

真武汤联合血府逐瘀汤加减治疗冠心病慢性心力衰竭效果及对患者BNP水平的影响研究

陶 政

浏阳市中医医院 湖南浏阳 410300

【摘要】目的 观察常规西药基础上加用真武汤联合血府逐瘀汤对冠心病慢性心衰的影响。**方法** 选择80例符合条件病患,均给予血管受体拮抗剂、降脂、利尿药物,对其中40例联合真武汤合血府逐瘀汤治疗,比较用药前后心功能、血浆BNP水平及治疗效果差异。**结果** 观察组LVESV、LVEF、LVEDV在用药后分别为(43.17±3.26)mm、(53.07±5.71)%、(28.13±3.40)mm,改善程度远大于对照组;对照组治疗总有效率为80%,观察组为95%;用药后对照组血浆BNP水平降至(622.73±86.54)ng/L,观察组降至(48.59±80.62)ng/L。各项对比组间差异显著。**结论** 常规西药治疗基础上加用真武汤联合血府逐瘀汤可有效控制冠心病慢性心衰患者BNP水平,改善心功能,具有深入研究价值。

【关键词】慢性心衰;冠心病;BNP水平**【中图分类号】**R259**【文献标识码】**A**【文章编号】**1672-0415 (2019) 04-153-02

心力衰竭是心血管疾病的严重阶段或终末阶段,常伴有心悸、心绞痛症状,若控制不当易造成心功能螺旋式下降且不可逆^[1]。临床多以扩血管、降脂、利尿为主要治疗方案,但长期应用易发生不良反应。中医研究中将该病症病机归为血瘀水停、心肾阳虚^[2]。本次研究以对比形式观察了常规西药基础上加用真武汤联合血府逐瘀汤对冠心病慢性心衰的治疗作用。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取在2018年5月至10月期间收治的冠心病慢性心力衰竭住院病患共80例,按照随机数字表法均分两组。对照组中男女比例为21:19;年龄区间处于51-79岁,平均年龄(60.74±2.25)岁。观察组中男女比例为20:20;年龄区间处于50-79岁,平均年龄(60.13±2.91)岁。组间基础资料无明显差异($p > 0.05$)。

纳入标准:心功能处于II-IV级,冠心病为心衰原发病。中医角度,患者主症为气喘、心悸、水肿,次症为口唇青紫、尿少、喘咳、肢体发冷、咳痰、乏力。

剔除标准:心(肺?)源性心脏病、因重要脏器官功能衰竭引发心衰、肺栓塞、造血系统异常、肝肾功能异常、完全房室传导阻滞、严重室性心律失常者。

1.2 一般方法

两组在入院后均给予常规西药治疗:厄贝沙坦(血管受体拮抗剂)150mg/次,1次/d;阿托伐他汀(降脂)40mg/次,1次/d;呋塞米(利尿)20mg/次,1次/d。连续用药4周,期间观察心功能变化。

观察组在此基础上给予真武汤联合血府逐瘀汤加减,基础药方如下:3g柴胡、6g赤芍、6g枳壳、9g生地黄、9g制附子(先煎)、9g当归、9g茯苓、15g川芎、6g桔梗、6g甘草、9g红花、9g牛膝、9g芍药、9g生姜、12g桃仁、15g白术。在此基础上予以加减:阴虚者加入15g麦冬、10g五味子,心绞痛者加入15g瓜蒌、10g薤白,明显水肿者加入12g炒柏子仁、15g汉防己。

1.3 观察指标^[3]

1.3.1 心功能水平

测定左室收缩末容积、左室射血分数、左室舒张末容积。

1.3.2 治疗效果

显效——心功能提升2级以上或达到1级、临床症状基本消失有效——心功能提升1级,临床症状好转;无效——心功能未明显改善或恶化。

1.3.3 BNP水平

清晨空腹状态下抽取2ml静脉血,放入EDTA-2K抗凝试管,以每分钟3500转速度离心处理15分钟后将血浆分离,放置在零下20℃冰柜中静置。NT-proBNP水平以酶联免疫吸附法测定。

1.4 统计学分析

采用SPSS21.0统计学软件,LVESV、LVEF、LVEDV值、BNP水平以均数±标准差表示,以t检验;治疗效果以[n(%)]表示,以卡方检验。若 $p < 0.05$ 表示组间数据有统计学意义。

2 结果

2.1 心功能

比较两组患者用药前后LVESV、LVEF、LVEDV三项心功能数值变化,显示用药后均得以改善,当观察组改善程度更大($p < 0.05$),详见表一。

表一:心功能对比表

组别	LVESV (mm)	LVEF (%)	LVEDV (mm)
对照组 (n=40)	57.82±4.98	36.46±5.22	65.04±6.38
观察组 (n=40)	53.74±3.66	40.71±4.92	61.45±5.82
对照组 (n=40)	57.18±5.05	36.53±4.89	65.47±6.09
观察组 (n=40)	43.17±3.26	53.07±5.71	58.13±3.40

2.2 治疗效果

根据疗效判定标准统计两组治疗总有效率,显示对照组为80%,观察组为95%($p < 0.05$),详见表二。

表二:治疗效果对比表[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=40)	14 (35)	18 (45)	8 (20)	32 (80)
观察组 (n=40)	22 (55)	16 (40)	2 (5)	38 (95)

2.3 BNP水平

比较用药前后两组血浆BNP水平。对照组治疗前为(1028.49±86.33)ng/L,用药后降至(622.73±86.54)ng/L;观察组治疗前为(1031.86±91.25)ng/L,用药后降至(48.59±80.62)ng/L。

3 讨论

心力衰竭多由于心脏功能性或结构性病症引发射血功能及心室充盈受损,临床表现为液体潴留、身体乏力、呼吸困难,为组织灌注不足、心室泵血功能低下所致^[4]。该疾病的病理生理基础为血流动力学异常,需延缓心室重构,防止神经内分泌过度激活。

真武汤最早出现于《伤寒论》(张仲景),药方中白术、茯苓具有健脾祛湿功效,达到利尿作用,减轻身体水肿;生姜可温中健脾并辅助附子化气;白芍可利小便,祛除体内湿气。药方可对神经内分泌细胞阈值起效,在连续服用下温阳利水,抑制心肌细胞凋亡并降低血浆内皮素,延缓疾病进程。血府逐瘀汤出于《医林改错》(王清任),主治胸中血府血瘀,药方中活血化瘀药材含红花、桃仁、赤芍、川芎、当归,药方中生地黄凉血清热,桔梗开宣肺气,牛膝可通心脉并去瘀血,当归可祛瘀生新、养血润燥,甘草对诸药予以调节。该药方可增强心肌收缩力,提升每搏输出量。真武汤与血府逐瘀汤联合应用可活血化瘀、温阳利水、调畅气机,

(下转第155页)

表2: 免疫功能比较 ($\bar{x} \pm s$); n=29

组别		CD3 (%)	CD4 (%)	CD4/CD8	CD16 (%)	CD57 (%)
观察组	治疗前	65.60±6.12	39.11±5.47	1.30±0.25	14.45±0.60	13.30±4.01
	治疗后	76.15±5.63	50.05±4.40	2.21±0.27	23.52±0.65	22.85±3.75
对照组	治疗前	66.02±5.79	39.20±5.02	1.33±0.26	14.33±0.62	13.25±4.11
	治疗后	70.20±5.49	44.40±4.60	1.67±0.30	18.31±0.55	17.24±3.68
两组治疗后 t		4.0747	4.7798	7.2050	32.9509	5.7500
两组治疗后 P		0.0001	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

改善通透性、抗氧化,影响凝血与纤溶系统,从而实现保护血管内皮功能的目的,增强对血管的保护作用;同时,在放化疗治疗中,配合此中药方,可以提高化疗及放疗药物的敏感性,进而提高治疗效果。此外,益气活血通便疗法能调节机体免疫功能,调节巨噬细胞、NK细胞等的活性,调动机体内潜在的抗肿瘤机能,从而改善临床症状,提高治疗效果^[8]。

综上所述,益气活血通便疗法用于恶性肿瘤治疗中,临床效果显著,值得推广。

参考文献

- [1] 范腾,周红,胡延滨.益气活血通便疗法在恶性肿瘤治疗中的应用[J].中医导报,2017,23(14):65-67.
- [2] 高月红,吴剑箫.益气活血理气通便法治疗慢性便秘32

例疗效观察[J].河北中医,2012,34(5):664-665.

[3] 胡成杰.益气活血方加配低度姑息化疗在恶性肿瘤晚期的应用[J].当代医学,2017,23(25):75-76.

[4] 王大庆,高军.益气活血中药在恶性肿瘤化疗中的应用[J].临床肺科杂志,2010,15(1):107-108.

[5] 张建国,腾阳.自拟通便汤治疗老年习惯性便秘的临床观察[J].湖北中医杂志,2016,38(11):39-40.

[6] 李昌,王爱玲.自拟通便方治疗老年习惯性便秘100例[J].中医临床研究,2017,9(2):41-42.

[7] 董少群.益气活血润肠方治疗老年功能性便秘60例[J].中医研究,2014,26(10):26-27.

[8] 李昌,王爱玲.自拟通便方治疗老年习惯性便秘100例[J].中医临床研究,2017,9(2):41-42.

(上接第152页)

定称,中药的调剂、煎煮等特殊要求均应在注脚中表明,因此正确书写注脚,将相关的要求备注在处方中,包括先煎、后下等,确保药物的安全性以及有效性,例如质地较为坚硬的药物,龟甲等,可以先进行标记先煎,而砂仁等容易挥发的药物应标记后下,可以对打程度保证药物的效果,而对于无任何特殊要求的药物,需要根据饮片的性质进行煎煮,如果不进行标注,同时门诊患者量大,这种就得不到医师的重视,容易出现药物使用错误的情况,导致疗效欠佳。

3.5 配伍不合理

有些药物在配伍后,会产生毒副作用,这不仅会影响患者的治疗效果,严重的还会影响安全,所以对于中药配伍不合理的现象,相关部门应加大控制力度,这直接影响患者的就医安全,因此不能忽视,而在本研究中,出现噢谗无不合理的为11例,所以应根据患者的实际情况,考虑药物的配伍,并对于存在毒性药物慎用。

3.6 修改不规范

根据相关规章制度表明,对于处方不能随意更改,对于更改的地方,应有特殊的标记,修改需要医师签名并写好修改日期以及为何修改,而在本研究中,出现这种现象的为26张,大部分均省略了修改处签名的情况,而门诊的患者较多,在接诊的过程中很容忽视,或者仅仅在电子处方中进行更改,导致纸质和电子不

一致,因此需要加大对工作人员的管理,让其重视修改意识,强化自身的责任感^[6]。

4 小结

门诊中药饮片处方仍存在一定的不合理之处,因此相关部门领导应重视门诊中药饮片处方的书写、中药配伍等问题,同时提升医师的责任感以及用药能力,切实保证患者的治疗效果以及安全性,保证医院整体质量。

参考文献

- [1] 周丹如,黄家敏.我院2016年门诊处方点评结果分析[J].临床合理用药,2018,11(1A):1-3.
- [2] 唐志立,唐捷,王丽,等.处方点评在促进合理用药持续改进中的作用[J].中国医院用药评价与分析,2015,15(11):1531-1534.
- [3] 张丹阳.我院门诊中药房饮片调配的常见差错及中药处方点评干预效果分析[J].医学理论与实践,2016,29(22):3157-3159.
- [4] 吴灿明,李明勇.600张门诊中成药处方点评分[J].医院用药评价与分析,2017,17(7):997-999.
- [5] 徐菁哈,谷松.探析柴胡剂量与功效的关系[J].世界中医药,2018,13(1):202-206.
- [6] 丘慧珊,薛连芳.暨南大学附属第一医院门诊中药处方调查与分析[J].中国基层医药,2016,23(5):716-718.

(上接第153页)

达到气、血、水同治之效。

血浆BNP是心室肌分泌与合成的多肽类激素,对于判断冠心病心衰进程作用明确^[5]。BNP水平与心室压力与容积呈现正相关性,能够反映左心室功能异常状况,对疾病预后评估作用准确。本次研究中联合应用中药汤药下观察组BNP水平下降程度显著高于单纯应用西药的对照组,LVESV、LVEF、LVEDV心功能指标改善程度更大,证实在西药调节血管、降脂、利尿基础上联用真武汤与血府逐瘀汤对冠心病慢性心衰病患心功能及BNP水平的改善可起到更显著功效。

参考文献

- [1] 陆进,赵凤林,吉杏媛,谭燕.真武汤合血府逐瘀汤治疗冠心病心力衰竭50例临床观察[J].湖南中医杂志,2017,33(10):4-6.
- [2] 许一帆,刘明怀,杨子平,胡雪松,石立鹏,彭方毅.真武汤合血府逐瘀汤对慢性心力衰竭患者血脂及炎性因子的影响[J].中国中医急症,2018,27(03):465-468.
- [3] 贾娟.真武汤合血府逐瘀汤在冠心病心力衰竭治疗中的应用效果观察[J].淮海医药,2018,36(05):591-593.
- [4] 朱慧君.真武汤合血府逐瘀汤治疗冠心病心力衰竭临床观察[J].光明中医,2018,33(21):3154-3156.
- [5] 唐群.真武汤合血府逐瘀汤加减治疗冠心病慢性心力衰竭临床分析[J].中国现代药物应用,2016,10(19):284-285.