

真武四物汤足浴联合中药穴位贴敷用于心衰患者的临床观察

杨静萍

(河南省洛阳市中医院心内科 洛阳 471000)

摘要:目的:浅析对于心力衰竭患者采用真武四物汤足浴+中药穴位贴敷治疗的临床价值。方法:选取 2020 年 1 月至 2021 年 1 月收治的 86 例心力衰竭患者,采用抽签法均分对照组、观察组,对照组采用中药穴位贴敷治疗,观察组采用真武四物汤足浴+中药穴位贴敷治疗,治疗后比较两组疗效。结果:两组患者治疗前心功能指标、6 min 步行实验测定结果、生活质量评分相比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组患者改善较为显著($P<0.05$);两组患者治疗前血液流变学指标比较无显著差异($P>0.05$),治疗后观察组患者指标较优($P<0.05$)。结论:对于心力衰竭患者采用真武四物汤足浴+中药穴位贴敷治疗,可有效改善患者心功能指标,提高生活质量,可促进预后。

关键词:心力衰竭;真武四物汤足浴;穴位贴敷

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.04.005

慢性心力衰竭是临床常见的致残率、致死率较高的心血管疾病,其常见诱因主要为高血压、冠心病等^[1]。随着人们生活方式的改变,该疾病发病率呈现升高趋势,是临床心脑血管病死率升高的主要原因。目前临床治疗主要以药物为主,虽可以有效缓解患者症状,但无法阻止患者心功能下降,抑制疾病进展,同时药物治疗受多因素影响,使疗效呈现个体化差异,部分患者产生耐药性等,使其在临床上应用受到限制^[2]。随着中医治疗技术的不断完善、发展,中医疗法在慢性心力衰竭患者治疗中被广泛应用,是改善患者生活质量,缓解临床症状的有效保障。本研究重在分析中药穴位贴敷+真武四物汤足浴治疗慢性心力衰竭患者的临床效果,为后期临床治疗提供借鉴。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2020 年 1 月至 2021 年 1 月收治的 86 例心力衰竭患者,依据抽签法分为对照组和观察组各 43 例。对照组男女各占 25:18;年龄 45~69 岁,平均(57.00±1.02)岁;病程 2~5 年,平均(3.50±0.21)年;其中合并冠心病、高血压性心脏病、风湿性心脏病及其他疾病各占 15:13:8:7;心功能分级:Ⅲ级 26 例、Ⅳ级 17 例。观察组男女各占 24:19;年龄 45~70 岁,平均(57.50±1.00)岁;病程 2~6 年,平均(4.00±0.20)年;其中合并冠心病、高血压性心

脏病、风湿性心脏病以及其他疾病各占 16:12:9:6;心功能分级:Ⅲ级 25 例、Ⅳ级 18 例。两组患者基线资料相比较差异不显著($P>0.05$),具有可比性。

1.2 中医诊断标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[3]相关内容结合心衰的诊断要点、症候分型进行诊断。证型诊断,患者主症:心悸、气短、乏力,动则加甚,身寒肢冷,下肢浮肿;次症:面色晦暗、腹胀便溏;舌脉:舌质紫暗或者伴有瘀点、瘀斑,脉沉细。

1.3 西医诊断标准 依据《慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[4]中慢性心力衰竭相关诊断标准。患者主要临床症状为休息或运动时出现呼吸困难、乏力、双下肢浮肿、纳差、尿少,甚至无尿等,其中劳力性气促、浮肿为典型临床表现。心电图检查表现为心肌缺血、传导阻滞以及心室肥大;胸片表现为肺瘀血、心影增大;心脏彩超可明确患者心室腔大小、瓣膜结构。依据上述症状、体征结合临床检查结果,进行综合诊断。

1.4 入组标准 (1)纳入标准:年龄为 45~70 岁;临床资料齐全;心功能分级为Ⅲ~Ⅳ级;患者及其家属知晓本研究内容、目的,详读知情同意后并自愿签署知情同意书。(2)排除标准:伴意识模糊,无法语言沟通;伴肝、肾疾病;存在免疫系统疾病。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础治疗 采用心衰常规西药治疗以及支持

治疗。给予吸氧,血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂,硝酸酯类药物,β受体阻滞剂,螺内酯、洋地黄制剂,间断使用利尿剂。嘱咐患者日常生活中严格注意休息,禁止体力活动。

1.5.2 对照组 除基础治疗外,给予中药穴位贴敷治疗。药方组成:川乌 20 g、肉桂 20 g、干姜 20 g、牡丹皮 15 g、泽泻 15 g、茯苓 15 g、丹参 10 g、石菖蒲 10 g,将以上药物研制成粉末状,采用蜂蜜调制成糊状备用。选穴:阴俞、膻中、肺俞、心俞、三阴交、内关、巨阙、关元、足三里穴。依据选穴协助患者采取仰卧位、俯卧位,将调制的药糊制成药饼,贴于以上穴位,以 4~6 h/次为宜,每 2 天 1 次。治疗 4 周。

1.5.3 观察组 以对照组治疗为基础,增加真武汤物汤足浴治疗,药方组成:丹参、鸡血藤各 30 g,制附子、茯苓、赤芍、川芎、酒地黄各 15 g,白术、生姜各 12 g,当归、地龙、红花各 10 g,将上述药物混合,煎煮 1 h 左右,煎成 2 000 ml 药液,将其置入电动足浴盆,直至冷却至 38℃,患者将双脚浸泡 30 min,用干毛巾擦干,2 次/d。治疗 4 周。

1.6 观察指标 (1)两组患者不同节点心功能指标^[9]。对患者治疗前后的左室射血分数(LVEF)、左房内径(LAD)、左室舒张末期内径(LVEDd)、左室舒张早/晚峰期流速(E/A)进行比较。(2)两组患者治疗前后

6 min 步行实验测定结果及生活质量评分。采用 SF-36 量表对患者生活质量进行评估,总分 100 分,分值越高,患者生活质量越好。(3)两组中医疗效。观察两组患者中医症候(主症、次症)改善情况,主要包含心悸、肢体浮肿、憋喘、烦躁出汗,各症状以计分值评估改善情况,评分标准:0(无)、2(轻)、4(中)、6(重),以显效、有效、无效进行疗效评定。显效:症状改善,治疗后患者症候积分下降幅度>70%;有效:症状好转,症候积分下降幅度 40%~70%;无效:症状无改善,症候积分下降幅度<40%。显效与有效之和计入总有效。(4)两组血液流变学指标^[9]。在患者治疗前及治疗后抽取空腹静脉血,采用全自动血液流变学分析仪检测患者血浆黏度、血细胞比容、纤维蛋白原、全血高切黏度及全血低切浓度。

1.7 统计学分析 数据处理采用 SPSS22.0 统计软件,计数资料以%表示,采用χ²检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能指标比较 治疗前,两组患者心功能指标比较无显著差异(P>0.05);治疗后,两组均有不同程度改善,观察组较为明显(P<0.05)。见表 1。

表 1 两组心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	n	LVEF(%)		LAD(mm)		LVEDd(mm)		E/A	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	41.36± 2.58	51.25± 2.36	45.39± 2.57	40.01± 2.02	58.63± 2.87	53.37± 2.15	0.97± 0.25	1.12± 0.35
观察组	43	41.34± 2.56	55.34± 2.57	45.37± 2.55	32.64± 2.41	58.61± 2.85	49.68± 2.05	0.95± 0.22	1.43± 0.57
t		0.036	7.687	0.036	30.155	0.032	8.145	0.394	3.039
P		0.486	0.000	0.486	0.000	0.487	0.000	0.347	0.002

2.2 两组 6 min 步行实验测定结果及生活质量评分比较 两组患者治疗前 6 min 步行实验测定结果、生活质量评分比较差异甚微(P>0.05);治疗后观察组明显优于对照组(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组 6 min 步行实验测定结果及生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	6 min 步行距离(m)		生活质量评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	350.93± 19.54	400.36± 20.14	70.36± 5.47	80.32± 2.14
观察组	43	350.87± 19.50	440.25± 21.52	70.38± 5.45	89.62± 2.02
t		0.014	8.875	0.017	20.723
P		0.494	0.000	0.493	0.000

2.3 两组中医疗效比较 与对照组相比,观察组患者疗效较高(P<0.05)。见表 3。

表 3 两组中医疗效比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	43	25(58.14)	10(23.26)	8(18.60)	35(81.40)
观察组	43	37(86.05)	5(11.63)	1(2.33)	42(97.67)
χ ²					4.467
P					0.034

2.4 两组血液流变学指标比较 两组患者治疗前血液流变学指标比较,差异无统计学意义(P>

0.05); 治疗后观察组患者指标较优, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血浆黏度 (mPa·s)		血细胞比容 (%)		纤维蛋白原 (g/L)		全血高切黏度 (mPa·s)		全血低切浓度 (mPa·s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	1.50± 0.36	1.30± 0.25	47.98± 6.35	43.69± 4.50	3.63± 0.58	2.90± 0.45	5.36± 0.50	4.30± 0.40	11.32± 1.33	10.36± 1.02
观察组	43	1.52± 0.39	1.10± 0.19	47.90± 6.67	41.03± 3.06	3.61± 0.60	2.40± 0.30	5.30± 0.56	4.01± 0.25	11.30± 1.35	8.50± 0.80
t		0.220	3.714	0.051	2.850	0.140	5.391	0.466	3.585	0.062	8.341
P		0.413	0.000	0.480	0.003	0.445	0.000	0.321	0.000	0.476	0.000

3 讨论

心衰多发于中老年人, 可由高血压、扩张型疾病、冠心病等疾病引起, 主要临床表现为呼吸困难、心悸、憋喘以及双下肢浮肿等, 致使劳动能力丧失, 继而影响患者生活质量^[7]。西医治疗本疾病主要以明确病因, 采用利尿剂、强心剂药物控制, 缓解患者症状, 但治疗效果不理想, 因此亟须科学、有效的治疗方法, 提高治疗效率。

中医学认为心衰疾病归属于“心悸、喘症、肺胀、水肿”范畴, 中医认为心力衰竭疾病主要病机为本虚标实, 本虚为心气、心肾阳虚, 标实为痰浊、血瘀等, 认为本疾病是由疾病或体虚久病伤及心肾, 致使心肾阳虚、血脉瘀阻, 因此中医治疗本疾病主要以温阳益肾、活血利尿为原则^[8]。穴位贴敷是中医常用的外治法之一, 采用药物贴敷, 通过皮肤透皮吸收使药物成分直达病灶, 可有效刺激患者皮肤, 使患者新陈代谢、血液循环加快。本研究穴位贴敷药物组成中茯苓具有利水渗湿之效; 川乌具有祛风除湿、温经止痛的作用; 肉桂可补火助阳、引火归原; 干姜具有温中散寒、回阳通脉的作用; 泽泻可利水渗湿; 牡丹皮可活血化瘀; 丹参具有活血通脉之效; 石菖蒲具有化湿开胃的作用; 心俞穴主心痛、神志病变; 阴俞穴可缓解心痛、心悸; 关元穴具有补肾培元、温阳的作用; 足三里具有燥湿化脾的作用。

中医足浴在中医学中具有较悠久的历史, 其疗法主要是根据患者病情, 采取不同药物组合熬成汁, 进行足部浸泡, 其中有效的中药成分可在热力作用下, 经患者皮肤渗透, 从而达到疏通经络、调和气血的效果^[9]。中医认为足部汇聚了人体一半经络, 足为三阴经 (肝、脾、肾) 之始、三阳经 (胃、胆、膀胱) 之终。同时加上足以上的小腿部, 其腠理薄弱, 同时有着丰富的血管、神经、肌肉, 利于药物吸收。因此中医采用

足浴治疗疾病时, 其理想部位主要为足部、小腿部位。本研究中依据心衰病机, 药方中制附子可温中助阳; 茯苓具有利水渗湿的作用; 赤芍可散瘀止痛; 川芎具有活血化瘀的作用; 白术有健脾益气、燥湿利水之效; 生姜辛温而散, 具有养血补虚的作用; 当归、地龙、红花均有活血化瘀之效。以上药物可共奏温阳利水、活血化瘀之功。现代药理学证明, 白术健脾, 可有效抑制磷酸二酯酶活性, 配以茯苓, 可有效改善人体心肌代谢, 提高患者心肌耐缺氧能力; 丹参具有增强心肌收缩力, 改善患者心功能的作用^[10]。以上药物合用可促使患者血流动力学改善, 缓解心肌受损, 从而缓解患者胸闷、心肌症状。本研究中两组患者治疗前血液流变学指标比较无显著差异 ($P>0.05$), 治疗后观察组患者指标较优 ($P<0.05$)。相关研究中指出慢性心力衰竭患者血液流变学指标高于正常者, 血液处于高凝固、高黏稠状态^[11]。本研究中观察组患者血液流变学指标较低, 其原因可能与药方中红花、丹参有关, 此两种药物具有活血化瘀的作用。慢性心力衰竭患者射血分数降低, 会改变心脏的组织结构以及功能, 主要体现在左室射血分数、室壁厚度以及心室形状方面。治疗前两组患者心功能指标比较无显著差异 ($P>0.05$), 治疗后两组均有不同程度改善, 观察组较为明显 ($P<0.05$)。分析其原因可能在于观察组药方中附子、茯苓及生姜等药物具有壮肾阳、化气行水的作用, 多味中药合用, 具有活血化瘀、温阳利水的功效, 可改善患者心功能。两组患者治疗前 6 min 步行实验测定结果、生活质量评分比较差异甚微 ($P>0.05$), 治疗后观察组明显优于对照组 ($P<0.05$)。由于心力衰竭患者心功能会出现不同程度的损伤, 导致每搏输出量降低, 心出血量不足时致使运输到运动肌肉的氧不足, 而在较低水平时会出现无氧代谢。这是心力衰竭患者运动耐量下降、体力活动

受限,最终导致生活质量下降的重要原因。观察组患者治疗后 6 min 步行实验测定结果较优,其原因与观察组患者心功能恢复有关,患者临床症状得以缓解,利于生活质量的改善。除此之外与对照组相比,观察组患者疗效较高($P<0.05$)。可见,药穴位贴敷治疗基础上叠加真武四物汤治疗慢性心力衰竭患者效果优于单一穴位贴敷治疗。

吕永飞等^[12]研究中以 94 例慢性心力衰竭患者为研究对象,依据随机数字表法均分两组,对照组采用中药穴位贴敷治疗,治疗组联合真武四物汤足浴治疗,经研究对比发现,治疗组患者治疗有效率高于对照组,治疗组患者治疗后血液流变学指标与本组治疗前对比有所下降,且指标低于对照组,差异明显,两组患者治疗期间不良反应发生率无显著差异,与本研究结果具有一致性。

本研究因受研究例数、时间等因素限制影响,致使研究结果可能存在偏倚性,建议后期临床研究中加大研究例数、延长研究时间,以望取得较为全面、准确的研究结果,为后期临床治疗提供借鉴。

综上所述,对于慢性心力衰竭患者而言,在中药穴位贴敷治疗基础上叠加真武四物汤治疗效果显著,可有效改善患者心功能指标,提高生活质量,是临床疗效提高的有效途径,可有效促进预后,应用价值高。

参考文献

[1]王娥.自拟中药汤剂足浴治疗阳虚血瘀型慢性心力衰竭的效果观察[J].中国医药指南,2018,16(20):211-212.

[2]王利勤,郭健,赵风达,等.针药并用治疗慢性心衰的临床体会[J].中医临床研究,2018,10(21):95-97.

[3]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.392.

[4]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.

[5]李想.不同剂量阿托伐他汀对冠心病合并慢性心力衰竭患者血液流变学及心功能的影响[J].中国卫生工程学,2019,18(1):129-131.

[6]汪敏捷.参麦注射液对老年慢性心力衰竭患者心功能及血液流变学的影响[J].中国药物与临床,2019,19(24):4303-4304.

[7]王丽莉.黄芩甘草联用治疗慢性心衰患者的临床疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(33):165-166.

[8]历飞.真武汤合桃红四物汤治疗阳虚血瘀型慢性射血分数降低性心力衰竭的疗效观察[J].中国实用医药,2018,13(9):6-8.

[9]曹建帆,邹李梅.中药足浴联合穴位贴敷治疗对慢性心力衰竭患者心功能改善的效果[J].饮食保健,2019,6(51):80-81.

[10]张先位,方丹,赵春丽,等.丹参川芎嗪注射液对老年顽固性心力衰竭合并低血压患者心肾功能的改善作用[J].广西医学,2018,40(2):158-161.

[11]朱芳芳,赵金龙,管益国.慢性心力衰竭患者中医证型与血流变指标关系研究[J].浙江中西医结合杂志,2016,26(1):31-32.

[12]吕永飞,吴桂玲,孙玮琦,等.真武四物汤足浴联合中药穴位贴敷治疗慢性心衰对血液流变学指标的影响[J].世界中西医结合杂志,2020,15(4):760-762,768.

(收稿日期: 2021-12-08)

(上接第 13 页)

[27]Sáez-Martí nez P,Jiménez-Vacas JM,León-González AJ,et al. Unleashing the diagnostic, prognostic and therapeutic potential of the neuronostatin/GPR107 system in prostate cancer [J].J Clin Med, 2020,9(6):1703.

[28]Ahearn TU,Peisch S,Pettersson A,et al.Expression of IGF/insulin receptor in prostate cancer tissue and progression to lethal disease[J]. Carcinogenesis,2018,39(12):1431-1437.

[29]Sobek KM,Cummings JL,Bacich DJ,et al.Contrasting roles of the ABCG2 Q141K variant in prostate cancer [J].Exp Cell Res,2017,354(1):40-47.

[30]Mansinho A,Macedo D,Fernandes L,et al.Castration-resistant prostate cancer: mechanisms, targets and treatment [J].Adv Exp Med Biol,2018,1096:117-133.

[31]Bitting RL,Armstrong AJ.Targeting the PI3K/Akt/mTOR pathway in castration-resistant prostate cancer [J].Endocr-Relat Cancer, 2013,20(3):R83-R99.

[32]Kolinsky MP,Rescigno P,Bianchini D,et al.A phase I dose-escalation study of enzalutamide in combination with the AKT inhibitor AZD5363 (capivasertib) in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer[J].Ann Oncol,2020,31(5): 619-625.

[33]Cai F,Zhang Y,Li J,et al.Isorhamnetin inhibited the proliferation and metastasis of androgen-independent prostate cancer cells by targeting the mitochondrion-dependent intrinsic apoptotic and PI3K/Akt/mTOR pathway [J].Biosci Rep,2020,40(3):BSR20192826.

[34]Xu Y,Zhu JY,Lei ZM,et al.Anti-proliferative effects of paeonol on human prostate cancer cell lines DU145 and PC-3 [J].J Physiol Biochem,2017,73(2):157-165.

[35]Li Q,Huang H,He Z,et al.Regulatory effects of antitumor agent matrine on FOXO and PI3K-AKT pathway in castration-resistant prostate cancer cells[J].Sci China Life Sci,2018,61(5):550-558.

(收稿日期: 2021-12-21)