

• 中医中药 •

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】**2095-7711 (2019) 11-110-02

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, 放置于零下 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 用药前	57.32±4.98	36.46±5.22	65.04±6.38
(n=40) 用药后	53.74±3.66	40.71±4.92	61.45±5.82
观察组 用药前	57.18±5.05	36.53±4.89	65.47±6.09
(n=40) 用药后	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变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

(下转第 113 页)

损伤,容易遭受热毒内侵,加上脾肾不足,引起经络不通、气血瘀阻、水液内停,导致肢体肿胀的形成。在中医骨科综合治疗中,主要采用中药内服、推拿按摩以及中药外治方法^[4]。骨伤后期肢体肿胀的中药内服治疗,需要配制具有活血化瘀之功的中药方剂。在中药组方中,选择具有黄芪益气功效的陈皮、木香、黄芪,具有疏肝行气功效的柴胡、青皮、郁金、香附等药物,在各味药物的共同作用下,产生活化瘀的效果,可以有效缓解肢体肿胀症状。中医推拿按摩方法的应用,则具有疏通经络的功效,促进患肢部位的血液循环,避免形成肌肉萎缩或肌肉粘连,缓解其疼痛症状,促进患肢运动功能的良好恢复^[5]。采用中药酒精浸液外涂患肢,具有行气活血之功。选用红花(活血通经)、川芎(活血祛瘀)、甘草(利水消肿)、苏木(活血行气、止痛消肿)、细辛(祛风止痛、清热凉血)、冰片(清热止痛)等药物,使用医用酒精泡制,涂擦于患肢皮肤,中药有效成分能够渗透于皮肤,充分发挥药物功效,产生行气活血、消肿止痛的效果^[6]。

本组研究结果显示,基于常规治疗方法,实施中医骨科综合治疗后,92.31%的观察组患者治疗有效,治疗后的疼痛VAS评分为(1.61±0.63)分,日常生活活动能力ADL评分为(75.52±5.06)分,治疗(4.08±0.75)d后,肢体肿胀症状完全消失。实施常规治疗后,75.00%的对照组患者治疗有效,治疗后的疼痛

VAS评分为(2.94±0.85)分,日常生活活动能力ADL评分为(65.31±4.87)分,治疗(8.21±1.13)d后,肢体肿胀症状完全消失。相比之下,观察组患者的治疗恢复更快、更好,充分反映出中医骨科综合治疗骨伤后期肢体肿胀的优势作用。

综上所述,在骨伤后期肢体肿胀的临床治疗中,实施中医骨科综合治疗,应用活血化瘀、疏通经络之法,有效消退肢体肿胀,减轻其疼痛症状,恢复肢体的正常活动功能,加快其康复进程。

参考文献:

- [1] 段义民. 中医骨科综合治疗骨伤后期肢体肿胀的治疗效果探讨[J]. 智慧健康, 2019, 5(01):95-96.
- [2] 汪云锦. 活血化瘀汤结合中医推拿按摩治疗骨伤后期肢体肿胀的疗效分析[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(31):4477-4478.
- [3] 于华鹏, 姜洪洋. 中医治疗骨伤后期肢体肿胀的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2018, 16(27):174-175.
- [4] 向忠. 中医骨科综合治疗骨伤后期肢体肿胀的效果观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(12):88-89.
- [5] 黄志伟. 中医骨科综合治疗骨伤后期肢体肿胀的治疗效果[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(08):62.
- [6] 张朝仁. 中医骨科综合治疗骨伤后期肢体肿胀的疗效分析[J]. 中医临床研究, 2016, 8(13):54-55.

(上接第 110 页)

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,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症因子的影响[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.

(上接第 111 页)

护理组腰椎间盘突出症患者住院时长短于对照组明显($P<0.05$),护理组腰椎间盘突出症患者睡眠质量以及心理状况评分均高于对照组明显($P<0.05$),见表3。

表3: 两组腰椎间盘突出症患者住院时长睡眠质量以及心理状况评分临床对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	住院时长(d)	睡眠质量(分)	心理状况(分)
护理组(n=20)	7.25±2.53	90.22±2.35	91.19±3.02
对照组(n=20)	14.49±3.01	72.49±3.02	73.51±3.11
t	8.2344	20.7209	18.2391
P	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

临床针对腰椎间盘突出症患者在中医干预期间,穴位按摩的实施,难以获得理想腰椎间盘突出症病症改善效果^[4]。在此种情形下,于阳陵泉穴位置准备艾灸盒进行固定展开艾灸治疗,能够在湿热刺激作用下,充分扩张患者局部皮肤毛细血管,使得局部血液循环获得增强,从而加强患者局部皮肤组织代谢能力,对于粘连、炎症、水肿以及渗出物等系列病理产物的吸收以及消

散加以显著促进,确保镇静以及镇痛作用效果获得充分发挥^[5]。

综上所述,艾灸阳陵泉穴方法的有效实施,使得腰椎间盘突出症患者的疼痛程度获得有效降低,腰椎功能获得显著改善,并且疗效显著,从而成功缩短住院时长,于睡眠质量以及心理状况改善方面,效果显著,最终促进腰椎间盘突出症有效转归。

参考文献:

- [1] 邓蓓蓓, 崔展. 颤压“腰三线”配合艾灸治疗老年腰椎间盘突出症病人的效果观察[J]. 全科护理, 2019, 17(30):3779-3781.
- [2] 杨进. 电针艾灸拔罐结合中频脉冲治疗腰椎间盘突出症的临床疗效研究[J]. 智慧健康, 2019, 5(27):84-85.
- [3] 董倩, 秦元梅, 杨静燃, 等. 中医护理技术联合方案在腰椎间盘突出症中的应用进展[J]. 河南中医, 2019, 39(09):1455-1458.
- [4] 毛珍, 刘永红, 张红星. 温针灸联合中医定向透药治疗腰椎间盘突出症临床疗效及对患者白细胞介素6、一氧化氮水平的影响[J]. 河北中医, 2019, 41(06):915-918.
- [5] 范汉芳, 刘茜茜. 穴位按摩结合艾灸治疗慢性腰椎间盘突出症病人的效果观察[J]. 全科护理, 2019, 17(19):2363-2365.