

中医护理对心衰患者生活能力及情绪与血液流变学指标的影响

龚清环, 李翠, 曾小兵, 曾梅许

阳春市中医院内一科, 广东 阳春 529600

[摘要] 目的: 观察中医护理对心衰患者生活能力及情绪与血液流变学指标的影响。方法: 选取心衰患者共 90 例, 按数字表法随机分为 2 组各 45 例; 对照组参照《慢性心力衰竭诊断治疗指南》给予常规强心、扩血管、利尿等治疗以及护理模式; 治疗组在对照组用药基础上采用中医护理方案, 包括情志调理、饮食调护、生活起居护理等; 比较 2 组心衰疗效积分; 参照明尼苏达心力衰竭生活质量量表评价 2 组生活质量; 检测 2 组治疗前后血液流变学指标变化。结果: 治疗组总有效率 94.44%, 对照组 77.78%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组高于对照组; 治疗后, 治疗组患者体力、社会、情绪和症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组治疗后患者全血中切、低切黏度和血浆黏度均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 在常规用药和护理的基础上, 中医护理对心衰患者的生活能力及情绪改善包括体力、社会、情绪和症状的生活质量, 提高临床疗效, 改善患者血液流变指标。

[关键词] 心力衰竭; 中医护理; 生活能力; 情绪; 血液流变学; 血浆黏度; 全血黏度

[中图分类号] R541.6+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0244-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.106

心力衰竭为老年人群常见病, 也是多种心血管病的终末阶段; 在我国范围内, 心力衰竭的发病率约 0.5%~1.4%, 大约 50% 的患者在 5 年内死亡, 故预后甚至差于癌症^[1]。研究表明, 老年心衰患者常并发焦虑、抑郁等情绪障碍, 高达 24%~42%^[2], 给患者的生活质量造成严重影响, 且上述情绪反应与心衰相互作用, 给临床治疗增加困难。中医药防治心力衰竭取得较大进展, 尤其是对心力衰竭所致情绪障碍等的治疗优势明显^[3]; 中医护理作为中医学体系之一, 其对心衰患者的生活能力及情绪的改善已得到证实^[4]。本研究在常规西药治疗方案的基础上, 参照中医学辨证施护特点采取中医护理干预观察其对心衰患者生活能力及情绪的影响, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 心衰诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]中 Framingham 心衰诊断标准制定, 主要症状: ①颈静脉怒张; ②肺部啰音; ③心脏扩大; ④阵发性夜间呼吸困难或端坐呼吸; ⑤第三心音奔马律; ⑥急性肺水肿; ⑦静脉压升高 $> 1.57 \text{ kPa}$ ($16 \text{ cmH}_2\text{O}$); ⑧肝颈静脉返流征阳性; ⑨循环时间 $> 25 \text{ s}$ 。次要症状: ①夜间咳嗽; ②踝部水肿; ③活动后呼吸困难; ④胸腔积液; ⑤肝肿大; ⑥肺活量降低到最大肺活量的 1/3; ⑦治疗后 5 天内体重减轻 $> 4.5 \text{ kg}$; ⑧心动过速 ($\geq 120 \text{ 次/min}$)。同时合并以上 2 个主项或 1 个主项加 2 个次项, 即可确诊。

1.2 纳入标准 ①符合心衰诊断标准者; ②年龄 50~70 岁; ③NYHA 为 I~III 级者; ④初次发病者; ⑤患者或患者家属知情, 且签署协议书。

1.3 排除标准 ①合并增加死亡率因素疾病, 如严重室性心律失常、梗阻性心肌病、心源性休克、完全性房室传导阻滞、未修补的瓣膜病以及心包填塞等; ②合并肝肾等脏器功能不全者; ③精神病患者; ④药物治疗期间过敏者。

1.4 一般资料 观察病例为阳春市中医院内一科 2013 年 1 月—2014 年 12 月收治的心力衰竭患者, 共 90 例。按数字表法随机分为 2 组各 45 例。对照组男 27 例, 女 18 例; 年龄 53~67 岁, 平均 (62.03 ± 7.82) 岁; 病程 1.5~5 年, 平均 (3.44 ± 0.59) 年; 心功能分级(NYHA)^[6]: I 级 33 例, II 级 12 例。治疗组男 26 例, 女 19 例; 年龄 51~69 岁, 平均 (63.16 ± 7.99) 岁; 病程 1~5.5 年, 平均 (3.49 ± 0.51) 年; NYHA: I 级 32 例, II 级 13 例。2 组性别、年龄、病程以及心功能分级疾病资料一般情况比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 参照《慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[6]给予常规强心、扩血管、利尿等治疗以及护理模式, 包括: ①戒烟酒, 清淡饮食, 必要时采用低流量吸氧; ②卡托普利片(蚌埠丰原涂山制药有限公司, 国药准字 H20055943), 口服, 每次

[收稿日期] 2016-02-04

[作者简介] 龚清环 (1977-), 女, 主管护师, 主要从事心血管、呼吸病科临床护理工作。

12.5 mg, 每天2次; ③酒石酸美托洛尔片(石家庄以岭药业股份有限公司, 国药准字 H20065355), 口服, 每次25 mg, 每天2次; ④双氢克尿噻片(常州制药厂有限公司, 国药准字 H32021683), 口服, 每次25 mg, 每天1次; ⑤地高辛片(上海信谊药厂有限公司, 国药准字 H31020678), 口服, 每次0.125 mg, 每天1次。

2.2 治疗组 在对照组治疗及护理方案的基础上采用中医护理方案, 包括情志调理、饮食调护、生活起居护理等; ①情志调理: 给予心理疏导、劝慰患者正确对待疾病, 勿急躁、焦虑等, 用通俗易懂的语言介绍药物治疗的作用、疗效以及注意事项, 同时可介绍成功病例以增强患者治疗信心。②饮食调护: 嘱患者进食不宜过饱, 宜多餐少量, 以清淡易消化为主; 且根据具体病证建议采用相应饮食疗法; 且忌食入寒凉、生冷和油腻食物。③生活起居护理: 总体应以顺应自然发展规律, 生活规律, 起居有常为主; 保持病室或生活环境安静舒适、空气清新流通; 保证充足睡眠时间; 保持大便通畅, 必要者采用中药来调理大便; 病情稳定者可建议适当轻度运动, 如打太极拳, 每天1次, 每次20 min。④患者均采取辨证施护, 给予相应中药进行调理。所有患者均给予4周疗程观察。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2组心衰疗效积分: 参照 Lee 氏计分标准^[7], 包括肺部啰音、呼吸困难、浮肿、肝大、颈静脉、胸片6个方面; 呼吸困难按5级计分: 0~4分; 颈静脉按3级计分: 0~3分; 其他指标按4级计分: 0~4分。②2组生活质量评价: 参照明尼苏达心力衰竭生活质量量表^[8]标准; 该量表包括体力、社会、情绪和症状4个方面, 每个方面记分: 最好(0)~最差(5分)。③2组治疗前后血液流变学指标测定: 检测包括血浆黏度及全血高、中、低切率全血黏度, 采用GD3LBY-N6K型血流变快测仪测定。

3.2 统计学方法 所有数据应用 SPSS19.0 统计软件包处理, 计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 *t* 检验; 计数资料用率表示, 以 χ^2 检验处理。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]。显效: 治疗后4周心衰积分减少 $\geq 75\%$, NYHA 分级提高2级以上。有效: 治疗后4周心衰积分减少50%~75%, NYHA 分级提高1级, 但不及2级者。无效: 治疗后4周积分减少不足50%, NYHA 提高不足1级者。加重: 治疗后4周积分超过治疗前积分, NYHA 恶化1级或1级以上者。采取尼莫地平法, 疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组治疗4周后临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组94.44%, 对照组77.78%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

4.3 2组明尼苏达心力衰竭生活质量量表评分比较 见表2。

2组治疗后患者体力、社会、情绪和症状评分分别与治疗前比较, 均下降, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后, 治疗组患者体力、社会、情绪和症状评分均低于对照组, 2组各指标比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组治疗4周后临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	54	48	3	3	94.44 ^①
对照组	54	39	3	12	77.78

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表2 2组明尼苏达心力衰竭生活质量量表评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	时间	体力	社会	情绪	症状
对照组	54	治疗前	3.75 \pm 1.57	8.83 \pm 0.92	8.94 \pm 0.92	4.01 \pm 0.43
	54	治疗后	9.52 \pm 0.97 ^①	6.15 \pm 0.66 ^①	6.43 \pm 0.68 ^①	2.57 \pm 0.25 ^①
治疗组	54	治疗前	3.44 \pm 1.61	8.65 \pm 0.95	8.86 \pm 0.90	3.96 \pm 0.44
	54	治疗后	7.21 \pm 0.75 ^{②③}	3.25 \pm 0.38 ^{②③}	3.89 \pm 0.41 ^{②③}	1.59 \pm 0.17 ^{②③}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

4.4 2组血液流变学检测情况比较 见表3。治疗后, 2组患者全血中切、低切黏度和血浆黏度比治疗前均下降, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗组治疗后患者全血中切、低切黏度和血浆黏度均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组血液流变学检测情况比较($\bar{x} \pm s$) mPa·s

组别	时间	血液黏度(高切)	血液黏度(中切)	血液黏度(低切)	血浆黏度
对照组	治疗前	5.99 \pm 1.51	8.03 \pm 0.88	14.92 \pm 1.79	2.06 \pm 0.23
	治疗后	5.87 \pm 1.33	6.82 \pm 0.76 ^①	13.08 \pm 1.46 ^①	1.44 \pm 0.17 ^①
治疗组	治疗前	5.94 \pm 1.55	8.06 \pm 0.95	14.96 \pm 1.82	2.01 \pm 0.22
	治疗后	5.83 \pm 1.62	5.77 \pm 0.60 ^{②③}	11.39 \pm 1.28 ^{②③}	1.12 \pm 0.14 ^{②③}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

心衰为心血管疾病的最终阶段, 临床资料显示, 心衰患者在疾病得到确诊后生活质量下降, 经济和心理负担加重; 因此, 心衰患者常易合并抑郁焦虑情绪; 临床以情绪低落、自责悲观、反应缓慢、消极等表现为主; 甚至出现自杀倾向, 其远期疗效欠佳, 且极易被医生忽视。然而, 以上抑郁焦虑等情绪单纯采用药物干预治疗疗效有限, 采用中医护理从生物-心理-社会医学模式角度并结合辨证施护已被证实疗效良好。

本研究在对照组常规药物治疗和护理基础上, 给予包括情志调理、饮食调护、生活起居护理等相关中医护理干预; 情志调理以中医学理论为基础, 通过建立良好的护患关系和消除患者的不良情绪, 增强患者的信心, 尤其对心衰合并抑郁焦虑症状患者效果更佳; 对于心衰患者, 中医学反对过食肥甘厚腻, 清淡和规律饮食可减轻心血管负担; 《素问·上古天真论》云:

“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不忘作劳，故能形与神俱，而尽享其天年，度百岁乃去。”因此，给予心衰患者或合并抑郁情绪患者舒适和规律的生活起居护理是临床治疗该病的重要内容。如进行适当运动或太极拳活动，可促进患者血液循环，增加组织氧的利用度等。在以上基础上再辨证施护，具体给予相应中药调理，使患者在心理、生理、生活环境等方面得到较好改善；研究证实，实施良好的中医护理方案能够使治疗效果事半功倍，能够改善患者的心功能、减轻症状^⑨。

本研究结果提示，在常规西药和护理基础上对心衰患者给予中医护理，可提高患者总有效率，如治疗组总有效率94.44%，对照组77.78%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；在对患者生活质量和情绪作用方面，笔者采用明尼苏达心衰生活质量量表进行评估，该量表为心衰患者的专用量表，具有较好的可信度和有效度，且得到临床实践的反复验证；本研究结果显示：2组治疗后患者的体力、社会、情绪和症状评分与治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)；而治疗组治疗后患者的体力、社会、情绪和症状评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。以上结果提示，中医护理对改善心衰患者的生活治疗及其情绪具有更好疗效。

中医学认为，气滞血瘀是心衰关键病机，瘀血阻络为各种证型心衰的中心环节，促进血液循环流通是临床治疗该病的主要法则。尤其是对于心衰并发抑郁情绪患者，气滞血液病机尤为突出。本研究对中医护理干预后患者的血液流变学检测显示：治疗后，2组患者的全血中切、低切黏度和血浆黏度比治疗前均下降，差异有统计学意义($P < 0.01$)；而加用中医护理干预能进一步降低全血中切、低切黏度和血浆黏度，与对照组治疗后比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

总之，对于心衰并发抑郁等情绪患者，在常规西药和护理治疗基础上给予辨证施护等中医全面调理，可改善生活质量，提高临床疗效，降低血液黏度，为中医护理干预或治疗疾病提

供参考。

[参考文献]

- [1] 邢作英, 王永霞, 朱明军. 慢性心力衰竭流行病学研究现状及其病因[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(10): 937-938.
- [2] 尹璐, 康晓新, 曲妍. 中西医结合治疗老年慢性心衰[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(23): 307-309.
- [3] 陈房超, 周剑如, 严浩, 等. 疏肝益气活血汤治疗老年心衰伴焦虑抑郁情绪患者的临床研究[J]. 医药前沿, 2013(31): 246-247.
- [4] 邱定荣, 陈笑银, 陈娟, 等. 慢性心衰中西医结合护理门诊管理模式效果的研究[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(14): 2392-2394.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-84.
- [6] 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.
- [7] Lee DC, Johnson RA, Bingham JB, et al. Heart failure in outpatients: a randomized trial of digoxin versus placebo[J]. N Engl J Med, 1982, 306(12): 699-705.
- [8] Riegel B, Moser DK, Glaser D, et al. The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: sensitivity to differences and responsiveness to intervention intensity in a clinical population [J]. Nurse Res, 2002, 51(4): 209-218.
- [9] 郭盈盈, 常丽. 穴位贴敷配合中医护理方案对心衰患者症状改善的效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2012, 31(4): 125-127.

(责任编辑: 刘淑婷)