

# 热敏灸对慢性心力衰竭的临床疗效研究<sup>※</sup>

● 邓 鹏 胡 丹 刘中勇<sup>▲</sup> 李 林 徐 驹

**摘 要** 目的:观察热敏灸治疗慢性心力衰竭的临床疗效。方法:将80例患者随机分为观察组与对照组各40例,对照组采用常规西药治疗,观察组在西药治疗基础上采用热敏灸治疗。观察比较两组患者的中医症候积分、左室射血分数、左室舒张末期内径、左室收缩末期内径、心功能分级变化、BNP水平、6分钟步行距离、明尼苏达生活质量积分等改善情况。结果:观察组在中医症候积分、左室射血分数、左室舒张末期内径、左室收缩末期内径、心功能分级变化、BNP水平、6分钟步行距离、明尼苏达生活质量积分等方面改善情况优于对照组(均 $P < 0.05$ )。结论:热敏灸治疗慢性心力衰竭临床疗效显著,值得推广应用。

**关键词** 热敏灸 慢性心力衰竭 临床疗效

慢性心力衰竭是内科常见病,是心血管系统疾病的终末期表现,其患病率、病死率呈递增之势,严重危害人们的身体健康和生活质量。目前西医采用的药物治疗存在较多毒副作用,且疗效提高有限。热敏灸疗法作为我院的原创灸法新技术,以其独特的疗效在临床上广泛应用。我们将该疗法运用到慢性心力衰竭的治疗中,取得了良好临床疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集2015年1月—2015年12月江西中医药大学附属医院(江西省中医院)心血管病科住院及门诊诊断为慢性心力衰竭,证属气虚血瘀、阳虚水泛型的患者80例。采用随机数字表法分为观察组(热敏灸+常规西药治疗)40例和对照组(常规西药治疗)40例。观察组男16例,女24例;平均年龄(63.75±10.18)岁;平均病程(12.85±6.1)天;平均症候总积分(19.01±3.59)分。对照组男15例,女25

例;平均年龄(64.38±8.45)岁;平均病程(12.75±6.84)天;平均症候总积分(18.62±3.50)分。两组性别、年龄、病程、症候总积分等经统计学处理,差异无显著性意义(均 $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照2014年《中国心力衰竭诊断和治疗指南》<sup>[1]</sup>:症状:呼吸困难、疲乏倦怠无力、双下肢出现水肿;体征:肺部啰音、呼吸急促、颈静脉充盈、肝肿大;辅助检查:心脏彩色多普勒结果显示心脏扩大、射血分数低、心功能异常。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照《中医内科常见病诊疗指南》<sup>[2]</sup>及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>中慢性心力衰竭的临床诊断,中医辨证为气虚血瘀、阳虚水泛证。主症:心悸,气短乏力,喘不得卧,畏寒肢冷,颈部青筋暴露,下肢浮肿;次症:面色晦暗,唇青紫,尿少,腹胀;舌象:舌质紫暗,舌体有瘀点或瘀斑、边有齿痕,苔淡白或白滑;脉象:脉沉涩或结代。以上主症具备2项、次症具备1项,或主症具备1项、而次症具备2项,或舌、脉中有1项即可诊断为心衰(气虚血瘀、阳虚水泛证)。

**1.3 纳入标准** ①符合西医诊断标准,有心衰病史或临床出现心衰症状3个月以上,静息射血分数(LVEF)≤50%,6分钟步行试验距离≤375m,美国纽

※基金项目 江西省卫生厅中医药科研基金课题(No. 2013A091)

▲通讯作者 刘中勇,男,主任医师、教授、博士研究生导师,国务院特殊津贴专家、全国优秀中医临床人才。主要从事心血管疾病的中西医结合诊治。E-mail: lzyongmail@163.com

●作者单位 江西中医药大学附属医院(330006)

约心脏病协会(NYHA)心脏功能分级为Ⅲ~Ⅳ级;②符合中医诊断标准,其证型为气虚血瘀、阳虚水泛证;③年龄50~75岁,男女不限;④可探寻到热敏点,并出现热敏化现象;⑤签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①入院前1月内发生急性心肌梗死、不稳定型心绞痛、甲亢或者感染性心内膜炎、肺栓塞以及心脏机械性障碍。②非心源性心衰,因全身性疾病或者由于酗酒而导致的继发性心力衰竭(肺水肿、低灌注);③近4个月中有冠状动脉旁路搭桥术(CABG)或经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)手术病史;④有肿瘤或其它可能导致治疗方案无法进行的疾病。

**1.5 治疗方法**

**1.5.1 对照组** 给予单纯西药治疗,用药如下:地高辛片0.125~0.25mg Qd,1周后依据患者的病情调整其用量;刚开始予以螺内酯片25~40mg Qd,呋塞米片20mg Qd,在患者水肿消退后改用螺内酯片20mg Qd维持;贝那普利片2.5~10mg Qd,在急性心功能不全控制后酌情加;美托洛尔片6.25~25mg Bid,根据病情逐渐加量,达到最大耐受量后维持用药。根据患者病情变化及时调整用药。

**1.5.2 观察组** 在对照组西药治疗的基础上,加以施用热敏灸疗法。(1)施灸部位:“心俞-至阳”所形成的区域及“膻中”穴位附近区域。(2)操作方法:在上述区域探查热敏点,确定热敏点后行雀啄灸以增强灸量、激发经气经络中经气的传导,待热敏灸感充分显现后,以患者皮肤不烫为前提在距离施灸点上下约3cm左右处施以温和灸,使之出现持续的感传;经常询问患者感受是否仍然有热敏现象,或是只是单纯的皮肤烫,并根据患者描述调整艾灸的角度、方向、高矮、姿式等。(3)灸量:根据患者具体的个体差异的所呈现出的不同情况而施以不同的灸量;每次的治疗量要尽量达到饱和,均以所有灸感都消失为度,一般都在45min左右,1次/d,8周为1个疗程。

**1.6 观察指标** 观察两组治疗前后中医症候积分、左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)、心功能疗效、BNP水平、6分钟步行距离及明尼苏达生活质量积分变化情况。

**1.7 疗效标准** 中医症候积分标准参照2002年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>;心功能疗效判定标准

参照2014年《中国心力衰竭诊断和治疗指南》NYHA心功能分级<sup>[1]</sup>;6分钟步行试验(6MWT)判别标准参照2014年《中国心力衰竭诊断和治疗指南》6分钟步行试验<sup>[1]</sup>;生活质量积分标准参照国际通用的明尼苏达心衰生活质量调查表<sup>[3]</sup>。

**1.8 统计学方法** 应用SPSS17.0统计软件分析,数据以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计量资料用t检验,计数资料用 $\chi^2$ 检验或秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组中医症候积分比较** 治疗前,两组中医症候积分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,两组中医症候积分均有所下降(均 $P < 0.05$ ),且观察组较对照组下降更显著( $P < 0.05$ ),表明观察组在中医症候改善方面优于对照组。见表1。

表1 两组中医症候积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | n  | 治疗前          | 治疗后                       |
|-----|----|--------------|---------------------------|
| 观察组 | 40 | 19.01 ± 3.59 | 7.13 ± 2.26 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 40 | 18.62 ± 3.50 | 9.85 ± 3.63 <sup>△</sup>  |

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$

**2.2 两组心功能疗效比较** 观察组总有效率为90%,对照组总有效率为77.5%,观察组疗效优于对照组,两组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组心功能疗效比较(n·%)

| 分组  | n  | 临床控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率               |
|-----|----|------|----|----|----|-------------------|
| 观察组 | 40 | 0    | 16 | 20 | 4  | 90.0 <sup>△</sup> |
| 对照组 | 40 | 0    | 9  | 22 | 9  | 77.5              |

注:与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

**2.3 两组心功能改善情况比较** 治疗前,两组心功能指标LVEF、LVEDD、LVESD组间比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$ )。治疗后,两组LVEF、LVEDD、LVESD均较治疗前改善(均 $P < 0.05$ ),且观察组改善程度较对照组更显著(均 $P < 0.05$ ),表明观察组对心功能改善情况优于对照组。见表3。

表3 两组心功能改善情况比较 (mm,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 治疗前后 | LVEF                       | LVEDD                      | LVESD                      |
|-----|----|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 观察组 | 40 | 治疗前  | 42.86 ± 7.18               | 59.16 ± 5.12               | 45.36 ± 6.15               |
|     |    | 治疗后  | 47.45 ± 8.19 <sup>△▲</sup> | 56.23 ± 5.21 <sup>△▲</sup> | 36.84 ± 4.92 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 40 | 治疗前  | 42.71 ± 5.66               | 58.81 ± 5.76               | 46.25 ± 5.13               |
|     |    | 治疗后  | 46.40 ± 6.54 <sup>△</sup>  | 57.12 ± 6.12 <sup>△</sup>  | 41.73 ± 5.14 <sup>△</sup>  |

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$

2.4 两组BNP水平比较 治疗前,两组BNP差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,两组BNP均下降( $P < 0.05$ ),且观察组下降较对照组更显著( $P < 0.01$ ),表明观察组对BNP改善情况优于对照组。见表4。

表4 两组BNP水平比较 ( $\text{pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | n  | 治疗前             | 治疗后                           |
|-----|----|-----------------|-------------------------------|
| 观察组 | 40 | 866.15 ± 361.18 | 383.38 ± 178.22 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 40 | 823.46 ± 343.16 | 676.46 ± 285.36 <sup>△</sup>  |

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P < 0.01$

2.5 两组6分钟步行距离比较 治疗前,两组6分钟步行距离差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,两组6分钟步行距离均较治疗前延长(均 $P < 0.05$ ),且观察组延长较对照组更显著( $P < 0.05$ ),表明观察组对6分钟步行距离改善情况优于对照组。见表5。

表5 两组6分钟步行距离比较 (m,  $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | n  | 治疗前            | 治疗后                          |
|-----|----|----------------|------------------------------|
| 观察组 | 40 | 269.92 ± 20.55 | 345.55 ± 32.56 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 40 | 273.28 ± 19.41 | 313.28 ± 27.35 <sup>△</sup>  |

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$

2.6 两组明尼苏达生活质量积分比较 治疗前,两组明尼苏达生活质量积分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,两组明尼苏达生活质量积分均较治疗前提高(均 $P < 0.05$ ),且观察组提高程度较对照组更显著( $P < 0.05$ ),表明观察组对明尼苏达生活质量改善情况优于对照组。见表6。

表6 两组明尼苏达生活质量积分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | n  | 治疗前           | 治疗后                         |
|-----|----|---------------|-----------------------------|
| 观察组 | 40 | 51.83 ± 18.81 | 77.49 ± 15.26 <sup>△▲</sup> |
| 对照组 | 40 | 52.18 ± 18.52 | 71.17 ± 14.15 <sup>△</sup>  |

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$

### 3 讨论

热敏灸疗法是由我院陈日新教授团队历经18年

的研究获得的科研成果、专利技术。该疗法是采用点燃的艾条产生的艾热悬灸热敏态穴位,激发产生透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热、非热觉等热敏灸感和经气传导,并施以个体化的饱和消敏灸量,从而提高艾灸疗效的一种新疗法<sup>[4-6]</sup>。本临床观察结果证明了热敏灸对慢性心力衰竭患者具有提高中医症候疗效、增加左室射血分数、改善心肌供血、抑制心室重构、增强心功能、降低BNP水平、延长6分钟步行距离、提高生活质量等治疗效果。

我们认为,热敏灸治疗慢性心力衰竭是通过艾灸热敏点将药性以热量方式进入人体经络内,产生热敏灸感,并循经感传于表里经络之间到达心脏,从而达到古人所言的“气至而有效”的治疗境界,具有补火助阳、增强心脏功能、改善心衰临床症状的效果。研究发现艾灸心俞、膻中等穴可促进血管弹性的恢复,稳定斑块,改善机体的心肌供血<sup>[7]</sup>。相比传统艾灸,热敏灸疗法可显著提高循经感传的几率,从而大幅提高临床疗效<sup>[8]</sup>。本次研究尚存不足之处,有待增大样本量,进一步优选观察指标,使指标间内在关联性更强,更好地阐述其内在机制、作用机理。

### 参考文献

- [1] 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. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2014[J]. 中华心血管病杂志,2014,42(2): 98-122.
- [2] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南[S]. 北京:中国中医药出版社,2008:23-28.
- [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,2002:77-85.
- [4] 陈日新,陈明人,康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:10.
- [5] 陈日新,康明非. 膻穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:15.
- [6] 陈日新,陈明人,康明非,等. 重视热敏灸感是提高灸疗疗效的关键[J]. 针刺研究,2010,35(4):311-312.
- [7] 肖爱娇,陈日新,康明非,等. 热敏灸对脑缺血再灌注损伤大鼠SOD,MDA的影响[J]. 天津医药,2014,42(1):51-53.
- [8] 李欣,魏陵博,王娜娜,等. 艾灸神阙和足三里对老年冠心病心功能影响35例[J]. 中国中医药现代远程教育,2013,11(19):86-87.