

本病的中医病机为肝肾亏虚、气血不利、不营筋骨，外邪留滞，从而致病，故膝骨关节炎的治疗应以补肝肾为主、佐以活血舒筋、祛风止痛。本研究自拟膝关节炎熏洗方依据标本兼治、攻补兼施的治则所制定外用洗方，该方由骨碎补、续断、透骨草等补肝肾和舒筋药物以及当归、红花、延胡索等活血药物组成。当归有镇痛、抗炎、抗血栓等作用，花椒具有抗菌、镇痛等作用，红花具有扩张血管等作用，骨碎补具有抑菌等作用，羌活具有解表散寒、抗过敏等作用，续断具有镇痛镇静等作用，白芷有改善血液循环等作用，延胡索具有镇痛止痛等作用^[4-5]。由此可见自拟膝关节炎熏洗方主要是通过抑制滑膜炎、消除滑膜肿胀、镇痛等作用来达到治疗膝关节炎的目的^[6]。

两组患者治疗实施后，观察组和对照组症状体征积分较治疗前均明显降低，且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)，观察组治疗总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)，因此，自拟膝关节炎熏洗方对膝关节炎具有明显治疗作用，用药效果较为理想。

综上所述，自拟膝关节炎熏洗方的应用，可显著减少膝关节炎患者关节疼痛，改善膝关节功能状态，对提高膝关节炎的综合治疗效果具有非常重要的意义。

〔参考文献〕

- (1) 中华医学会骨科学分会. 骨关节炎诊治指南(2007年版)(J). 中国临床医生, 2008, 27(1): 28-30.
- (2) 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准(S). 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- (3) 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.
- (4) 朱玉树, 李宇, 尹纪光. 活血止痛散联合穴位按摩治疗膝骨性关节炎的疗效观察(J). 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(66): 215-216.
- (5) 贾柯, 杨广武, 刘海洋, 等. 中药熏洗疗法治疗膝骨性关节炎 60 例(J). 中医研究, 2020, 33(2): 22-25.
- (6) 陈德英, 赵芹, 赵磊. 中药熏洗联合康复训练在膝骨性关节炎中的应用研究(J). 实用中西医结合临床, 2019, 19(11): 163-165.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)22-0063-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.22.024

中西医结合康复综合治疗慢性心力衰竭的疗效观察

唐红 陈翠*

(重庆市沙坪坝区中医院, 四川 重庆 400030)

〔摘要〕 **目的:** 探讨中西医结合康复综合治疗慢性心力衰竭的疗效。**方法:** 选取 2017 年 4 月至 2018 年 7 月重庆市沙坪坝区中医院收治的慢性心力衰竭患者 240 例, 随机分为对照组和观察组, 各 120 例。对照组给予常规西药治疗和康复训练, 观察组在对照组基础上加用芪红汤治疗, 评估两组患者的治疗效果、6 min 步行试验距离、左室射血分数、生活质量评分、血清学指标、不良反应发生率(头晕、肾功能异常以及心动过缓)。**结果:** 治疗后, 观察组患者的总有效率为 92.5%, 明显高于对照组的 65.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的 6 min 步行试验距离、左室射血分数和生活质量评分均优于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者的醛固酮(ALD)、细胞间黏附分子-1(ICAM-1)、氨基末端脑钠肽前体(NT-proBNP)比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者的 ALD、ICAM-1、NT-proBNP 均低于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 对患者实施中西医结合康复综合治疗可以有效改善患者的心脏机能, 且能够提升患者的生活质量以及运动能力, 具有较高的安全性。

〔关键词〕 慢性心力衰竭; 中西医结合康复综合治疗; 芪红汤

〔中图分类号〕 R 541.6⁺1 〔文献标识码〕 B

当前, 我国血运重建技术在不断进步, 临床上药物的应用越发合理, 发生急性冠脉综合征患者的死亡率大大降低, 但是, 该病所引发的慢性心力衰竭已经成为了对老年患者的

生存质量产生影响的重要疾病之一。心力衰竭指的是患者的心脏舒张功能、收缩功能发生异常, 导致静脉回心血量无法排出, 动脉系统血液灌注量缺乏, 从而使患者的心脏循环功

〔收稿日期〕 2021-09-08

〔作者简介〕 唐红, 女, 副主任医师, 主要研究方向是心血管疾病。

〔*通信作者〕 陈翠 (E-mail: 1036155344@qq.com; Tel: 19923273993)

能发生障碍, 该病的病程时间长, 主要发病于老年人群, 老年患者的血流动力学负荷增加, 发生炎症损伤, 从而对患者的心肌功能造成影响, 导致患者的左心室充盈、射血功能发生明显异常, 最终进展为慢性心力衰竭^[1]。目前, 临床中一般会选择利尿治疗以及强心治疗, 富马酸比索洛尔属于常用的慢性心力衰竭治疗药物, 其能够使血容量减轻, 降低心室前负荷, 但是, 因为老年患者的病程时间长, 病情严重, 通过呋塞米治疗, 无法得到良好的疗效^[2-3]。近期有研究表明^[2]: 通过中西医结合治疗慢性心力衰竭患者, 能够对心肌疾病患者起到良好的治疗效果, 使患者的左室重构得到改善, 醛固酮生成量大大降低, 并且能够对血管紧张素受体、脑啡肽酶起到拮抗作用。本研究探讨了中西医结合康复综合治疗慢性心力衰竭的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 4 月至 2018 年 7 月本院收治的慢性心力衰竭患者 240 例, 随机分为对照组和观察组, 各 120 例, 对照组男 59 例, 女性 61 例, 年龄 46 ~ 72 岁, 平均年龄 (60.7 ± 7.1) 岁, 有合并症 (肺部感染、肝肾器官异常、造血系统异常) 64 例, 无合并症 56 例, 纽约心脏病协会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能分级 II 级 46 例, III 级 52 例, IV 级 22 例, 病程 1 ~ 5 年, 平均病程为 (2.46 ± 1.01) 年; 观察组男 58 例, 女 62 例, 年龄 45 ~ 72 岁, 平均年龄 (60.7 ± 6.9) 岁, 有合并症 (肺部感染、肝肾器官异常、造血系统异常) 60 例, 无合并症 60 例, NYHA 分级 II 级 44 例, III 级 58 例, IV 级 18 例, 病程 1 ~ 6 年, 平均病程 (2.52 ± 1.07) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 西医诊断符合《慢性心力衰竭诊断治疗指南》中的相关诊断标准^[4]; 中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则》^[5], 符合中医气虚血瘀证, 主症: 心悸, 气短, 胸部疼痛; 次症: 面色晦暗, 唇甲青紫; 舌脉: 舌质紫暗或有瘀点、瘀斑, 脉涩或结代; 年龄 35 ~ 75 岁; NYHA 分级 II ~ IV 级; 左室射血分数 (ejection fractions, EF) ≤ 50%。排除标准: 活动性心肌炎或心包炎及严重的心脏瓣膜病者; 冠脉综合征; 既往 2 周内行经皮冠状动脉腔内形成术 (percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA) 后; 计划行心外手术者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予基础治疗和康复治疗。基础治疗包括吸氧、酒石酸美托洛尔片 (上海信谊百路达药业有限公司, 国药准字 H31021417) 口服, 6.25 mg · 次⁻¹, 2 ~ 3 次 · d⁻¹, 螺内酯片 (南京瑞年百思特制药有限公司, 国药准字 H20163054) 口服, 20 mg · 次⁻¹, 1 次 · d⁻¹。

康复治疗主要包括两个阶段, 第一阶段: 进行床边康

训练和室内行走康复训练, 在床边进行站立和缓慢行走, 扶持步行练习, 5 ~ 10 min · 次⁻¹, 3 ~ 4 次 · d⁻¹, 在家人的帮助下就餐, 洗澡和上厕所; 第二阶段: 如果能顺利完成第一阶段就可以去走廊上练习, 步行 200 ~ 500 m · 次⁻¹, 在家人的帮助下练习上下楼梯, 自己洗澡和上厕所等, 室外步行练习的时候, 500 ~ 1000 m · 次⁻¹, 自行上楼, 可以上 2 层楼, 1 ~ 2 次 · d⁻¹。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予芪红汤治疗, 组方: 黄芪 15 g, 桂枝 9 g, 红景天 9 g, 丹参 9 g, 泽泻 9 g, 葶苈子 12 g。1 剂 · d⁻¹, 水煮取汁 400 mL · 剂⁻¹, 200 mL · 次⁻¹, 分早晚 2 次温服。

两组患者均进行 3 个月的治疗。

1.3 观察指标

(1) 两组患者生活质量改善评估。根据明尼苏达心衰生活质量调查表评分评价治疗前后病人的生活质量, 共包含 25 项, 每一项分值区间为 0 ~ 5 分, 分值越高表示生活质量越差。(2) 两组患者左心室射血分数和 6 min 步行距离。(3) 中医证候疗效判定, 分为 3 个层次, 显效, 有效和无效。显效: 主次症基本或完全消失, 治疗后证候积分为 0 或减少 > 70%; 有效: 治疗后证候积分减少 > 30% 且 ≤ 70%; 无效: 治疗后证候积分减少 ≤ 30%。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%^[5]。(4) 血清学指标: 包括醛固酮 (aldosterone, ALD)、细胞间黏附分子-1 (intercellular cell adhesion molecule-1, ICAM-1)、氨基末端脑钠肽前体 (N-terminal pro-brain natriuretic peptide, NT-proBNP), 采集两组患者清晨空腹静脉血, 采集量为 4 mL, 通过常规抗凝, 以 3000 r · min⁻¹ 速度, 离心 15 min, 分离血清, 然后将其置于 -80 °C 储存, 然后按照试剂盒说明书进行检测。(5) 不良反应包括: 头晕、肾功能异常以及心动过缓。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件分析数据, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。数据采用 SPSS 17.0 软件包进行统计学分析。

2 结果

2.1 两组患者治疗有效率比较

治疗后, 观察组患者的总有效率为 92.5%, 明显高于对照组的 65.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗有效率比较 ($n = 120$, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	59	19	42	65.0
观察组	80	31	9	92.5 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后 6 min 步行距离比较

治疗后两组患者的 6 min 步行距离均大于治疗前, 且观

察组大于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 6 min 步行距离比较 ($n = 120, \bar{x} \pm s, m$)

组 别	治疗前	治疗后
对照组	347.00 ± 14.75	431.00 ± 18.42 ^b
观察组	351.00 ± 17.35	471.00 ± 18.15 ^{bc}

与同组治疗前比较, ^b $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后生活质量评分和左室射血分数比较

治疗后, 两组患者生活质量评分均显著降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者的左室射血分数高于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后生活质量评分和左室射血分数比较 ($n = 120, \bar{x} \pm s$)

组 别	时 间	生活质量评分 / 分	左室射血分数 / %
对照组	治疗前	48.12 ± 3.14	40.03 ± 9.64
	治疗后	27.46 ± 3.65	42.05 ± 9.76
观察组	治疗前	47.31 ± 4.31	40.16 ± 9.58
	治疗后	24.62 ± 3.12 ^d	45.79 ± 10.46 ^d

与对照组治疗后比较, ^d $P < 0.05$

2.4 两组患者治疗前后血清学指标比较

治疗前, 两组患者的 ALD、ICAM-1、NT-proBNP 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后, 观察组患者的 ALD、ICAM-1、NT-proBNP 低于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清学指标比较 ($n = 120, \bar{x} \pm s$)

组 别	时 间	ALD / $\mu\text{g} \cdot \text{mL}^{-1}$	ICAM-1 / $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$	NT-proBNP / $\mu\text{g} \cdot \text{mL}^{-1}$
对照组	治疗前	229.53 ± 8.56	65.39 ± 5.58	695.35 ± 9.16
	治疗后	195.65 ± 9.80	45.88 ± 5.31	523.31 ± 7.31
观察组	治疗前	229.69 ± 8.51	65.13 ± 5.30	695.47 ± 9.87
	治疗后	161.73 ± 5.44 ^c	31.17 ± 4.73 ^c	406.31 ± 8.52 ^c

与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$

注: ALD 一醛固酮; ICAM-1 一细胞间黏附分子-1; NT-proBNP 一氨基末端脑钠肽前体

2.5 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率为 3.3%, 与对照组的 4.2% 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生率比较 ($n = 120, \text{例}$)

组 别	头晕	肾功能异常	心动过缓	总发生率 / %
对照组	2	1	2	4.2
观察组	2	1	1	3.3

3 讨 论

随着我国人口老龄化速度的加快以及心脏疾病救治水平的提高, 心力衰竭患者日趋增多。心力衰竭属于常发的心血管疾病, 主要发病人群为老年人群。慢性心力衰竭是心力衰

竭的主要疾病类型, 患者于临床中一般会表现为心脏收缩以及舒张功能异常, 静脉回心血量排出不彻底, 进而引发心脏循环障碍^[6]。慢性心力衰竭患者长时间处于高凝状态, 其心房出现颤动, 会形成血栓, 血栓是慢性心力衰竭患者的主要并发症, 严重影响患者的预后效果^[7]。慢性心力衰竭属于大多数心血管疾病的病变结局, 主要发病人群为老年人群, 随着我国近些年来老龄化的逐渐严重, 慢性心力衰竭的发生率越来越高, 患者的住院率以及死亡率也随之升高^[8], 另外, 凝血功能异常以及形成血栓会影响预后, 老年慢性心力衰竭并发重症肺炎患者的凝血功能和病情严重情况息息相关, 会发生多器官功能综合征^[9]。因此, 临床中需要采取有效及时的方法进行治疗, 降低患者的死亡率, 提升临床疗效。

临床中采用美托洛尔进行抗心衰治疗, 能够使机体对水、钠的排泄加快, 改善水肿, 对血管起到有效扩张的作用^[10], 但是, 美托洛尔无法有效改善患者心功能。传统康复治疗要求心力衰竭患者卧床休息, 严格限制活动, 然而长时间休息或静止导致肌肉萎缩、运动耐量降低、肺通气功能下降、血栓形成、焦虑抑郁等诸多弊端而影响患者的长期预后^[11]。所以, 近些年来, 临床中主要通过联合治疗, 使患者的治疗效果大大提升。

本研究应用中西医结合的方式对慢性心力衰竭患者进行治疗, 且根据结果显示治疗效果较好, 治疗的总有效率显著提高, 生活质量评分和左室射血分数均得到显著改善, 说明康复治疗能够改善患者心功能, 其改善机理如下: (1) 能够使血浆、组织细胞因子以及内皮功能改善; (2) 使骨骼肌毛细血管密度以及骨骼肌线粒体氧化酶活性大大提升, I 型肌纤维水平升高, 使骨骼肌力度以及耐力有所提升; (3) 使动脉管径增加; (4) 使交感神经张力、肾素-血管紧张素-ALD 系统活性降低, 从而改善血管扩张以及血压反应^[12]。芪红汤中红景天能够起到补气养血、活血化瘀的效果, 葶苈子能够起到平喘咳、通水道、利水消肿的效果; 泽泻能够起到利水泄下的效果, 各个药物共同作用, 起到益气温阳、活血化瘀、通络利水的作用^[13]。本研究中, 治疗后观察组患者的左室射血分数高于对照组, 也说明芪红方联合西药治疗能够有效改善患者的心功能。另外, NT-proBNP 是能够对患者心功能客观反映的生物标记物, 从而对心力衰竭患者的临床疗效、预后效果进行有效评估; ALD 的半衰期较短, 代谢清除率较高, 如果心力衰竭患者过度分泌血管紧张素, ALD 水平就会升高, 因此, ALD 能够对心力衰竭患者的预后效果进行评估^[14]。本研究结果表明: 治疗后, 观察组患者的 ALD、ICAM-1、NT-proBNP 优于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明中西医结合康复治疗能够改善患者的血清学指标。另外, 两组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明中西医结合康复治疗的安全性较高。

因此, 对患者实施中西医结合康复综合治疗, 能够有效改善患者的心脏机能。

[参考文献]

- (1) 顾东风, 黄广勇, 何江, 等. 中国心力衰竭流行病学调查及其患病率 (J). 中华心血管病杂志, 2003, 31(1): 3-6.
- (2) 崔圆圆. 中西医结合治疗冠心病慢性心力衰竭 50 例疗效观察 (J). 中国民族民间医药, 2018, 27(6): 79-80.
- (3) 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, 2013, 35(5): 312-316.
- (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) 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.
- (6) 李刘英, 朱凤亚, 曹文斋, 等. 中西医结合治疗及康复管理模式对慢性心力衰竭临床疗效的观察 (J). 实用医院临床杂志, 2021, 18(5): 47-50.
- (7) 丁铭. 中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭疗效观察 (J). 山西中医, 2018, 34(5): 22-24.
- (8) 高子任, 隋殿军, 李坤, 等. 补益强心片对慢性心力衰竭患者心功能和生活质量的影响 (J). 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(21): 298-301.
- (9) 陈艳俏, 张成英, 陈少军, 等. 中西医结合心脏康复治疗慢性心力衰竭患者的临床效果 (J). 中国医药导报, 2017, 14(27): 157-160.
- (10) 王璞璞. 中西医结合心脏康复治疗慢性心力衰竭患者的临床研究 (J). 反射疗法与康复医学, 2020, 29(11): 46-48.
- (11) 解海宁, 张艳, 胡晓虹, 等. 气虚血瘀水停在慢性心衰实质研究探讨 (J). 中华中医药学刊, 2007, 25(12): 2603-2604.
- (12) 罗海芳. 中西医结合心脏康复治疗慢性心力衰竭患者的临床效果探讨 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(32): 185.
- (13) 周艳, 杨宇, 邓景贵, 等. 康复运动治疗老年慢性心力衰竭患者的有效性和安全性研究 (J). 激光生物学报, 2013, 22(1): 74-78.
- (14) 洪华山, 林岚, 苕先峰, 等. 长期运动训练使慢性稳定型心绞痛患者标准药物疗效更佳 (J). 心血管康复医学杂志, 2008, 17(1): 1-4.

(文章编号) 1007-0893(2021)22-0066-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.22.025

复方血压宁方对老年高血压患者血压变异性的影响

吴 露 陈 广

(浏阳市中医医院, 湖南 浏阳 410300)

[摘要] **目的:** 探究中医复方血压宁方对老年高血压患者血压变异性的影响。**方法:** 选取浏阳市中医医院 2017 年 8 月至 2018 年 8 月期间收治的 80 例老年高血压患者, 将其分为观察组、对照组, 各 40 例。观察组患者给予贝那普利联合氨氯地平治疗的同时加以中药治疗, 对照组给予贝那普利联合氨氯地平治疗, 比较两组患者血压变异性以及不良反应发生率。**结果:** 治疗前两组患者的血压变异性比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后观察组患者的血压变异性低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者不良反应发生率为 5.00%, 低于对照组的 30.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 在老年高血压患者给予贝那普利联合氨氯地平进行治疗的基础上, 对其加以中医治疗能够显著改善患者病情, 降低不良反应发生率, 具有较高的安全性。

[关键词] 高血压; 贝那普利; 氨氯地平; 复方血压宁方; 老年人

[中图分类号] R 544.1 [文献标识码] B

Effect of Compound Xueyaning Recipe on Blood Pressure Variability in Elderly Patients with Hypertension

WU Lu, CHEN Guang

(Liuyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hunan Liuyang 410300)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of Traditional Chinese medicine compound Xueyaning recipe on blood pressure variability in elderly patients with hypertension. **Methods** A total of 80 elderly hypertensive patients who were admitted to Liuyang Hospital of Traditional Chinese Medicine from August 2017 to August 2018 were selected and divided into observation group and control group, with 40 cases in each group. Patients in the observation group were treated with benazepril combined

[收稿日期] 2021-08-22

[作者简介] 吴露, 女, 副主任医师, 主要研究方向是心血管疾病的中西医结合防治。