

真武汤合血府逐瘀汤加减治疗慢性心衰的效果分析

李凤辉

五莲县人民医院, 山东 日照 262300

【摘要】 目的 真武汤合血府逐瘀汤加减治疗慢性心衰的效果分析。方法 本次研究从本院2021年3月—2022年5月收入的慢性心衰患者中随机抽取84例,按照随机数表法将其分为了观察组和对照组两组。对照组接受常规西药治疗,观察组联合真武汤合血府逐瘀汤加减治疗,对比治疗结果。结果 对比综合治疗有效率:观察组综合有效41例(97.62%),对照组综合有效36例(85.71%),指标对比差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。对比治疗情况:观察组的体征指标、中医证候积分显著改善,结果优于对照组,有统计学意义($P<0.05$)。对比不良反应:观察组不良反应3例(7.14%),对照组不良反应10例(23.81%),指标对比差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。结论 真武汤合血府逐瘀汤加减治疗慢性心衰患者疗效好,患者经过治疗后的临床综合治疗有效率较高,自身的临床LVEF、LVESV、LVEDV、中医证候积分等指标改善结果好,可推广。

【关键词】 真武汤合血府逐瘀汤加减;慢性心衰;疗效

慢性心衰患者病症危急,对患者的生命健康造成极大的威胁。临床通过西药药物可稳定患者的体征,减少不良反应如胸痛、气促等。此外,西药治疗方式可以有效应对心衰患者的病症问题,患者的短期治疗效较好,但是患者长期服用药物的身心刺激较大,没有从患者的生理机体入手,患者的长期疗效不佳。中医认为心衰属于“血痹”、“血瘀”症,可接受活血化瘀、活血调气治疗疾病。真武汤合血府逐瘀汤加减方可实现辨证治疗,完成标本兼治,患者治疗效果好^[1]。本文针对真武汤合血府逐瘀汤加减治疗慢性心衰效果进行研究,相关内容报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料 本次研究从本院2021年3月—2022年5月收入的慢性心衰患者中随机抽取84例,按照随机数表法将其分为了观察组和对照组两组。观察组42例,男性23例,年龄为56.7~73.3岁,平均年龄为(64.30±1.30)岁,女性19例,年龄为55.6~75.2岁,平均年龄为(64.61±1.03)岁。对照组42例,男性20例,年龄为52.8~73.8岁,平均年龄为(62.50±1.82)岁,女性22例,年龄为56.0~76.8岁,平均年龄为(65.50±1.42)岁。两组基本资料无差异($P>0.05$),有可比性。

纳入标准:患者心功能为Ⅱ~Ⅳ级,治疗前1月没有接受中医制剂治疗,临床的基本信息完整且知情同意书。排除标准:患者伴随肝肾功能障碍、

晚期癌症、药物过敏史。研究相关内容都经过医学伦理委员会批准,有合理性。

1.2 方法 对照组接受常规的西药治疗,呋塞米片(批准文号:国药准字H32021428生产企业:江苏亚邦爱普森药业有限公司)20mg/次,1次/d、酒石酸美托洛尔片(批准文号:国药准字H20057288生产企业:珠海经济特区生物化学制药厂)50mg/次,1次/d、螺内酯片(批准文号:国药准字H20067824;生产企业:安徽国正药业股份有限公司)20mg/次,1次/d、马来酸依那普利叶酸片(批准文号:国药准字H20103723;生产企业:深圳奥萨制药有限公司)0.4~5mg/d;具体用药方式,增减用药因人而异。

观察组在对照组的基础上联合真武汤合血府逐瘀汤加减治疗,组方:川牛膝25g、枳壳12g、桔梗12g、白术10g、炮附片12g、当归12g、生当归12g、川芎12g、赤芍12g、红花12g、桃仁12g、柴胡12g、茯苓10g、白芍10g、生姜8g、炙甘草6g。若患者水肿明显加炒柏子仁、汉防己各10g;若患者心绞痛加薤白、瓜蒌各10g。用500mL清水煎煮为200mL,一日一剂,分为早晚两次服用。

两周为一个疗程,患者连续治疗四个疗程观察结果,用药期间需要做好身心监测,若有异常需要及时上报,并调整用药方式。

1.3 观察指标 对比患者临床综合治疗有效率(显效即为症状改善八成以上;有效即为症状改善六成以上;无效即为症状改善效果不显著或有加重);对比患者临床的心功能和自身的血清炎性因

子(LVEF、LVESV、LVEDV、NT-proBNP)改善情况;对比患者经过治疗前后的中医证候积分改善情况(倦怠少食、麻木酸胀等,0分为无症状,5分为极端严重,分数越低结果越好);对比两组患者经过治疗后的不良反应发生率(呕吐、便秘、厌食、失眠等)^[2-5]。

1.4 统计学分析 使用SPSS25.0统计学软件,计数资料为[n(%)],予以 χ^2 检验;计量资料

为($\bar{x}\pm s$),予以t检验。 P 值<0.05提示统计学意义成立。

2 结果

2.1 两组慢性心衰患者基本信息对比 观察组和对照组的基线资料对比($P>0.05$),无统计学意义,见表1。

表1 两组慢性心衰患者基本信息对比 [n(%)]

指标	观察组	对照组	χ^2	P	
年龄	>60岁	34 (80.95)	30 (71.43)	1.050	0.305
	≤60岁	8 (19.05)	12 (28.57)	1.050	0.305
心脏病病程	3年以内	16 (38.10)	12 (28.57)	0.857	0.354
	3~8年	15 (35.71)	18 (42.86)	0.449	0.502
	8年以上	11 (26.19)	12 (28.57)	0.059	0.806
主要表现	气促	23 (54.76)	24 (57.14)	0.048	0.826
	心绞痛	25 (59.52)	27 (64.29)	0.201	0.653
	胸闷	22 (52.38)	26 (61.90)	0.777	0.377
	咳喘	21 (50.00)	20 (47.62)	0.047	0.827
伴随慢性疾病	其他	2 (4.76)	3 (7.14)	0.212	0.644
	高血压	12 (28.57)	14 (33.33)	0.222	0.636
	糖尿病	10 (23.81)	7 (16.67)	0.663	0.415
3年内手术史	其他	2 (4.76)	3 (7.14)	0.212	0.644
	有	2 (4.76)	3 (7.14)	0.212	0.644
	无	40 (95.24)	39 (92.86)	0.212	0.644

2.2 两组慢性心衰患者综合治疗有效率对比 观察组综合治疗有效率为97.62%高于对照组的

85.71%,差异显著且有统计学意义($P<0.05$),具体数据见表2。

表2 两组慢性心衰患者综合治疗有效率对比 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	综合有效
观察组	42	22 (52.38)	19 (45.24)	1 (2.38)	41 (97.62)
对照组	42	16 (38.10)	20 (47.62)	6 (14.29)	36 (85.71)
χ^2		1.730	0.047	3.896	3.896
P		0.188	0.826	0.048	0.048

2.3 两组慢性心衰患者心功能和血清因子指标对比 治疗前两组患者LVEF、LVESV、LVEDV、

NT-proBNP无差异,治疗后观察组结果优于对照组,有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组慢性心衰患者心功能和血清因子指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LVEF (%)		LVESV (mL)		LVEDV (mL)		NT-proBNP (ng/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	35.45 ± 3.55	48.50 ± 3.36	56.86 ± 5.38	41.73 ± 4.28	64.24 ± 6.15	53.92 ± 5.72	1043.06 ± 112.32	509.93 ± 47.52
对照组	42	35.77 ± 3.80	44.66 ± 4.03	56.93 ± 5.34	44.56 ± 3.91	64.67 ± 6.12	59.34 ± 5.32	1050.68 ± 95.62	558.19 ± 46.66
t		0.398	4.743	0.059	3.1637	0.321	4.496	0.334	4.696
P		0.691	0.001	0.952	0.002	0.749	0.001	0.738	0.001

2.4 两组慢性心衰患者中医证候积分指标对比 治疗前两组患者中医证候积分无差异,治疗后

观察组结果优于对照组,有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表 4 两组慢性心衰患者中医证候积分指标对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	倦怠少食		胸闷绞痛		麻木酸胀		舌苔白、脉弱	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	4.47 ± 0.43	2.12 ± 0.21	4.49 ± 0.48	2.06 ± 0.19	4.49 ± 0.42	2.07 ± 0.22	4.44 ± 0.42	2.06 ± 0.22
对照组	42	4.48 ± 0.41	2.29 ± 0.18	4.47 ± 0.41	2.28 ± 0.22	4.48 ± 0.49	2.29 ± 0.19	4.49 ± 0.49	2.29 ± 0.19
<i>t</i>		0.109	3.983	0.205	4.904	0.104	4.9048	0.502	5.127
<i>P</i>		0.913	0.001	0.837	0.001	0.923	0.001	0.616	0.001

2.5 两组慢性心衰患者不良反应对比 患者经过治疗后的不良反应发生率为7.14%优于对照组的23.81%，差异显著，有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表5。

表 5 两组慢性心衰患者不良反应对比 [n (%)]

组别	例数	呕吐	便秘	厌食	失眠	其他	不良反应
观察组	42	1 (2.38)	1 (2.38)	0 (0.00)	1 (2.38)	0 (0.00)	3 (7.14)
对照组	42	2 (4.76)	3 (7.14)	2 (4.76)	2 (4.76)	1 (2.38)	10 (23.81)
χ^2		0.345	1.050	2.048	0.345	1.012	4.459
<i>P</i>		0.556	0.305	0.152	0.556	0.314	0.034

3 讨 论

中医学认为冠心病伴随心力衰竭属于“心衰”、“心悸”、“胸痹”症状，认为该疾病的病症和患者的气血瘀滞、供血供气有相关性。患者外感邪毒、体虚体弱导致阳气虚弱，血痹胸闷，诱发心衰^[6]。西药治疗周期长且自身的不良反应发生率较高，而且短期疗效显著后，后期药物耐受问题影响导致患者需要加大剂量，对机体伤害加重。临床建议心衰患者接受相关中医治疗调节身心，改善血瘀，获得行气活血的效果^[7-8]。真武汤合血府逐瘀汤加减治疗针对性较高，中药组方中有白术、茯苓可行气活血、安神稳心；川牛膝、桃仁、红花可益气活血、舒筋通络；柴胡、枳壳能疏肝理气、综合药性。联合其他的药物可发挥标本兼治的效果，患者的治疗效果较好。临床也有较多的医学研究认为中药汤剂可改善心衰患者病症，患者中医证候积分改善显著，自身的治疗效果较好^[9-10]。本文对真武汤合血府逐瘀汤加减治疗心衰效果进行了分析，对照组接受常规西药治疗，观察组接受中西医结合治疗，结果表明患者的综合治疗效果好，中医证候积分改善显著，两组指标对比 ($P < 0.05$)，有统计学意义。

综上所述，真武汤合血府逐瘀汤加减治疗慢性心衰疗效好，值得推广。

参考文献

- [1] 王建军,李志宏.冠心病慢性心力衰竭采取真武汤联合血府逐瘀汤加减治疗后的临床效果治疗顽固性心衰阳虚水泛证的临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(6):169-170.
- [2] 任一欣.真武汤合血府逐瘀汤加减对慢性心力衰竭患者BNP及ACR的影响[J].世界复合医学,2020,6(9):27-29.
- [3] 魏旭.真武汤合血府逐瘀汤加减治疗冠心病慢性心力衰竭的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(29):153-154.
- [4] 仇小军.真武汤合血府逐瘀汤加减辅助冠心病慢性心力衰竭临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(11):1867-1868.
- [5] 段金宏.真武汤合血府逐瘀汤加减治疗肺心病慢性心力衰竭的临床效果[J].甘肃科技,2021,37(21):126-128.
- [6] 朱航,赵建波,王长江.真武汤合血府逐瘀汤加减联合参芪扶正注射液治疗冠心病心力衰竭临床研究[J].新中医,2021,53(11):23-26.
- [7] 向前.对冠心病慢性心力衰竭患者予以真武汤合血府逐瘀汤加减治疗的效果分析[J].中外医疗,2021,40(14):166-168.
- [8] 王希山,晋玉梅,祖建国,董进军.真武汤合血府逐瘀汤加减治疗冠心病慢性心力衰竭的临床效果观察[J].贵州医药,2021,45(4):608-609.
- [9] 拓世奇.真武汤合血府逐瘀汤加减治疗冠心病慢性心力衰竭临床效果分析[J].名医,2021,(8):151-152.
- [10] 侯敬坤.真武汤+补肺汤+血府逐瘀汤加减治疗COPD合并心力衰竭的临床效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2021,9(12):14-16.