

中医体质对血瘀质慢性心力衰竭患者的生命质量影响

李立华¹ 仇 军¹ 马春萍²

(1 北京中医医院顺义医院体检中心/治未病科,北京,101300; 2 北京市顺义区牛栏山社区卫生服务中心,北京,101301)

摘要 目的:观察中医体质干预对慢性心力衰竭患者生命质量的影响,为体质干预调理慢性心力衰竭提供依据。方法:选取 2017 年 1 月至 2018 年 12 月于北京中医医院顺义医院治未病科和心血管科就诊的体质辨识属于血瘀质的慢性心力衰竭患者 86 例作为研究对象,随机分为观察组和对照组,对照组使用西药(ARB、ACEI、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂、利尿剂)治疗;观察组在对照组的基础上,采用调理体质的方法进行干预。6 个月后,分别观察并比较 2 组心力衰竭患者心功能、pro-BNP、6 min 步行距离(6 MWT)、明尼苏达心力衰竭生命质量量表(MLHFQ)评分的变化。结果:1)2 组患者治疗后,观察组的总有效率 93%,对照组的总有效率 74%,2 组的总有效率比较,具有统计学意义, $P < 0.05$ 。2)2 组患者治疗前后 Pro-BNP 比较,数据有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组患者的 Pro-BNP 比较也有统计学意义($P < 0.05$)。3)2 组患者治疗前后 6 MWT 比较均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组患者 6 步行试验比较,步数也具有统计学意义($P < 0.05$)。4)治疗前后 2 组心力衰竭患者的 MLHFQ 评分,经计算,均有显著性的统计学意义。治疗后 2 组患者比较,亦均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:通过体质干预结合西药常规治疗慢性心力衰竭,能够改善患者心功能、提高运动耐量,改善患者的生命质量,在慢病管理中可以推广。

关键词 慢性心力衰竭;体质干预;血瘀质;生命质量;慢病管理

Effects of TCM Constitution on the Quality of Life of Chronic Heart Failure Patients with Blood Stasis

Li Lihua¹, Qiu Jun¹, Ma Chunping²

(1 Department of Preventive Treatment, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Shunyi Hospital, Beijing 101300, China;

2 Beijing Shunyi Niulanshan Community Health Service Center, Beijing 101301, China)

Abstract Objective: To observe the influence effects of TCM constitutional intervention on the quality of life of patients with chronic heart failure, and to provide evidence for physical intervention to regulate chronic heart failure. **Methods:** From January 2017 to December 2018, at Department of Preventive Treatment and Cardiovascular Department of Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Shunyi Hospital, the physical and mental health examinations were performed. 86 patients with chronic heart failure who belonged to blood stasis were divided into the treatment group and the control group, and the control group was given Western medicine (ARB, ACEI, β -blockers, aldosterone receptor antagonists, diuretics) was used for treatment; the treatment group was treated with conditioning method based on the control group. Six months later, changes in cardiac function, pro-BNP, 6-minute walking distance (6 MWT), and Minnesota Heart Failure Quality of Life Scale (MLHFQ) scores were observed and compared between the two groups. **Results:** 1) After treatment, the total effective rate of the treatment group was 93%, and the total effective rate of the control group was 74%. The total effective rate of the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). 2) There were significant differences in the data between Pro-BNP before and after treatment ($P < 0.05$). There was also a statistically significant difference in Pro-BNP between the two groups after treatment ($P < 0.05$). 3) There were significant differences in 6 MWT between the two groups before and after treatment ($P < 0.05$). After the treatment, the number of steps was also statistically different ($P < 0.05$). 4) The MLHFQ scores of the two groups of heart failure patients before and after treatment were statistically significant. There were also statistical differences between the two groups after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combination of physical intervention and western medicine in the treatment of chronic heart failure can improve the heart function, improve exercise tolerance and improve the quality of life of patients. It can be promoted in chronic disease management.

Key Words Chronic heart failure; Health intervention; Blood stasis constitution; Quality of life; Management of chronic diseases
中图分类号: R256.2 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.06.056

心力衰竭的患病率逐年上升,患者长期忍受吃药、再住院的痛苦。经过目前的临床研究显示,控制

基金项目:北京中医医院顺义医院两院合作项目(SYKW201609)

作者简介:李立华(1983.08—),女,博士,副主任医师,研究方向:亚健康的中医研究, E-mail: lihuibear@126.com

通信作者:仇军(1973.11—)女,本科,副主任医师,研究方向:心功能不全、心律失常、高血压方向, E-mail: lihuibear@126.com

心力衰竭的难点是:患者的康复意识和知识匮乏,即便每日按时服药,但不够关注自身不良的生活方式,长此以往,造成反复发病,多次住院^[1],身体、心理和经济状况不堪重负,生命质量较差。据报道,现阶段我国心力衰竭患者约450万,平均年龄为(66±15)岁,其中54.5%为男性,且心功能分级Ⅲ~Ⅳ级占84.7%^[2]。某机构对3年间80余家医疗机构的8516例心力衰竭患者进行调查,发现此类住院患者病死率为5.3%^[3]。这些患者的治疗费用,给国家和社会带来巨大的经济压力。心力衰竭的发生、发展,与个人的先天体质和后天影响相关。心力衰竭是否发展、如何发展,既受到起居、生活方式等外因的影响,更与每个人的体质相关。体质的差别在往往能够影响心力衰竭的发生、演变、转归、预后。本研究旨在从中医“治未病”的角度出发,拟通过对86例慢性心力衰竭患者进行体质干预,探讨体质干预能否改善慢性心力衰竭患者生命质量,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月至2018年12月于北京中医医院顺义医院治未病科和心血管科就诊的体质辨识属于血瘀质的慢性心力衰竭患者86例作为研究对象,采用随机数表法将患者分为西药常规观察组和中医体质干预组,每组43例。其中男45例,平均年龄(45.38±3.23)岁;女41例,平均年龄(48.15±4.08)岁。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准(参照《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识(2016版)》) 包括病史、症状、体征及心电图、心脏彩超、6 min步行试验(6 MWT)和实验室检查。主要标准:1)夜间阵发性呼吸困难;2)罗音;3)心脏扩大;4)颈静脉怒张;5)急性肺水肿;6)第三心音奔马律;7)循环时间 ≥ 25 s;8)中心静脉压升高 >16 cmH₂O;9)肝颈静脉回流征阳性;10)治疗后5 d内体质量减轻 ≥ 4.5 kg。次要标准:1)夜间咳嗽;2)心动过速(心率 ≥ 120 次/min);3)日常活动时呼吸困难;4)肝肿大;5)胸腔积液;6)最大肺活量下降1/3;7)双侧踝关节水肿。注:同时存在两项主要标准,或一项主要标准及两项次要标准,即可诊断为心力衰竭。

1.2.2 心功能分级标准(标准参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南(2014版)》) Ⅰ级:活动不受限。日常体力活动不会引起明显的心悸、气促、疲乏。Ⅱ级:活动轻度受限。休息时无症状,日常活动会引起

明显的心悸、气促、疲乏。Ⅲ级:活动明显受限。休息时可无症状,轻于日常活动即引起显著气促、疲乏或心悸。Ⅳ级:即时在休息状态也会出现症状,稍有体力活动症状加重。任何体力活动都会引起不适。分2种情况,1)无需静脉给药,能够在室内或床边活动者为Ⅳa级;2)不能下床并需静脉给药者为Ⅳb级。

1.2.3 中医血瘀质的诊断标准 经“中医经络检测仪检测操作系统”检测为血瘀质的患者。

1.3 纳入标准 1)慢性心力衰竭的患者;2)Ⅱ-Ⅲ级心力衰竭患者(纽约心功能分级);3)18周岁到70周岁之间;4)呼吸频率 <30 次/min或静息心率 <100 次/min;5)无严重关节疾病;6)冠心病、扩张型心肌病、风湿性心脏病、高血压性心脏病等患者也可入选;7)患者神志清楚,知情同意。

1.4 排除标准 参照《中医新药临床研究指导原则(试行)2002版》:1)3周内发生心肌梗死;2)近5 d气短症状进行性加重;3)感染;4)中重度主动脉瓣狭窄;5)近10 d出现血栓性静脉炎;6)需要手术的返流性心瓣膜病;7)近10 d发生的心律失常;8)运动时血压下降;9)心功能Ⅳ级及以上者;10)孕妇及哺乳期妇女;11)精神疾病;12)因病情变化不能继续该研究者。

1.5 疗效判定标准

1.5.1 心功能疗效指标 参照《中药新药临床研究指导原则》,评价心功能疗效:1)显效:心力衰竭症状基本控制或心功能提高2级以上;2)有效:心功能提高1级,但不及2级;3)无效:心功能提高不足1级;4)恶化:心功能恶化1级或以上。总有效率(%)=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5.2 6 min步行距离 在心血管科病房标记一段30.5 m的直线,两端各摆放一把椅子做为起点、终点。6 min之内,患者在两把椅子间往返运动,速度自行调整。检测人员每2 min报时1次,并记录患者有无不适症状(气促、胸闷、胸痛)。6 min结束后计算其步行距离。如患者不能坚持可中止试验。

1.6 研究方法 1)常规观察组:口服常规基础西药:包括 β 受体阻滞剂、ACEI、ARB、醛固酮拮抗剂、硝酸酯类药、洋地黄及利尿剂。观察6个月。2)中医体质干预组:在西药常规观察组的基础上,对患者进行体质干预,包括饮食干预、情志调摄、规范作息规律及体育锻炼等,观察6个月。具体如下:a. 饮食干预:多食黑豆、海藻、紫菜、萝卜、胡萝卜、金橘、橙、桃、李、山楂、玫瑰花、绿茶等具有活血散结、行气、疏

肝解郁作用的食物。不食肥猪肉。注:谷物、蔬菜、水果类可根据饮食情况自行选择,保证 1 周 3 次。b. 生活起居:作息时间宜有规律,保持足够睡眠;但不可过度安逸。c. 体育锻炼:进行八段锦训练(2 次/周,30 min/次)。d. 情志调摄:及时消除不良情绪,2 次/周听抒情柔缓的音乐,30 min/次。

1.7 观察指标 1)心功能疗效。2)运动耐量指标:6 MWT。3)pro-BNP。4)明尼苏达心力衰竭生命质量量表(MLHFQ)评分。5)安全性指标观察:生命体征及不良事件(如皮疹、瘙痒、头晕、头痛、寒战、发热、恶心、呕吐、心悸、)发生情况,进行血、尿常规,肝、肾功能及心电图检查以上指标均在患者治疗前、治疗后 6 个月各做 1 次。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析,其中计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗后心功能疗效比较 经过治疗,观察组的总有效率 93%,对照组的总有效率 74%,经比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗后 2 组患者的心功能疗效比较

组别	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	恶化 (例)	总有效率 (%)
观察组($n = 43$)	19	21	3	0	93 *
对照组($n = 43$)	11	21	11	0	74

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2 治疗前后 2 组患者的运动耐量比较 治疗后 2 组心力衰竭患者的 HR、SBP、RPP 比较,无明显统计学意义,说明 2 种治疗方案在改善患者 HR、SBP、RPP 上疗效相当;而治疗后 2 组患者的 6 MWT 比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组的 6 min 步行距离显著增加,说明观察组在改善心力衰竭患者 6 MWT 上更为明显。

表 2 治疗前后 2 组患者运动耐量指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	HR(次/min)	SBP(mmHg)	6 MWT(m)
观察组($n = 43$)			
治疗前	78.73 $\pm$ 5.63	131.74 $\pm$ 11.52	271.43 $\pm$ 80.72
治疗后	77.27 $\pm$ 5.01	117.89 $\pm$ 5.36	407.31 $\pm$ 51.23 * Δ
对照组($n = 43$)			
治疗前	78.56 $\pm$ 5.74	132.87 $\pm$ 12.34	275.55 $\pm$ 81.34
治疗后	76.56 $\pm$ 4.69	116.59 $\pm$ 4.69	372.58 $\pm$ 47.89 *

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$; 治疗后,观察组与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2 组患者 pro-BNP 治疗前后比较 治疗后 2 组

间的 pro-BNP 比较,观察组也就是体质干预组能更加明显的降低患者的 pro-BNP 水平($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者治疗前后 pro-BNP 比较($\bar{x} \pm s$,ng/L)

组别	pro-BNP
观察组($n = 43$)	
治疗前	802.34 $\pm$ 204.71
治疗后	232.65 $\pm$ 136.87 *
对照组($n = 43$)	
治疗前	797.21 $\pm$ 213.12
治疗后	302.56 $\pm$ 154.38

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

2.4 2 组患者明尼苏达心力衰竭生命质量量表(MLHFQ)评分的比较 2 种治疗方案均可改善心力衰竭患者的躯体情况、情绪等,经统计学分析,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组患者的躯体情况、情绪比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且观察组分数降低的更多,证明观察组改善患者的生命质量更为明显。

表 4 治疗前后 2 组患者 MLHFQ 评分的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	躯体情况	情绪情况	其他情况
观察组($n = 43$)			
治疗前	25.49 $\pm$ 5.69	7.88 $\pm$ 4.86	14.32 $\pm$ 4.55
治疗后	18.54 $\pm$ 6.02 * Δ	4.21 $\pm$ 3.41 * Δ	8.26 $\pm$ 5.21 * Δ
对照组($n = 43$)			
治疗前	24.17 $\pm$ 6.37	6.87 $\pm$ 5.14	13.47 $\pm$ 5.14
治疗后	20.35 $\pm$ 5.88	5.46 $\pm$ 4.86	10.34 $\pm$ 4.22

注:与对照组比较, * $P < 0.05$; 与治疗前比较, $\Delta P < 0.05$

2.5 安全性检测 试验前后对所有入选患者,分别进行血常规、尿常规、肝功能、肾功能等检查对照。结果未出现不良反应,提示中医体质干预具有较好的安全性。

3 讨论

近年来,心力衰竭的发病率逐年上升^[4-5],预后不佳,故如何在心力衰竭的早期进行调控,值得我们重视。积极改善生活环境、改变不良生活方式,防治高血压、糖尿病、高脂血症,对降低心力衰竭的发生率及再住院率意义重大^[6]。心力衰竭患者发病呈多因化、多元化,因此在治疗时应针对个人的调理,即个性化防治^[7]。中医体质学说就是由中医理论衍伸出去,将体质与中医辨证相结合,分析疾病的病性病位及病势,从而指导预防和治疗的一门学科^[8]。目前研究结果显示,在许多慢性病的预防和治疗中,研究患者体质,在此基础上纠正偏颇体质,能够防止疾病恶化,实现早期预防性的目的^[9]。

6 min 步行距离是通过观察患者在 6 min 之内的最大步行距离。该方法可用来评价患者的心功能

及运动耐量。它不需要特殊的设备,易于被患者接受,且与患者的日常活动能力十分接近,可用于指导康复治疗,运动耐量的评估,提示患者的短期预后等等^[10]。本研究结果提示:对照组和观察组均可以改善患者的 6 MWT,其中观察组 6 MWT 改善最为明显,说明体质干预治疗能可调整慢性心力衰竭患者的运动耐量,改善其临床表现,提高患者的运动能力。

pro-BNP 具有维持血压平衡、参与钠调节、促进利尿、扩张血管、拮抗肾素-血管紧张素-醛固酮系统等作用。pro-BNP 可反映心功能损伤程度,因此在早期评估心力衰竭发生、判断转归预后有重要意义。本研究结果显示观察组和对照组均可以明显降低慢性心力衰竭患者治疗前后 pro-BNP 水平,但经过体质干预后的观察组的 pro-BNP 降低得更为明显。在一定程度上说明,通过定期的八段锦锻炼,可以逆转心血管系统重构,改善心肌的代谢能力,增加血管的弹性,提高血管内皮的顺应性,从而改善心功能。

目前研究心力衰竭患者康复疗效多运用明尼苏达心力衰竭生命质量量表来评价心力衰竭患者的生命质量。该表包括躯体情况、情绪及其他情况等等。MLHFQ 评分的分数越高,心力衰竭患者的生命质量越差,反之表示生命质量越好。本次试验结果表明:经过 6 个月的体质干预调理,观察组的 MLHFQ 的评分较对照组的低,中医体质干预治疗更优于西药常规治疗。

由于以往大多数人们对心力衰竭认识不足,认为心力衰竭只要按时服用药物治疗即可,切忌进行体育锻炼。这种思想误区,导致了运动一度成为心力衰竭患者的绝对禁忌证。心力衰竭患者期望通过严格卧床休息,限制体力活动来提高生命质量。但是,事与愿违,长期卧床,限制活动出现的后果是体力减退、肌肉萎缩、关节僵直、褥疮等,患者生命质量受到极大影响。在现在的临床实践中,随着运动康复治疗的不断开展,也给心力衰竭患者带来了日益增多的益处。据有关研究显示,康复运动降低死亡风险 39%^[11-13]。为此,运动康复在心力衰竭患者的治疗过程中必不可少,为心力衰竭患者带来了新希望^[14-15]。

鉴于体质可变、可调的特性,我们可以对患者调饮食、调运动方式、调心理干预等方式使人的体质偏

颇失衡状态尽早得到改善与调整,从而改变体质,“先安未受邪之地”,达到未病先防的目的。但由于条件限制,样本量较小,研究结果难免有失偏颇,今后将继续开展研究,为日后构建完善的、全面的,具有中医特色的心力衰竭慢病管理体系提供依据。

参考文献

- [1] Ponikowski P, Voors A A, Anker S D, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure; The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC[J]. Eur J Heart Fail, 2016, 18(8): 891.
- [2] 中国心血管病报告编写组.《中国心血管病报告 2016》概要[J]. 中国循环杂志, 2017, 32(6): 521.
- [3] 张健, 张宇辉. 多中心、前瞻性中国心力衰竭注册登记研究——病因、临床特点和资料情况初步分析[J]. 中国循环杂志, 2015, 30(5): 413.
- [4] 张子彬, Tsung O. Cheng[美], 张玉传. 充血性心力衰竭学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 3-24, 551-570.
- [5] 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.
- [6] 童建军, 柏建中. 307 例慢性心力衰竭病因分析[J]. 承德医学院学报, 2010, 27(4): 383-384.
- [7] 魏玲, 苏瑶, 付莉, 等. 老年慢性心力衰竭的多病因性及心衰类型分析[J]. 西南国防医药, 2010, 20(3): 259-261.
- [8] 王琦. 中医体质学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009, 1: 2.
- [9] 李凡, 陶娟, 涂亚庭. 刺山柑乳膏治疗银屑病的临床观察[J]. 中国医药, 2013, 8(10): 1453-1454.
- [10] 卜晓佳. 6 分钟步行试验在慢性心力衰竭患者中的应用进展[J]. 中国心血管杂志, 2014, 19(2): 158-160.
- [11] Keteyian SJ, Pina IL, Hibner BS, et al. Clinical role of exercise training in the management of patients with chronic heart failure[J]. Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention, 2010, 30: 67-76.
- [12] O Connor CM, Whellan D J, Lee KL, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure. HF-ACTION randomized controlled trial[J]. JAMA, 2009, 301: 1439-1450.
- [13] 吕均, 樊慧, 岳良明, 等. 有氧运动对不同体质老年高血压伴心衰患者的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(6): 91-92.
- [14] Smith S J, Benjamin E J, Bonow R O, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction: therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease; 2011 update[J]. Circulation, 2011, 124: 2458.
- [15] 陈燕, 梁涛. 心力衰竭患者运动康复的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(7): 666-668.

(2018-12-21 收稿 责任编辑: 徐颖)