选定一定穴位,适时来回移动或回旋运转,利用温热之力,将药性通过体表毛孔透入经络、血脉。对此,从现代医学研究的角度来评价,该套治疗方案的主要功能价值在于扩张局部毛细血管^[9]。如此以来,可在相对较短的时间内,达到局部血液循环加快且通畅的效果,最终有效减轻局部组织水肿以及神经压迫障碍。在此基础上,结合雷火灸摆阵法,借助远红外线和近红外线的作用,将中草药直接作用于病灶周围及穴位,通过必要的手法操作,也可起到温通经络和调节微循环的功效^[10]。从2组患者临床疗效结果统计比较来看,观察组30例患者在中药烫熨结合雷火灸摆阵法治疗下,疗效更加显著。

综上所述,应用中药烫熨联合雷火灸摆阵法综合护理干预腰椎间盘突出症急性发作期患者,可快速有效减轻患者的疼痛,改善腰部状况,促进临床康复,具有较手术安全、无创、经济的优点,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1] 李利红. 中药烫熨与熏蒸治疗腰椎间盘突出症的护理[J]. 河南科技大学学报(医学版),2016,34(2):147-148,151.

[2] 廖桂华. 烫疗在腰椎间盘突出症门诊病人保守治疗中的护理体会[J]. 中国民族民间医药,2011,20(6):50-51.

[3] 李惠,薛梅,彭莉君等. 应用中药烫熨疗法治疗腰椎间盘突出症的护理体会[J]. 医药前沿,2016,6(33):204-205.

[4] 梁茜茜. 循经中药烫熨治疗在腰椎间盘突出症病人中的护理效果[J]. 全科护理,2017,15(3):305-306.

[5] 黄勤,车旭东,梁哲瑞等. 中药烫熨治疗腰椎间盘突出症的康复护理干预体会[J]. 中国实用医药,2017,12(31):147-149.

[6] 刘维秋,张义文,蓝善慧等. 中药烫熨联合贴敷治疗腰椎间盘突出症的护理体会[J]. 中国民族民间医药,2016,25(4):136-136,138.

[7] 沈燕舞. 推拿配合中药烫熨治疗腰椎间盘突出症患者的临床护理观察[J]. 中国保健营养,2017,27(32):238-239.

[8] 金艳芳. 雷火灸摆阵法治疗腰椎间盘突出症效果观察与护理[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(24):119-120.

[9] 杨丽艳,李志峰,何佳,等. 针刺配合赵氏雷火灸治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 成都中医药大学学报,2015,38(2):59-61.

[10] 丁庆刚,连树林. 雷火灸治疗肝肾亏虚(偏阳虚)型腰椎间盘突出症30例[J]. 中国中医药现代远程教育,2015,13(19):81-82.

(上接第31页)

率明显比治疗组患者高,但治疗组患者的焦虑和抑郁评分却显著低于对照组患者($P < 0.05$),两组对比差异存在统计学意义。

由此可见,眼外伤患者在采取眼底荧光血管造影术后,采取护理干预措施,不仅可以降低患者出现不良反应的几率,还能改善患者的心理状态,减轻患者焦虑和抑郁的程度,在临床上具有良好的护理效果,因而,值得在临床上进行大力推广。

参考文献

[1] 陈继育. 眼底荧光血管造影患者临床护理方法的探究[J]. 中国实用医药,2015,(08):228-229.

[2] 陈兴. 眼外伤患者眼底荧光血管造影不良反应护理干预[J]. 西部中医药,2015,(01):95-98.

[3] 刘云霞. 护理干预预防眼底荧光血管造影不良反应的观察[J]. 中国民康医学,2014,(17):59-60.

[4] 陈典翠,李仪静. 护理干预预防眼底血管荧光造影不良反应的临床效果观察[J]. 实用临床医药杂志,2014,(02):72-74.

[5] 汪菊红,汪静. 护理干预对眼底荧光造影不良反应的临床观察[J]. 临床护理杂志,2013,(01):35-36.

[6] 刘小红,宁靖,王少梅,施召荣. 眼底荧光血管造影不良反应的预防与护理配合[J]. 中国医药指南,2011,(23):334-335.

(上接第32页)

助产,对照组65例采用传统的会阴保护技术。对于2组低危初产妇不同分娩技术应用下的临床实效性,从产妇产后的会阴情况比较上来看,观察组65例会阴完整6例,会阴侧切20例;对照组65例中,会阴完整仅2例,且会阴侧切多达34例。组间差异显著($P < 0.05$);在产程时间、产后出血以及新生儿窒息有效控制方面,观察组65例均显著优于对照组65例($P < 0.05$)。综合来看,会阴无保护技术改变了传统“一刀切”助产现状,尤其是对于初产妇而言,这一点尤为关键。正如本次观察组65例,产妇产后仅需在助产人员的帮助下均匀用力即可,助产人员用左手控制胎头娩出速度,并不直接对会阴部位来进行人工干预。如此以来,可大幅减少产妇产后裂伤的发生,降低了会阴侧切率,提高自然分娩的成功率。

参考文献

[1] 孙霞. 导乐配合PCEA在低位水囊引产初产妇分娩中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(11):72-73.

[2] 吴雅丽,黄定根,张海清,等. 改良式低位产钳术联合无保护会阴助产护理在初产妇中的应用效果[J]. 中国当代医药,2015(15):176-178.

[3] 林海燕. 会阴侧切对母儿结局的影响分析[J]. 国际医药卫生导报,2015,21(4):558-560.

[4] 王少芳,黄银英,章慧燕. 会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用[J]. 解放军护理杂志,2013,30(3):69-71.

[5] 孙爱莲. 会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用[J]. 中外女性健康研究,2015(14):57-57.

(上接第33页)

草汤加减治疗。从结果可知,经治疗后,两组的中医症候积分均较治疗前有改善,且研究组改善幅度更显著, $P < 0.05$;而且,研究组的治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,心律失常患者在接受常规西药治疗过程中,联合炙甘草汤加减治疗可以明显改善其中医症候积分,改善疾病症状,提高临床治疗效果,值得在临床中加强推广与应用。

参考文献

[1] 王思文. 炙甘草汤的临床应用及实验研究[J]. 吉林中医药,2018,38(1):96-98.

[2] 孙雪松,刘克新. 炙甘草汤治疗肺系疾病应用心得[J]. 中国中医药信息杂志,2018,25(1):118-120.

[3] C.Okan Sakar, Olcay Kursun,Huseyin Sekeretal. Combining multiple views: Case studies on protein and arrhythmia features[J].Engineering Applications of Artificial Intelligence:The International Journal of Intelligent Real-Time Automation,2014,28:174-180.

[4] Liu,M.,Li,M.,Sun,S.etal.The use of antibody modified liposomes loaded with AMO-1 to deliver oligonucleotides to ischemic myocardium for arrhythmia therapy[J].Biomaterials,2014,35(11):3697-3707.