◆针灸推拿◆

护心灸联合常规疗法治疗阳气亏虚型慢性心力衰竭合并便秘临床研究

刘培洪，袁丁

广州中医药大学第五临床医学院/广东省第二中医院，广东 广州 510095

［摘要］**目的：**观察护心灸联合常规疗法治疗阳气亏虚型慢性心力衰竭合并便秘的临床疗效。**方法：**选取2022年3月—2024年3月广东省第二中医院收治的90例阳气亏虚型慢性心力衰竭合并便秘患者。采用随机数字表法分为对照组和观察组各45例。对照组给予抗心力衰竭、便秘的常规治疗，观察组在对照组基础上给予护心灸治疗，2组均治疗14天。治疗前后检测心功能指标［左心室射血分数（LVEF）、每搏输出量（SV）、心搏量指数（SVI）、心脏指数（CI）、B型利钠肽（BNP）］，评估中医证候评分、便秘症状评分、便秘患者生活质量量表（PAC-QOL）评分，比较2组的临床疗效、不良反应发生率。**结果：**治疗后，观察组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。2组LVEF、SV、SVI、CI值均较治疗前升高，BNP水平均较治疗前降低，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。观察组LVEF、SV、SVI、CI值均高于对照组，BNP水平低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组心悸气喘、畏寒肢冷、面肢浮肿、咳吐泡沫痰、烦躁汗出、唇甲青紫、腹胀、小便短少评分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组以上8项中医证候评分均低于对照组（$P<0.05$）。2组排便频率、排便时间、粪便性状、排便难易程度、下坠感、腹痛评分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组以上6项评分均低于对照组（$P<0.05$）。2组PAC-QOL躯体不适、心理社会不适、担忧与顾虑、满意度评分及总分均较治疗前下降（$P<0.05$），观察组以上5项评分均低于对照组（$P<0.05$）。观察组不良反应发生率低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**采用护心灸联合常规疗法治疗阳气亏虚型CHF合并便秘患者可提高临床疗效，有效改善患者的心功能，减轻心力衰竭及便秘带来的各种症状，提高生活质量，且安全性较好。

［关键词］慢性心力衰竭；便秘；阳气亏虚证；护心灸；心功能；生活质量
［中图分类号］R256.29　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2026）07-0045-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.07.008

Clinical Study on Heart-Protecting Moxibustion Combined with Conventional Therapy for Chronic Heart Failure Complicated by Constipation of Yang Qi Deficiency Type

LIU Peihong, YUAN Ding

The Fifth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine / Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou Guangdong 510095, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of heart-protecting moxibustion combined with conventional therapy in treating chronic heart failure complicated by constipation of yang qi deficiency type. **Methods:** A total of 90 patients with chronic heart failure complicated by constipation of yang qi deficiency type admitted to Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital from March 2022 to March 2024 were selected. They were randomly

［收稿日期］2025-02-19
［修回日期］2025-12-12
［基金项目］广东省中医药局科研项目（20222012）
［作者简介］刘培洪（1998-），男，医学硕士。
［通信作者］袁丁（1979-），男，医学博士，主任医师。

divided into the control group and the observation group using the random number table method, with 45 cases in each group. The control group received conventional treatment for heart failure and constipation, while the observation group received additional heart-protecting moxibustion based on the control group's treatment. Both groups were treated for 14 days. Cardiac function indicators [left ventricular ejection fraction (LVEF), stroke volume (SV), stroke volume index (SVI), cardiac index (CI), B-type natriuretic peptide (BNP)] were measured before and after treatment. Traditional Chinese medicine syndrome scores, constipation symptom scores, and Patient Assessment of Constipation Quality of Life (PAC-QOL) scores were evaluated. Clinical efficacy and the incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results**: After treatment, the total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The LVEF, SV, SVI, and CI values increased in both groups compared to before treatment, while BNP levels decreased, with differences being significant ($P<0.05$). The observation group showed higher LVEF, SV, SVI, and CI values and lower BNP levels than the control group, with differences being significant ($P<0.05$). Scores for palpitations and shortness of breath, aversion to cold and cold limbs, facial and limb edema, frothy sputum, irritability and sweating, cyanotic lips and nails, abdominal distension, and scanty urine decreased in both groups compared to before treatment ($P<0.05$). The observation group had lower scores for these eight traditional Chinese medicine syndrome items than the control group, with differences being significant ($P<0.05$). Scores for defecation frequency, defecation time, stool consistency, difficulty of defecation, sensation of incomplete evacuation, and abdominal pain decreased in both groups compared to before treatment ($P<0.05$). The observation group had lower scores for these six constipation symptoms than the control group ($P<0.05$). The sub-item of PAC-QOL scores (physical discomfort, psychosocial discomfort, worry and concern, satisfaction) and total scores decreased in both groups compared to before treatment ($P<0.05$). The observation group showed lower scores in all PAC-QOL sub-item and total scores than the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: Heart-protecting moxibustion combined with conventional therapy for chronic heart failure complicated by constipation of yang qi deficiency type can improve clinical efficacy, effectively enhance cardiac function, alleviate various symptoms associated with heart failure and constipation, improve quality of life, and demonstrate favorable safety.

Keywords: Chronic heart failure; Constipation; Yang qi deficiency syndrome; Heart-protecting moxibustion; Cardiac function; Quality of life

慢性心力衰竭(CHF)是一种心脏结构或功能异常导致的临床综合征，主要表现为心脏泵血能力下降，不能满足身体代谢需求，导致肺循环、体循环血液淤积及器官组织供血不足[1]。心脏供血能力减弱可引起体循环静脉压升高，导致胃肠道淤血及胃肠蠕动功能减退，易发生便秘[2]。便秘患者排便时常需屏气用力排便，可能增加心脏负荷，提高心血管事件发生风险[3]。目前，针对CHF合并便秘患者，临床治疗以强心药、利尿剂、血管扩张剂等控制心力衰竭为主，并辅以乳果糖口服液、开塞露等泻剂对症缓解便秘。但长期或不当使用泻剂，可能会引发电解质失衡，导致肠道功能紊乱，产生泻剂依赖，甚至导致便秘症状进一步加重。

阳气亏虚证是CHF患者的常见中医证型，中医药疗法治疗该证型患者疗效确切，但鉴于内服药物治疗的局限性，中医外治法以其简便的操作流程、较低的不良反应发生率及显著的临床疗效，日益受到重视并广泛应用于心力衰竭的辅助治疗中。护心灸作为一种中医特色外治手段，通过选穴施灸，发挥温通经络、补益心气、温阳散寒、助运通便之效，治疗阳气亏虚型CHF合并便秘症状的患者已展现出良好的应用价值。为进一步明确疗效，本研究观察

护心灸联合常规疗法治疗阳气亏虚型CHF合并便秘的临床效果，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①参考文献[4]制定CHF的诊断标准：具有胸闷、心悸、呼吸困难、疲劳、肢体水肿等典型临床表现；B型利钠肽（BNP）≥35 pg/mL或N末端B型利钠尿肽原（NT-ProBNP）≥125 pg/mL；影像学检查结果提示心脏功能或结构异常。满足以上1个条件者即可诊断。②参考《中国慢性便秘诊治指南（2013，武汉）》[5]制定便秘诊断标准：排便次数减少（每周少于3次）；粪便干硬；排便困难（包括排便时间延长、费力、不尽感、需药物辅助）。满足以上1个条件者即可诊断。

1.2 辨证标准 参考《慢性心力衰竭中医诊疗指南（2022年）》[6]拟定阳气亏虚证辨证标准。主症：心悸气喘、畏寒肢冷、面肢浮肿、咳吐泡沫痰、便秘。次症：烦躁汗出、唇甲青紫、腹胀、小便短少。舌脉：舌质淡白，舌体胖大或有齿痕，脉迟、沉、细、无力。主症必备，次症具备2项及以上，结合舌脉可辨为此证。

1.3 纳入标准 符合CHF、便秘的诊断标准及辨证标准；年龄30～85岁；纽约心脏协会（NYHA）心功能分级属Ⅱ或Ⅲ级；参与本研究前1个月内未接受过其他药物治疗；自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并自身免疫性疾病；患恶性肿瘤；肝肾功能不全；患精神疾病及意识障碍。

1.5 脱落标准 主动要求退出试验或不再接受治疗和检测；出现严重不良反应或并发症；因疗效不佳而拒绝继续治疗。

1.6 剔除标准 未按方案治疗，如使用了影响疗效判断的其他药物或方法；出现其他严重疾病或过敏反应；资料不全，影响疗效和安全性判定。

1.7 一般资料 选取2022年3月—2024年3月于广东省第二中医院住院治疗的90例阳气亏虚型CHF合并便秘患者，采用随机数字表法分为对照组与观察组各45例。治疗期间，所有入组病例均完成研究，无脱落及剔除病例。对照组男22例，女23例；年龄30～85岁，平均（59.25±7.19）岁；NYHA心功能分级：Ⅱ级19例，Ⅲ级26例。观察组男21例，女24例；年龄30～85岁，平均（58.62±6.93）岁；NYHA心功能分级：Ⅱ级25例，Ⅲ级20例。2组一般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经广东省第二中医院医学伦理委员会审批通过（Y202404-006-01）。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规抗心力衰竭治疗[7]，同时采用以下方法治疗便秘[5]。开塞露（鞍山九天制药有限公司，国药准字H21021169，规格：50 mL/支）直肠给药，每次2支，每天1次；乳果糖口服液（湖南科伦制药有限公司，国药准字H20093523，规格100 mL∶66.7 g）温水送服，每次10 mL，每天1次。指导患者养成按时排便的习惯，适量加强腹肌锻炼，调节饮食结构。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上，给予护心灸治疗。将等量的肉桂和丁香研磨成细粉后，加温开水调成糊状，敷于神阙穴及脐周四边穴（脐上、下、左、右各1寸处），覆盖面积约2 cm^2。在药物糊上放置直径2～3 cm、厚0.2 cm的姜片，在姜片上放置艾灸器（石家庄乐灸灸具厂），点燃艾绒，艾灸20 min。艾灸结束后，用透气胶带固定药物糊于穴位上，保持30 min后擦净。

2组均治疗14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①心功能指标。使用彩色多普勒超声诊断仪测量左心室射血分数（LVEF）、每搏输出量（SV）、心搏量指数（SVI）、心脏指数（CI）。②BNP。采集患者晨起空腹状态下的静脉血，应用化学发光免疫分析法检测BNP水平。③中医证候评分。按无、轻度、中度、重度，主症（心悸气喘、畏寒肢冷、面肢浮肿、咳吐泡沫痰）分别计0、2、4、6分，次症（烦躁汗出、唇甲青紫、腹胀、小便短少）分别计0、1、2、3分。评分标准见表1、表2。8项评分之和为积分。④便秘症状评分。排便频率、排便时间、粪便性状、排便难易程度、下坠感、腹痛按程度不同，分别计0、1、2、3分，分数越高表示症状越重。评分标准见表3。⑤生活质量。采用便秘患者生活质量量表（PAC-QOL）评估。量表涵盖躯体不适、心理社会不适、担忧与顾虑、满意度4个维度共28个问题，每个问题0～4分，总分0～112分，分值越高表示生活质量越差。①～⑤项指标均在治疗前、治疗14天后评估。⑥临床疗效。于治疗14天后评估。⑦不良反应发生率。统计2组患者治疗期间不良反应的发生情况。

表1　中医证候评分标准(主症)

证　候	轻(2分)	中(4分)	重(6分)
心悸气喘	活动后出现轻微症状，不影响生活	稍活动后出现慢性症状，勉强坚持一般活动	静息状态即出现
畏寒肢冷	四肢不温	手足发冷，需加衣被	增加衣被仍不能缓解
面肢浮肿	仅眼眶、胫骨前、踝部皮下组织水肿，指压下陷平复较快	全身组织均明显水肿，指压下陷平复较缓慢	全身组织严重水肿，身体低位皮肤紧张发亮，甚至有液体渗出
咳吐泡沫痰	活动后出现咳嗽、咳痰	稍活动后出现慢性症状，咳嗽、咳痰较多	静息状态即出现咳嗽、咳痰，甚至咳粉红色泡沫痰

表2　中医证候评分标准(次症)

证　候	轻(1分)	中(2分)	重(3分)
烦躁汗出	活动后出现轻微症状，不影响生活	稍活动后出现慢性症状，勉强坚持一般活动	静息状态即出现，不能缓解
唇甲青紫	紫青色	紫色	紫暗色
腹胀	腹胀嗳气，排气后腹胀可缓解	腹胀感明显，可伴轻微胀痛，排气后腹胀一过性缓解，存在反复	腹胀感明显，伴明显胀痛，排气后不能缓解
小便短少	200 mL < 24 h 尿量 < 400 mL	100 mL ≤ 24 h 尿量 ≤ 200 mL	无尿，或 24 h 尿量 < 100 mL

表3　便秘症状评分标准

项　目	正常(0分)	轻(1分)	中(2分)	重(3分)
排便频率	每 1～2 天排便 1～2 次	每 3 天排便 1 次	每 4～5 天排便 1 次	每周排便 1 次
排便时间	< 5 min	5～15 min	16～30 min	> 30 min
粪便性状	较软，但成形	软便，成形	便硬，成形	干球状
排便难易程度	轻松不费力	轻微困难	中度困难	非常困难
下坠感	无	轻微	明显	剧烈，伴疼痛、便血
腹痛	无	较少	时常	频繁

3.2　统计学方法　运用SPSS25.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对样本t检验。计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P < 0.05$表示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　显效：排便频率和粪便性状均恢复正常，中医证候积分减少率 > 75%；有效：排便频率和粪便性状均有所改善，中医证候积分减少率15%～75%；无效：便秘症状无改善或加重，中医证候积分减少率 < 15%。中医证候积分减少率=(治疗前中医证候积分−治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表4。治疗后，观察组总有效率93.33%，高于对照组(71.11%)，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3　2组治疗前后心功能指标比较　见表5。治疗前，2组LVEF、SV、SVI、CI值及BNP水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组LVEF、SV、SVI、CI值均较治疗前升高，BNP水平均较治疗前降低，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组LVEF、SV、SVI、CI值均高于对照组，BNP水平低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4　2组治疗前后中医证候评分比较　见表6。治疗前，2组心悸气喘、畏寒肢冷、面肢浮肿、咳吐泡沫痰、烦躁汗出、唇甲青紫、腹胀、小便短少评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组8项中医证候评分均较治疗前降低($P < 0.05$)。观察组8项中医证候评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表4　2组临床疗效比较　例

组　别	例数	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
对照组	45	21	11	13	32(71.11)
观察组	45	36	6	3	42(93.33)
χ^2值					7.601
P值					0.006

表5　2组治疗前后心功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

项　目	时　间	对照组（例数=45）	观察组（例数=45）	t值	P值
LVEF(%)	治疗前	46.34±15.48	42.69±13.79	1.181	0.241
	治疗后	53.23±9.57①	61.59±10.42①	3.964	<0.001
SV(mL)	治疗前	57.19±5.48	57.46±6.12	0.220	0.826
	治疗后	63.36±7.54①	73.22±9.16①	5.575	<0.001
SVI(mL/min·m²)	治疗前	28.15±3.27	29.08±4.12	1.186	0.239
	治疗后	38.48±3.25①	43.79±3.45①	7.515	<0.001
CI(L/min·m²)	治疗前	3.61±1.09	3.59±1.12	0.086	0.932
	治疗后	4.05±1.13①	5.12±1.27①	4.222	<0.001
BNP(pg/mL)	治疗前	481.28±121.55	464.37±123.76	0.654	0.515
	治疗后	214.29±37.23①	156.46±33.85①	7.710	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表6　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

项　目	时　间	对照组（例数=45）	观察组（例数=45）	t值	P值
心悸气喘	治疗前	4.07±0.94	4.02±0.85	0.265	0.792
	治疗后	1.97±0.48①	0.96±0.23①	12.729	<0.001
畏寒肢冷	治疗前	4.28±0.83	4.30±0.79	0.117	0.907
	治疗后	1.41±0.46①	0.87±0.29①	6.662	<0.001
面肢浮肿	治疗前	3.92±0.96	3.94±0.88	0.103	0.918
	治疗后	1.78±0.31①	0.98±0.23①	13.903	<0.001
咳吐泡沫痰	治疗前	4.07±0.92	4.10±0.95	0.152	0.879
	治疗后	1.77±0.36①	1.06±0.24①	11.008	<0.001
烦躁汗出	治疗前	4.07±0.98	4.05±1.02	0.095	0.925
	治疗后	1.85±0.36①	0.74±0.20①	18.081	<0.001
唇甲青紫	治疗前	4.18±1.08	4.21±0.97	0.139	0.890
	治疗后	0.98±0.32①	0.65±0.13①	6.409	<0.001
腹胀	治疗前	3.86±1.01	3.72±0.96	0.674	0.502
	治疗后	1.26±0.24①	0.51±0.15①	17.777	<0.001
小便短少	治疗前	3.31±0.96	3.24±0.88	0.316	0.719
	治疗后	0.92±0.22①	0.43±0.12①	13.117	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.5　2组治疗前后便秘症状评分比较　见表7。治疗前，2组排便频率、排便时间、粪便性状、排便难易程度、下坠感、腹痛评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组排便频率、排便时间、粪便性状、排便难易程度、下坠感、腹痛评分均较治疗前降低（$P<0.05$）。观察组排便频率、排便时间、粪便性状、排便难易程度、下坠感、腹痛评分均低于对照组（$P<0.05$）。

4.6　2组治疗前后PAC-QOL评分比较　见表8。治疗前，2组躯体不适、心理社会不适、担忧与顾虑、满意度评分及总分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组躯体不适、心理社会不适、担忧与顾虑、满意度评分及总分均较治疗前下降（$P<0.05$）。观察组躯体不适、心理社会不适、担忧与顾虑、满意度评分及总分均低于对照组（$P<0.05$）。

表7　2组治疗前后便秘症状评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

项　目	时　间	对照组（例数=45）	观察组（例数=45）	t值	P值
排便频率	治疗前	2.15±0.71	2.06±0.84	0.549	0.584
	治疗后	1.42±0.47①	0.75±0.26①	8.368	<0.001
排便时间	治疗前	2.18±0.73	2.37±0.69	1.269	0.208
	治疗后	1.41±0.46①	0.87±0.29①	6.662	<0.001
粪便性状	治疗前	2.08±0.69	1.97±0.59	0.813	0.419
	治疗后	1.22±0.35①	0.65±0.17①	9.827	<0.001
排便难易程度	治疗前	2.17±0.75	2.26±0.72	0.581	0.563
	治疗后	1.36±0.44①	0.83±0.26①	6.957	<0.001
下坠感	治疗前	1.64±0.58	1.85±0.62	1.659	0.101
	治疗后	1.15±0.25①	0.65±0.19①	10.682	<0.001
腹痛	治疗前	1.92±0.76	1.84±0.68	0.685	0.495
	治疗后	1.18±0.35①	0.73±0.27①	6.829	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表8　2组治疗前后PAC-QOL评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

项目	时　间	例数	对照组	观察组	t值	P值
躯体不适	治疗前	45	12.18±1.48	11.74±1.52	1.391	0.168
	治疗后	45	10.23±1.52①	9.19±1.34①	3.443	0.001
心理社会不适	治疗前	45	18.30±2.08	17.89±1.95	0.965	0.337
	治疗后	45	16.36±1.84①	14.22±1.16①	6.600	<0.001
担忧与顾虑	治疗前	45	29.87±2.27	30.40±2.39	1.079	0.284
	治疗后	45	23.79±2.16①	20.48±2.25①	7.119	<0.001
满意度	治疗前	45	16.11±1.70	15.84±1.72	0.749	0.456
	治疗后	45	12.68±1.25①	10.49±1.05①	8.999	<0.001
总分	治疗前	45	76.54±4.09	75.35±4.12	1.375	0.173
	治疗后	45	64.05±4.13①	56.12±3.27①	10.098	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.7　2组不良反应发生率比较　见表9。观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表9　2组不良反应发生率比较　例

组　别	例数	出血	皮疹	恶心	低血压	合计[例(%)]
对照组	45	0	3	3	1	7(15.56)
观察组	45	0	0	1	0	1(2.22)
χ^2值						4.939
P值						0.026

5　讨论

CHF患者常见肢寒怕冷、舌胖色淡、腰膝酸软、小便清长等症状，从中医角度分析，该证候多归属于阳气亏虚证。笔者分析认为，阳气亏虚型CHF以心阳不振为核心病机，常累及脾、肾二脏。心为阳脏，主一身阳气，推动气血运行，心阳不足，则推动无力，糟粕内停，发为便秘；血行迟缓，血瘀水停，肠道脉络瘀阻，蠕动减弱，发为便秘；心阳不足可累及脾阳，导致脾失健运，水谷精微化生不足，气血生化乏源，进一步可致肾阳亏虚，脾肾阳虚则水谷不化、津液输布失常，致使大肠失于濡润，传导无力，故见便秘。因此，本病的根本在于心阳亏虚，累及它脏阳气，治法当以温阳益气、活血利水、润肠通腑为主。

护心灸是广东省第二中医院心血管科以国医大师邓铁涛心衰病“本虚标实，以心阳亏虚为本，瘀血水停为标”的学术思想为指导，在大量临床实践经验中总结出来的一种中医外治法。该疗法将中药贴敷于腹部神阙穴及其上下左右各旁开1寸处的四个经验穴（合称“脐周四边穴”），并于其上施以隔姜灸，通过温热与药力的双重刺激，能够起到温补阳气、固护心脏之效，同时还有促进胃肠蠕动，减轻心力衰竭并发症的作用，故得名护心灸。该疗法贴敷药物精简，普适性强，取穴方便、集中，施灸过程舒适，目前常用于治疗阳气亏虚型心力衰竭，或合并有消化道症状的患者。

护心灸所用的贴敷中药由丁香、肉桂组成，配合生姜进行隔姜灸，共同发挥温阳通络、护心调肠的作用。肉桂辛、甘，大热，归肾、脾、心、肝经，可补火助阳，引火归原，散寒止痛，温通经脉。现代药理学研究发现，肉桂中的肉桂酸、肉桂醛等成分具有保护心肌细胞、抑制细胞凋亡的作用[8]。丁香辛、温，归脾、胃、肺、肾经，有温中降逆、补肾助阳之效，与肉桂相伍使用，可增强温补阳气、温中散寒之效。生姜辛、温，归肺、脾、胃经，可温中散寒，助阳化气利水，和胃通腑。隔姜灸则借助生姜辛散温通的特性，增强温经散寒、激发阳气的作用，既可助肉桂温心阳、通心脉，又可协丁香疏利中焦、降腑导滞。三药同用，在温阳补气的同时通调腑气，促进胃肠蠕动以通便。

任脉为阴脉之海，其循行“贯胸腹”，与心、肾等脏腑关联密切。位于任脉的神阙穴，与冲脉、督脉相联，是心肾交通的门户，具有温阳救逆、利水固脱功效。通过药物与艾灸刺激神阙穴，可上达于心，温心阳，强心气，活心血，改善阳气亏虚的核心病机；下暖于肾，补肾火，助气化，利水湿，固本培元，改善水肿与肠腑动力；中健于脾，运脾阳，复升降，行滞气，可促进胃肠蠕动与消化传导；局部作用于腑，可散阴寒，通腑气，调津液，温阳以布津，缓解因气化不利导致的肠燥便秘。邓能宗[9]发现艾灸神阙穴能够有效提高冠心病心力衰竭患者的心功能，增加运动量，提高生活质量。有学者认为，艾灸神阙穴有助于改善阳虚体质[10-11]。陆云霞等[12]采用艾灸神阙穴、天枢穴联合穴位贴敷神阙穴治疗CHF合并功能性便秘，结果表明可有效改善患者的肠道蠕动与便秘症状。穆韵浓[13]的研究结果表明，艾灸神阙穴可通过调节肠道菌群失调、改善结肠炎性反应等作用机制，缓解胃肠道症状。翟夏等[14]应用神阙穴贴敷配合温和灸治疗CHF致胃肠功能紊乱患者，可快速、有效地缓解相关症状，改善患者的心功能，提高生活质量。

脐周四边穴指以神阙穴为中心，上下左右各旁开1寸的4个奇穴，位于任脉与冲脉、带脉的循行区域，是全身气血交汇之处。艾灸此处，能调节中焦气机，效应强而直接。其中，上下两穴沿任脉走向构成纵轴，可借任脉统摄诸阴之势，调节一身气血的升降，向上能温养心阳、温煦肺气，向下则能温化水湿、通利下焦，使水湿、糟粕得以从二便出，从而利水消肿，通腑行滞。左右两穴构成了横轴，灸之可加强对腰腹气血的约束与调节能力，防止气机涣散。同时，能疏理肝气、运化脾气，从而解决因枢机不利导致的腹胀、气滞，为大肠传导糟粕提供动力。因此，药物贴敷联合隔姜灸神阙穴与脐周四边穴，可通过疏通经气输布通道，恢复腹部“气、血、水”的运行枢机，达到温阳益气、扶阳固本、利水通便、气血同调的综合治疗目的。本研究结果显示，观察组总有效率高于对照组，各项中医证候评分、便秘症状评分及PAC-QOL评分及不良反应发生率均低于对照组。提示护心灸发挥的温补心阳、固本培元作用，有助于改善患者阳气亏虚型CHF及便秘的相关症状，提升生活质量，且安全性良好。

在评估CHF病情严重程度、治疗效果及预后方面，心功能指标具有重要临床意义。LVEF、SV、SVI及CI的升高可提示心脏功能的改善[15]。BNP作为反映心室负荷与心功能状态的敏感指标，其水平下降提示心力衰竭程度减轻、预后较好[16]。本研究结果显示，观察组LVEF、SV、SVI、CI值均高于对照组，BNP水平低于对照组，可见护心灸有助于改善CHF患者的心功能。

综上所述，采用护心灸联合常规疗法治疗阳气亏虚型CHF合并便秘患者可提高临床疗效，有效改善患者的心功能，减轻心力衰竭及便秘带来的各种症状，提高生活质量，且安全性较好。

[参考文献]

[1] ZHANG X Y，QIU P L，PRUSHINSKAYA A，et al. Characteristics of emergency department admissions with congestive heart failure in the United States：a Nationwide cross-sectional study[J]. BMC Emergency Medicine，2022，22(1)：16.

[2] 陈荣，孙兴国，张也，等. 重症心力衰竭患者运动病理生理学特征的临床研究[J]. 中国应用生理学杂志，2021，37(2)：162-168.

[3] SHENG Y，QIU H，CHEN S. Effect of danqi buxin decoction on chronic function indexes and life quality in patients with chronic heart failure of yang deficiency type[J]. Evid Based Complement Alternat Med，2021，2021：7297361.

[4] MCDONAGH T A，METRA M，ADAMO M，et al. 2023 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. Eur Heart J，2023，42(36)：3599-3726.

[5] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组，中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013，武汉)[J]. 胃肠病学，2013，18(10)：605-612.

[6] 中华中医药学会慢性心力衰竭中医诊疗指南项目组. 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022年)[J]. 中医杂志，2023，64(7)：743-756.

[7] 中国医师协会心血管内科医师分会，中国心衰中心联盟，慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识工作组. 慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识[J]. 中国循环杂志，2022，37(8)：769-781.

[8] 栾飞，雷紫琴，彭利霞，等. 基于“温通心阳”功效的桂枝和肉桂配方颗粒对大鼠心肌缺血/再灌注损伤模型保护作用的实验研究[J]. 中国中药杂志，2023，48(3)：725-735.

[9] 邓能宗. 艾灸神阙治疗冠心病心力衰竭的临床观察[J]. 江西中医药大学学报，2023，35(2)：70-72.

[10] 朱小香，萨喆燕，周旋，等. 艾灸关元和神阙穴对阳虚体质者任督二脉组织血氧及温度的影响[J]. 中华中医药杂志，2024，39(12)：6906-6909.

[11] 周旋，许金森，朱小香，等. 艾灸对阳虚体质者任脉浅表微循环血流灌注量的影响 [J]. 山西中医药大学学报，2022，23(4)：336-339.

[12] 陆云霞，赵晓华，杨娟，等. 艾灸联合穴位贴敷在慢性心衰合并功能性便秘中的应用效果[J]. 名医，2024(12)：44-46.

[13] 穆韵浓. 艾灸神阙穴对溃疡性结肠炎模型小鼠肠道菌群影响的实验研究[D]. 北京：北京中医药大学，2020.

[14] 翟夏，年婧，张红鸽，等. 神阙穴贴敷配合温和灸对慢性心力衰竭致胃肠功能紊乱临床研究[J]. 陕西中医药大学学报，2022，45(2)：88-92.

[15] 谢小丹，陈求凝，张汉标，等. 心脏彩色多普勒超声在慢性心力衰竭患者临床诊断中的特异度和灵敏度研究[J]. 中国医学装备，2023，20(3)：85-88.

[16] 赵鑫，朱蕾，强雪芹. 血清IgE、BNP水平用于心力衰竭诊断的价值及其与部分血脂、心功能指标的相关性[J]. 检验医学与临床，2021，18(24)：3591-3594.

[责任编辑：吴凌，蒋维超(英文)]