

加味升降散穴位贴敷对原发性高血压患者血压昼夜节律及临床疗效的影响

——附30例临床资料

梁燕¹ 多慧玲¹ 陈蕾¹ 来于¹ 王艳君² 黄松旭³ 王淑婉³

(1.石家庄市中医院,河北石家庄050021; 2.河北省中医院,河北石家庄050011;

3.河北北方学院研究生院,河北张家口075000)

摘要 目的:观察在常规治疗基础上加用加味升降散穴位贴敷对痰热型原发性高血压患者血压昼夜节律及临床疗效的影响。方法:将62例痰热型原发性高血压患者随机分为治疗组和对照组,每组31例,最终治疗组完成30例,对照组完成31例。对照组予苯磺酸氨氯地平片口服,治疗组在对照组治疗的基础上加用加味升降散穴位贴敷,2组疗程均为4周。观察并比较2组患者治疗前后血压昼夜节律、血压值、血脂、同型半胱氨酸水平变化情况,评估临床疗效。结果:治疗后2组患者夜间血压下降率较治疗前明显升高($P<0.05$),治疗组明显高于对照组($P<0.05$)。治疗后2组患者收缩压值和舒张压值均较治疗前明显降低($P<0.05$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。治疗组治疗后甘油三酯、同型半胱氨酸水平均较治疗前明显降低($P<0.05$),且明显低于对照组($P<0.05$)。治疗组降压总有效率为90.0%,明显高于对照组的70.9%($P<0.05$);治疗组中医证候总有效率为90.0%,明显优于对照组的总有效率64.5%($P<0.05$)。结论:在常规治疗基础上加用加味升降散穴位贴敷可调整原发性高血压患者血压昼夜节律,降低血压,保护靶器官,减少心血管事件的发生几率,提高临床疗效。

关键词 原发性高血压;加味升降散;穴位贴敷;苯磺酸氨氯地平片;血压;昼夜节律;甘油三酯;同型半胱氨酸

中图分类号 R246.1 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)09-0025-04

基金项目 河北省中医药管理局科研计划项目(2019412)

原发性高血压(EH)是以体循环动脉血压增高为主要临床表现,伴或不伴有多种心血管危险因素的综合征,易发生严重的心、脑、肾等器官的损害和病变,常存在同型半胱氨酸和脂质代谢的异常^[1],严重危害人类健康。西药治疗原发性高血压有显著疗效,但存在不同程度的不良反应,例如血管紧张素转换酶抑制剂会引起咳嗽、血管性水肿等。中医学认为本病多由情志内伤、饮食失节、禀赋不足、劳逸失调等因素引起,导致脏腑阴阳平衡失调、风火痰瘀内结而形成。中医药治疗EH不仅能够平稳降压,还能改善临床症状、提高生活质量、保护靶器官、减少并发症等^[2]。加味升降散穴位贴敷的组方是在杨栗山先生升降散的基础上进行创新,选穴是在学习燕赵高氏针灸治疗特色的基础上选取特定穴位,达到“健脾化痰、泄热理气”的功效。本研究我们在西医常规治疗的基础上加用加味升降散穴位贴敷治疗痰热型EH患者,并与单纯常规西医治疗做比较,观察贴敷治疗对血压昼夜节律及临床疗效的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2018年10月至2019年10月石家庄市中医院确诊为EH且符合痰热型的患者62例,按分层随机法分为治疗组和对照组,每组31例,观察过程中治疗组因未按要求治疗脱落1例。治疗组男16例,女14例;平均年龄(50.46 ± 12.37)岁;平均病程(52.57 ± 34.41)个月;其中高血压1级26例,2级4例。对照组男18例,女13例;平均年龄(51.06 ± 11.24)岁;平均病程(50.34 ± 36.24)个月;其中高血压1级25例,2级6例。2组患者性别、年龄、病程、高血压分级等一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经石家庄市医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国高血压防治指南(2018年修订版)》^[3]拟定。在未使用降压药物的情况下,非同日3次测量诊室血压,收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg,可诊断为高血压。血压分

级标准1级:140 mmHg≤收缩压≤159 mmHg和(或)90 mmHg≤舒张压≤99 mmHg;2级:160 mmHg≤收缩压≤179 mmHg和(或)100 mmHg≤舒张压≤109 mmHg;3级:收缩压≥180 mmHg和(或)舒张压≥110 mmHg。

1.2.2 中医诊断标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^{[4]74}及《中医内科学》^[5]中关于“眩晕”的诊断标准并符合“痰热型”辨证标准。主症:眩晕,头痛,头如裹,呕吐痰涎。次症:心烦不安,口苦,心悸,失眠。舌脉:舌红、苔黄腻,脉弦滑数。符合3项主症,或符合2项主症兼具2项次症,结合舌脉象特点,即可诊断。

1.3 纳入标准 (1)符合EH上述西医诊断、中医证候标准;(2)高血压1级和2级患者;(3)年龄在18~75岁;(4)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 继发性高血压患者;高血压病急、危重症和分级为重度的高血压病患者;合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重疾病或精神病者;过敏体质或对多种药物过敏者,贴敷穴位处皮肤破损者;夜间工作者;妊娠或准备妊娠以及哺乳期妇女;正在参加影响本研究结果评价的其他临床试验者。

1.5 脱落标准 依从性差,未能遵循规定的治疗方案或疗程进行治疗者;病情恶化,因不良反应自行停止者;其他原因致使不能坚持治疗或失去联系者;受试者因自身缘故主动停止临床研究;资料不全,无法判定疗效者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予苯磺酸氨氯地平片(安内真,苏州东瑞制药有限公司,国药准字H20031088,10 mg×7片/盒)口服,10 mg/d,每日1次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用加味升降散穴位贴敷治疗。药物组成:僵蚕6 g、蝉蜕3 g、姜黄9 g、大黄12 g、清半夏9 g、炒白术9 g、竹茹12 g、牛膝15 g。诸药研成极细粉末混匀,过100目筛,干燥放置备用。上述药物由石家庄市中医院制剂室加生姜汁制备成药物贴。患者取仰卧位,选取中脘、足三里(双)、涌泉(双),每日21:00点贴敷,贴敷9 h。

2组疗程均为4周,并嘱低盐低脂饮食,控制体重,戒烟,限酒,适当运动等。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 血压昼夜节律测定 治疗前后检测2组患者血压昼夜节律,以夜间血压下降率来表示。选用交大辰方CF-3001动态血压记录盒进行24 h动态血压测定收集动态血压数据,每次测定时间为24~25 h,

保证80%以上的测量结果为有效数据。夜间血压下降率=(日间血压平均值-夜间血压平均值)/日间血压平均值×100%。若收缩压与舒张压不一致时,以收缩压为准^[6]。

3.1.2 血压值 计算治疗开始前3日血压的平均值为治疗前血压值,计算治疗结束后3日血压的平均值为治疗后的血压值。

3.1.3 生化指标 治疗前后清晨空腹抽取2组患者肘静脉血,测定甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和同型半胱氨酸(HCY)水平。HCY的测定采用酶循环法,TC的测定采用CHOD-PAP法,TG的测定采用GPO-PAP法,LDL-C的测定采用直接法-表面活性剂清除法;HDL-C的测定采用直接法-选择抑制法。

3.2 疗效判定标准

3.2.1 血压疗效判定标准 显效:舒张压下降10 mmHg以上,并达正常范围;或舒张压虽未降到正常,但已下降20 mmHg或以上。有效:舒张压下降不及10 mmHg,但已达正常范围;或舒张压虽未降到正常但已下降10~19 mmHg;或收缩压较治疗前下降30 mmHg以上。无效:未达以上标准。

3.2.2 中医证候疗效判定标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^{[4]75}及《中医内科学》^[5]制定痰热型EH临床症状、体征分级量化表,按无、轻、中、重将主症分别记0、2、4、6分,次症分别记0、1、2、3分。主症:眩晕、头痛、头如裹、呕吐痰涎;次症:心悸、失眠、心烦不安、口苦。显效:临床症状及体征明显改善,证候积分减少≥70%;有效:临床症状及体征均好转,30%≤证候积分减少<70%;无效:临床症状及体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验;疗效、等级资料比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后夜间血压下降率比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后夜间血压下降率比较($\bar{x} \pm s$) 单位: %

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	3.17 ± 6.09	8.87 ± 8.33 [△]
对照组	31	3.00 ± 5.70	6.94 ± 6.12 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后血压值比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后血压值比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位: mmHg

组别	例数	时间	收缩压	舒张压
治疗组	30	治疗前	149.23 $\pm$ 7.93	90.00 $\pm$ 5.47
		治疗后	126.96 $\pm$ 7.97 ^{*Δ}	78.80 $\pm$ 7.80 ^{*Δ}
对照组	31	治疗前	151.19 $\pm$ 9.37	91.03 $\pm$ 5.40
		治疗后	137.83 $\pm$ 7.06 [*]	84.58 $\pm$ 7.63 [*]

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

3.4.3 2组患者治疗前后血脂、同型半胱氨酸水平比较 见表3。

表3 治疗组与对照组治疗前后血脂、同型半胱氨酸水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TG/(mmol/L)	TC/(mmol/L)	LDL-C/(mmol/L)	HDL-C/(mmol/L)	HCY/(μ mol/L)
治疗组	30	治疗前	2.10 $\pm$ 0.86	5.16 $\pm$ 0.90	3.09 $\pm$ 0.50	1.22 $\pm$ 0.23	12.91 $\pm$ 2.27
		治疗后	1.36 $\pm$ 0.56 ^{*Δ}	4.96 $\pm$ 0.63	2.96 $\pm$ 0.34	1.28 $\pm$ 0.23	11.45 $\pm$ 2.12 ^{*Δ}
对照组	31	治疗前	2.06 $\pm$ 0.93	5.20 $\pm$ 1.03	3.13 $\pm$ 0.56	1.19 $\pm$ 0.25	13.05 $\pm$ 2.72
		治疗后	1.97 $\pm$ 0.71	5.06 $\pm$ 0.93	3.06 $\pm$ 0.55	1.24 $\pm$ 0.24	12.68 $\pm$ 2.39

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

3.4.4 2组患者临床疗效比较 见表4。

表4 治疗组与对照组降压疗效及中医证候疗效比较 单位: 例

组别	例数	疗效	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	血压	14	13	3	90.0 ^{Δ}
		证候	10	17	3	90.0 ^{Δ}
对照组	31	血压	8	14	9	70.9
		证候	3	17	11	64.5

注:与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

4 讨论

高血压可归属于中医学“眩晕”范畴^[7],其中痰湿中阻型眩晕多因脾失健运,水湿内停,积聚生痰,痰阻中焦,上蒙清窍,清阳不升而发,结合现代人多嗜食辛辣油腻的饮食习惯,痰湿日久,易于生热,热扰清窍,而转为痰热中阻型眩晕。目前现代医学对于EH的控制方法主要是西药药物治疗,虽然起效迅速,但服用西药出现的不良反应、症状改善不明显和长期服用带来的经济负担,严重影响着人们的生活质量。苯磺酸氨氯地平片为钙离子拮抗剂,通过扩张血管平滑肌,具有良好的抗高血压作用,但在服用过程中有可能会食欲减退、消化不良等不良反应,且不能有效地改善患者的临床症状。穴位贴敷作为传统中医外治方法,治疗EH不仅可以减少口服药物带来的胃肠道不适等不良反应,还能有效降低血压、改善临床症状、保护靶器官、减少并发症,疗效显著^[8]。

穴位贴敷疗法是以中医整体观念和经络理论为依据,将中药加工后贴敷于特定穴位上治疗疾病的方法。药物透皮吸收后刺激局部穴位发挥药理作用,同

时其有效成分通过腧穴随经络循行而送达脏腑来发挥疗效。本研究选用杨栗山老先生的升降散方:大黄,僵蚕,蝉蜕,姜黄。四药相配,升清降浊,调畅气机,并在此基础上加牛膝、清半夏、白术、竹茹四药,共奏健脾、化痰、泄热、理气之功效。本研究选穴以脾胃为本,选取中脘和足三里两穴,形成合募相配的“调和脾胃”的特色,再取涌泉穴,体现了燕赵高氏针灸“上病下取,谨守气血”的特色思想^[9-10]。三穴共用,起到健脾化痰、调理气机之效。

有研究发现EH中痰湿壅盛证患者的昼夜节律

异常比例最高^[11],而血压昼夜节律与靶器官损害和心血管事件的发生具有相关性^[12-13]。因此在平稳降压的同时,应注意昼夜节律的恢复,以保护靶器官、减少心血管事件的发生。EH可导致心脏和血管等重要靶器官受损,血压

升高会促进动脉粥样硬化的发生发展。同型半胱氨酸与血脂异常是动脉粥样硬化的重要危险因素^[14-15]。EH常伴有同型半胱氨酸与血脂的异常,故降压的同时,还应关注同型半胱氨酸水平及血脂的代谢情况。

本研究结果表明,与对照组单纯口服苯磺酸氨氯地平片相比,加用升降散加味穴位贴敷治疗痰热型EH患者降压总有效率和中医证候总有效率均优于对照组($P<0.05$),且夜间血压下降率、收缩压与舒张压的降低情况均优于对照组,甘油三酯和同型半胱氨酸水平较对照组均明显降低,提示加用加味升降散加味穴位贴敷可调整痰热型EH患者血压昼夜节律,降低血压,保护靶器官、减少心血管事件的发生几率,提高临床疗效。有关升降散加味穴位贴敷治疗痰热型原发性高血压的确切作用机制仍有待于进一步研究。

参考文献

- [1] 董健,于宏.原发性高血压与血浆同型半胱氨酸及血脂的关系[J].中国慢性病预防与控制,2013,21(3):368.
- [2] 陈晓玉.中医药防治高血压病中的特色与优势[J].天津中医药,2012,29(2):155.
- [3] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中华医学会心血管病学分会,等.中国高血压防治指南(2018年修订版)[J].中国心血管杂志,2019,24(1):24.
- [4] 郑筱萸.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.
- [5] 张伯礼,薛博瑜.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2012:111.
- [6] 中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南2010[J].中国高血压杂志,2011,19(8):707.