

● 医学护理 ●

引用:郑莹芊,彭廷云.隔药饼灸干预阳虚水泛型冠心病心绞痛 40 例效果观察[J].湖南中医杂志,2021,37(4):98-100.

隔药饼灸干预 阳虚水泛型冠心病心绞痛 40 例效果观察

郑莹芊¹,彭廷云²

(1. 湖南中医药大学护理学院,湖南 长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:研究隔药饼灸干预阳虚水泛型冠心病心绞痛的临床疗效。方法:将阳虚水泛型冠心病心绞痛患者 120 例随机分为观察组、对照 1 组及对照 2 组,每组各 40 例。对照 1 组给予西医常规治疗,对照 2 组在对照 1 组基础上给予温和灸治疗,观察组在对照 1 组基础上给予隔药饼灸治疗。比较 3 组综合疗效、膝下 15 cm 小腿周径、24 h 尿量、明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)。结果:总有效率观察组为 92.50% (37/40),高于对照 1 组的 80.00% (32/40) 与对照 2 组的 85.00% (34/40) ($P<0.05$);治疗后,2 组膝下 15 cm 小腿周径、24 h 尿量、MLHFQ 评分均有所改善,且观察组改善程度优于对照 1、2 组 (均 $P<0.05$)。结论:隔药饼灸治疗阳虚水泛型冠心病心绞痛的临床疗效显著,可明显改善症状,提高生活质量,安全性高,值得临床推广。

[关键词] 冠心病心绞痛;阳虚水泛证;中西医结合疗法;隔药饼灸

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.039

心绞痛是临床常见的疾病,轻者多以胸闷疼痛为首发症状,疾病迁延不愈大多发展为心力衰竭,其主要临床表现为呼吸困难、水肿、乏力和活动受限等,严重者可发生心源性猝死。近年来,我国心血管病患率处于持续上升阶段,其病死率仍居首位,高于肿瘤及其他疾病^[1]。研究表明,冠心病的发生是多因素所致,常见的有高血压、高血脂、不良生活方式、年龄、遗传等^[2]。西医治疗心绞痛冠心病多以改善临床症状,提高患者生活质量为主,在延缓和防止心肌重构的同时,可降低患者的住院率和病死率。对于发展到疾病后期的心力衰竭,西医治疗效果尚可,但存在一定的不良反应。近年来,越来越多的研究证实中西医结合治疗心绞痛及其并发症临床效果显著。本研究在西医常规治疗的基础上联合温针灸、隔药饼灸治疗阳虚水泛型冠心病心绞痛 40 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取于 2019 年 4 月至 2019 年 10 月在湖南中医药大学第一附属医院就诊的阳虚水

泛型冠心病心绞痛患者 120 例,将其随机分为观察组、对照 1 组及对照 2 组,每组各 40 例。观察组中,男 22 例,女 18 例;年龄 43~72 岁;病程 9 个月至 13 年。对照 1 组中,男 23 例,女 17 例;年龄 40~66 岁;病程 4 个月至 8 年。对照 2 组中,男 21 例,女 19 例;年龄 45~70 岁;病程 6 个月至 11 年。3 组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。本研究经湖南中医药大学第一附属医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《非 ST 段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)》^[3]中的有关诊断标准。临床表现为发作性胸骨后闷痛,紧缩压榨感,放射至左肩、下颌部,呈持续或间断性,伴有出汗、恶心、呼吸困难,可出现肺啰音增加、第三心音,心电图见 ST 波动态变化,心肌损伤标志物升高。

1.2.2 中医辨证标准 符合文献[4]中阳虚水泛证的辨证标准。症见胸痛、胸闷、气短、心悸、神疲乏力、喘促、水肿,或咳嗽咳痰,或尿少,舌暗苔白,

脉沉细或结代。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)下肢水肿为2度,即水肿范围在踝关节以上膝关节以下;3)病程3个月以上;4)对本研究治疗方案知悉,且签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)依从性差;2)对本研究药物有禁忌证或过敏体质;3)肝脏、肾脏等疾病引起的非心源性水肿;4)合并其他内分泌系统、造血系统等严重原发性疾病;5)肝肾功能衰竭。

2 干预方法

2.1 对照1组 予西医常规治疗。硝酸异山梨酯片(齐鲁制药,批准文号:国药准字H20065384,规格:10 mg/片)口服,1片/次,3次/d。硝苯地平片(太原药业,批准文号:国药准字H14021988,规格:10 mg/片)口服,1片/d,3次/d;阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,批准文号:国药准字J20130078,规格:100 mg/片)口服,1~3片/次,1次/d;托拉塞米(优科制药,批准文号:国药准字H20040847,规格:1 ml:10 mg)1 ml加入0.9%氯化钠注射液10 ml静脉推注。不使用其他类似利尿作用的中药、中成药等。

2.2 对照2组 在对照1组治疗的基础上加用温和灸治疗。操作方法:午时嘱患者取舒适体位,仰卧于治疗床上,选肾俞、委阳、水道、足三里处穴位,充分暴露穴位处。操作者将艾灸置于艾灸盒里并点燃,将艾灸盒对准穴位处,然后使用固定贴贴好,施灸30 min,艾灸程度以皮肤潮红而不起泡为宜。每天灸治1次,5次为1个疗程,1个疗程结束后休息1 d再进行第2个疗程,共治疗2个疗程。

2.3 观察组 在对照1组治疗的基础上予以隔药饼悬灸治疗。药饼方药为真武汤,处方:炮附子、茯苓、白芍、白术、生姜,由我院制剂室提供,超微粉碎混合,过200目筛后密封备用。操作前取25 g加姜汁3 ml调成厚糊状,用蜂窝药饼模具按压成具有透气孔且直径3 cm、厚度0.5 cm大小的饼状。操作方法:午时嘱患者仰卧位,75%乙醇常规皮肤消毒后,分别将药饼置于肾俞、委阳、水道、足三里处,再将艾灸置于艾灸盒里并点燃,将艾灸盒对准置好药饼的穴位处,然后使用固定贴贴好,施灸30 min,灸至患者皮肤呈红晕态,艾灸程度以皮肤潮红而不起泡为主。每天灸治1次,5次为1个疗程,1个疗程结束后休息1 d再继续进行第

2个疗程治疗,共治疗2个疗程。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)治疗后膝下15 cm小腿周径变化情况。2)24 h尿量。3)生活质量。采用明尼苏达生活质量评分(MLHFQ)评价患者生活质量。总共围绕21个问题进行评分,包括躯体状况(评分0~40分),情绪变化(评分0~25分)、其他领域(评分0~40分)、总分为0~105分,分值越高表明患者的心力衰竭(心脏状况)对其生活影响越大,反之越小^[5]。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]拟定。显效:胸痛发作次数减少95%以上,胸闷胸痛症状基本消失,心电图恢复正常;有效:胸痛症状改善,心绞痛发作次数降低50%以上;无效:胸痛发作次数及程度并未减轻,症状未见明显好转。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,多组间比较采用单因素方差分析;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 3组综合疗效比较 总有效率观察组为92.50%,对照1组为80.00%,对照2组为85.00%,观察组与对照1、2组比较,差异均有统计学意义。(见表1)

表1 3组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	27(67.50)	10(25.00)	3(7.50)	37(92.50) ^a
对照1组	40	15(37.50)	17(42.50)	8(20.00)	32(80.00)
对照2组	40	22(55.00)	12(30.00)	6(15.00)	34(85.00)

注:与对照1、2组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 3组治疗后膝下15 cm小腿周径、24 h尿量及MLHFQ评分比较 治疗后3组膝下15 cm小腿周径、24h尿量、MLHFQ评分均有所改善,且观察组改善程度优于对照1、2组,差异均有统计学意义。(见表2)

4 讨论

冠心病心绞痛是临床常见的老年心血管疾病,与中医学“胸痹心痛”类似,都以胸痛、心前区不适为主要症状,病程长者可发展为心力衰竭。当前西医治疗冠心病心绞痛病程后期的心力衰竭多采用呋塞米、托拉塞米等中强效利尿剂。有研究表明,

表 2 3 组治疗后膝下 15 cm 小腿周径、24 h 尿量及 MLHFQ 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	膝下 15cm 小腿周径 (cm)	24h 尿量 (ml)	MLHFQ 评分 (分)
观察组	40	治疗前	24.05±2.43	1043±545	54.21±6.30
		治疗后	21.21±2.46 ^{ab}	2019±530 ^{ab}	42.47±5.41 ^{ab}
对照 1 组	40	治疗前	24.06±2.65	981±454	53.76±6.40
		治疗后	22.81±2.59 ^a	1907±635 ^a	44.28±5.41 ^a
对照 2 组	40	治疗前	23.95±2.37	998±433	53.82±5.80
		治疗后	22.65±2.48 ^a	1953±464 ^a	44.12±4.81 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照 1、2 组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

临床上使用保钾利尿剂、袪利尿剂及噻嗪类药物对心脏的前负荷有减轻作用,并可改善肺循环、体循环及心脏功能^[7]。但利尿剂也有较多的毒副作用,长期使用会导致患者体内电解质紊乱。近年来,随着中医药的发展,中西医结合治疗冠心病心绞痛疗效显著。在服用利尿剂的同时联合中医治疗,可以减少利尿剂的使用时间与剂量,并缩短患者病程。

有研究表明,在动物试验中发现隔药饼灸对动脉粥样硬化兔血管内皮修复与基质细胞衍生因子 1 有确切的影响^[8]。隔药饼灸不仅对临床症状有改善作用,还可改善心电图结果。本研究所用药饼方为真武汤,此方是治疗脾肾阳虚、水湿泛滥的基础方,方中以附子为君药,温壮肾阳以化气行水、散寒止痛,兼暖脾土以温运水湿。茯苓利水渗湿,生姜温胃散寒行水,共为臣药。白术苦甘而温,健脾燥湿,白芍酸而微寒,敛阴缓急而舒筋止痛,并利小便,且制附子之温燥,同为佐药。全方合用,共奏温阳利水之功。现代研究证实,隔药饼灸相比单纯艾灸法,具有穴位刺激量大、皮肤通透性好、耐受温度高等优点,隔药饼灸联合温和灸,具有调和气血、温通经络之功效^[9]。

本研究中观察组的治疗总有效率为 92.50%,明显高于对照 1 组的 80.00% 与对照 2 组的 85.00%,疗效较好。当发生心力衰竭时,心肌收缩力下降造成体循环淤血,引起双下肢水肿,临床常以膝下 15 cm 小腿周径作为测量依据。本研究结果显示,治疗后观察组的膝下 15 cm 小腿周径小于对照 1、2 组,表明隔药饼灸恢复心功能的作用可能与其益气温阳、活血利水的功效有关。24h 尿量是衡量肾功能的重要指标,将体内聚积的水分及时排出可有效改善患者呼吸困难,症状减轻心脏负担,促进病情康复。本研究结果显示,观察组 24h 尿量

明显高于对照 1、2 组,MLHFQ 评分低于对照 1、2 组,这可能与真武汤温壮肾阳以化气行水的作用机制有关。

综上所述,隔药饼灸、温和灸联合西医治疗阳虚水泛型冠心病心绞痛,能够有效改善心肌结构,增强心肌收缩力,促进心功能恢复,提高其生活质量,值得临床应用。

参考文献

- [1] 付晓芳,陈姣,屈波,等. 中西医结合治疗慢性心力衰竭伴双下肢水肿临床观察[J]. 中国中医急症,2017,26(12):2208-2210.
- [2] 韩景波,杨芳华. 冠心病心力衰竭中医内治法的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):146-148.
- [3] 中华医学会心血管分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 非 ST 段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志,2017,45(5):359-376.
- [4] 徐学功,张理,徐汴玲,等. 慢性心衰患者证型及舌象分布特点与心功能分级的相关性研究[J]. 北京中医药大学学报,2012,35(5):312-316.
- [5] 何志良,高江宝,甄杰武. 温阳益气活血利水法治疗心衰病的临床观察[J]. 中医药学报,2017,45(4):78-82.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:68-72.
- [7] 李建伟. 冠心病患者的中医体质分型分析[J]. 内蒙古中医药,2014,33(9):55-56.
- [8] 沈菁,刘涛,刘霞,等. 隔药饼灸对动脉粥样硬化兔血管内皮修复与基质细胞衍生因子 1 的影响[J]. 中国针灸,2019,39(2):173-179,184.
- [9] 戴玉,李艳,张磊. 四花穴、心俞隔药饼灸治疗气虚血瘀型冠心病心绞痛随机对照研究[J]. 吉林中医药,2018,38(2):227-229.

(收稿日期:2020-05-18)

郁李仁:止咳平喘

郁李仁通便、利尿的同时,又有下气之功,故可治疗肺气不降之咳嗽喘满,如《圣济总录》中载有郁李仁煎,用郁李仁配伍杏酪、酥油同煮服,治疗积年上气,咳嗽不得卧。本方所治病证的症状及病史与慢性支气管炎、肺气肿、肺心病相类似。而此类患者,除常年咳嗽喘憋、不能平卧之外,多因发展为肺心病而伴发水肿,同时由于肺气不降而导致大便不畅。郁李仁能下气止咳、利尿消肿、润肠通腑,故而对此类病证颇为适宜。(http://www.cntcm.com.cn/xueshu/2020-08/31/content_80123.htm)