

穴位敷贴对阴虚阳亢证高血压患者血压作用的研究

魏 虹, 沈翠珍[△]

(浙江中医药大学护理学院, 浙江 杭州 310053)

摘要: **目的** 探讨穴位敷贴对阴虚阳亢证高血压患者血压水平的影响。 **方法** 根据纳入和排除标准, 采用便利抽样法在社区选取 80 名阴虚阳亢证高血压患者, 并按随机数字表法分为试验组和对照组各 40 名。试验组在高血压常规治疗基础上给予穴位敷贴疗法, 对照组仅接受高血压常规治疗。共干预 3 个疗程, 每个疗程 4 周, 在干预前和每个疗程结束后评估患者血压水平。 **结果** 试验组干预 8 周和 12 周后收缩压较对照组下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 试验组收缩压呈明显下降趋势, 各疗程间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 试验组舒张压变化不明显 ($P > 0.05$)。 **结论** 穴位敷贴可有效降低阴虚阳亢证高血压患者的血压水平, 其主要作用于收缩压。

关键词: 高血压; 穴位敷贴; 阴虚阳亢证; 临床研究

中图分类号: R245.9

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2015)01-0058-03

高血压(Hypertension)是严重危害人类健康的一类慢性非传染性疾病, 是最主要的心脑血管疾病危险因素。我国目前约有 2.6 亿高血压患者, 且随着年龄增长, 高血压人数所占的比例逐渐升高^[1]。流行病学调查发现, 阴虚阳亢证是中老年人高血压的主要证候特点^[2-4], 主要表现为眩晕头痛、腰酸膝软、五心烦热、心悸失眠、耳鸣健忘、舌红少苔、脉弦细而数^[5]。本研究根据阴虚阳亢证高血压的病因病机, 筛选合适的中药和穴位进行穴位敷贴, 探讨其是否能降低阴虚阳亢证高血压患者的血压水平, 从而寻求治疗高血压病新的理念与方法。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究于 2014 年 4 月—7 月在浙江省杭州市上城区社区卫生服务中心根据纳入标准, 采用便利抽样法筛选阴虚阳亢证高血压患者 80 名, 按随机数字表法分为试验组和对照组。试验组 40 名, 平均年龄(67.35 ± 4.26)岁, 病程(12.40 ± 6.71)年, 服用 CCB、ACEI、ARB 类药物各 15, 12, 13 人; 对照组 40 名, 平均年龄(67.43 ± 4.10)岁, 病程(13.13 ± 5.11)年, 服用 CCB、ACEI、ARB 类药物各 14, 10, 16 人。2 组患者年龄、病程、服药情况基线水平一致, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究获得浙江中医药大学研

究伦理委员会的批准, 研究前每位患者均签署了知情同意书。

纳入标准: ①年龄 60~75 岁; ②临床中医专家辨证为阴虚阳亢证高血压; ③服用 3 大类常用降压药物中的 1 种(钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂), 但血压控制不良, 收缩压波动在 140~180mmHg (1mmHg = 0.133kPa)之间、舒张压正常或波动在 90~110mmHg 之间者; ④自愿参加本次研究并签署知情同意书。 **排除标准:** ①继发性高血压患者; ②已接受其它有关治疗, 可能影响本研究的效应指标观测者; ③合并有糖尿病皮损者; ④合并有严重心脑血管、肝、肾和造血系统等疾病以及精神病患者、法律规定的残疾患者(盲、聋、哑、智力障碍、肢体残疾者); ⑤孕妇、哺乳期妇女, 皮肤对药物特别敏感者。

1.2 干预方法

采用随机对照研究, 试验组在常规高血压药物治疗和社区干预的基础上采用穴位敷贴疗法, 对照组仅接受常规高血压药物治疗和社区干预。穴位敷贴方案如下: 熟地黄、生白芍、罗布麻叶、川牛膝、薄荷、冰片(2:2:2:2:2:1)研末, 过 60 目筛, 用陈醋、30% 姜汁、3% 氯酮、3% 丙二醇(2:2:1:1)调和, 中药与调

收稿日期: 2014-07-20

作者简介: 魏虹(1990-), 女, 浙江台州人, 在读硕士研究生, 研究方向: 社区护理。

[△]通信作者: 沈翠珍, E-mail: shencuizhen@163.com

冲穴和太溪穴,次日轮换对侧太冲穴和太溪穴,神阙穴取 2g/(次·d),太冲穴和太溪穴各取 1g/(次·d)。每日每穴持续敷贴 8h,4 周为 1 疗程,共 3 个疗程,每个疗程间歇 2d。将药物按比例调和成糊状后取相应分量置于 cadumedi 牌医用水刺自粘透气无敏无纺布敷贴上备用,太冲穴和太溪穴敷贴规格为 2.5cm×5cm,神阙穴敷贴规格为 5cm×7cm。干预期间,试验组患者每日早晨 9:00–10:00 至社区卫生服务站点,由经过培训的同一研究者为其进行穴位敷贴。患者充分暴露敷贴部位,局部用 75% 酒精棉签消毒后取敷贴片置于相应穴位上轻轻按压使药物和敷贴与皮肤紧密接触,在敷贴完成后计算每日敷贴结束时间并告知患者,嘱其及时撕下贴片。

1.3 检测指标

在干预前和每个疗程结束后的次日下午集中 2 组患者于社区诊室进行血压测量。血压测量由同一研究者使用同一血压计完成,测量时间为 14:00–15:30,控制室内温度为 22~24℃。测量前患者安静休息 5min,并间隔 1~2min 重复测量,取 2 次读数的平均值记录。如果收缩压或舒张压的 2 次读数相差 5mmHg 以上,则再次测量,取 3 次读数的平均值记录。

1.4 统计学处理

所有数据录入 SPSS17.0 统计软件进行处理,统计描述采用平均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用多元方差分析(MANOVA),组内比较采用重复测量数据多重比较配对的 *t* 检验(Bonferroni),以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 穴位敷贴在不同干预时间点对 2 组患者血压作用的组间比较

干预期间,试验组收缩压在干预 8 周后与对照组相比差异有统计学意义($P < 0.05$),干预 12 周后收缩压较对照组明显下降($P < 0.01$)。详见表 1。

表 1 2 组患者不同干预时间点血压组间比较($\bar{x} \pm s$)

	收缩压/mmHg		舒张压/mmHg	
	试验组	对照组	试验组	对照组
干预前	150.50±4.22*	149.30±4.14	74.50±8.45▲	75.75±8.75
干预 4 周后	148.45±4.28*	148.70±3.19	73.55±7.35▲	75.20±8.06
干预 8 周后	145.20±3.10*	147.00±4.22	73.15±7.17▲	73.70±8.43
干预 12 周后	137.90±3.95#	147.45±3.89	70.63±7.66▲	72.50±6.88

注:与对照组比较:* $P > 0.05$,* $P < 0.05$,# $P < 0.01$,▲ $P > 0.05$

2.2 2 组不同干预时间点血压组内比较

试验组收缩压呈明显下降趋势,各疗程间比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。试验组舒张压与对照组血压变化均不明显,差异无统计学意义($P > 0.05$)。详见表 2、表 3。

表 2 试验组不同干预时间点血压组内比较

对比 时间点	收缩压			舒张压		
	md	se	<i>P</i> 值	md	se	<i>P</i> 值
t0:t1	2.050	0.981	0.259	0.950	1.734	1.000
t1:t2	3.250	0.800	0.001	0.400	1.844	1.000
t1:t3	10.550	0.856	0.000	2.925	1.691	0.550
t2:t3	7.300	0.651	0.000	2.525	1.629	0.776

注:md:均值差值;se:标准误;t0:干预前;t1:干预 4 周后;t2:干预 8 周后;t3:干预 12 周

表 3 对照组不同干预时间点血压组内比较

对比 时间点	收缩压			舒张压		
	md	se	<i>P</i> 值	md	se	<i>P</i> 值
t0:t1	0.600	0.889	1.000	0.550	1.666	1.000
t1:t2	1.700	0.879	0.362	1.500	1.703	1.000
t1:t3	1.250	0.743	0.603	3.150	1.751	0.479
t2:t3	-0.450	0.614	1.000	1.650	1.480	1.000

注:md:均值差值;se:标准误;t0:干预前;t1:干预 4 周后;t2:干预 8 周后;t3:干预 12 周

3 讨论

血压水平与心脑血管疾病的发病和死亡存在密切的正相关关系。在全球 61 个人群(约 100 万人,40~89 岁)的前瞻性观察荟萃分析^[6]中,血压从 115/75mmHg 到 185/115mmHg,收缩压每升高 20mmHg 或舒张压每升高 10mmHg,心脑血管并发症发生的风险倍增;在包括中国 13 个人群的亚太队列研究(APCSC)中,血压水平也与脑卒中、冠心病事件密切相关,亚洲人群收缩压每升高 10mmHg,脑卒中和致死性心肌梗死风险分别增加 53% 和 31%,远高于澳大利亚和新西兰人群的 24% 和 21%^[1];长期随访发现,3 级高血压患者的终末期肾病发生率是血压正常者的 11 倍以上^[1]。高血压的降压目标为一般高血压患者,应将血压降至 140/90mmHg 以下^[7],65 岁及以上老年人的收缩压应控制在 150mmHg 以下^[8-9],伴有肾脏疾病、糖尿病或病情稳定的冠心病合并高血压患者治疗更宜个体化,一般可将血压降至 130/80mmHg 以下^[10-14],脑卒中

后的高血压患者一般血压目标为 $<140/90\text{mmHg}$ ^[15]。

本研究表明,穴位敷贴能有效降低阴虚阳亢证高血压患者的血压水平,其中以降低收缩压为主,对舒张压的作用不明显。阴虚阳亢证高血压多由先天不足、肾阴素亏,或年老久病,或房劳过度,导致肾精亏虚,以致肝失所养,水不涵木,阴不制阳,肝阳上亢,从而收缩压升高,表现为眩晕头痛、五心烦热、耳鸣、舌红少苔等。本研究根据阴虚阳亢证高血压病因病机,选择针对性的中药和穴位进行敷贴,其中,熟地黄味甘微温,其性缓和,为补肾生精之要药,生白芍味苦而酸,性微寒柔润,化阴养血柔肝,二药为用,一补肾生精,一养血柔肝,精血互生互化,可滋阴补肾、养血柔肝,罗布麻叶既能平肝抑阳,又能清泄肝热,可用于治疗肝阳上亢及肝火上攻之头痛眩晕、烦躁失眠,太冲配太溪,可镇肝熄风、育阴潜阳,神阙穴属任脉经穴,与冲、督、肾、脾等经密切联系而统属全身经络,有“脐通百脉”的说法^[16],且为全身皮肤屏障功能最弱处,易于药物穿透弥散,辅以川牛膝、薄荷、冰片、陈醋、姜汁、氮酮和丙二醇等透皮吸收剂,可达“谨守病机、各司其数”的目的,使气血和畅、阴阳平衡,并发挥开窍熄风之功,从而降低收缩压。本研究所纳入的病例其舒张压处于正常范围,故对舒张压的作用不明显,但亦说明穴位敷贴不会进一步引起舒张压的下降,可维持较为稳定的舒张压水平,其主要作用于收缩压。

4 小结

穴位敷贴是常用的中医外治技术,具有简、便、廉、验的特点,患者易于接受、容易掌握,可成为辅助降低高血压的有效途径。

参考文献:

- [1] 刘力生. 中国高血压防治指南 2010 [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2011, 3(5): 42-93.
- [2] 谈学平, 王承龙, 骆吉鸿, 等. 原发性高血压病中医证型分布规律及其相关因素的临床研究 [J]. 江苏中医药, 2013, 45(5): 14-15.
- [3] 陈文鑫. 高血压病的中医症候分布规律研究[D]. 福州: 福建中医学院, 2008.
- [4] 张旭辉, 李应东. 原发性高血压病危险因素与中医证型的相关性研究[J]. 中国实用医药, 2013, 8(15): 238-240.
- [5] 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: 73-77.
- [6] Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies [J]. Lancet, 2002, 360 (9349): 1903-1913.
- [7] Zhang Y, Zhang X, Liu L, et al. Is a systolic blood pressure target $<140\text{ mmHg}$ indicated in all hypertensives? Subgroup analyses of findings from the randomized FEVER trial [J]. European Heart Journal, 2011, 32(12): 1500-1508.
- [8] Gong LS, Zhang WH, Zhu YJ, et al. Shanghai trial of nifedipine in the elderly (STONE)[J]. Journal of Hypertension, 1996, 14(10): 1237-1245.
- [9] Liu L, Wang JG, Gong L, et al. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension. Systolic hypertension in China (Syst-China) collaborative group [J]. Journal of Hypertension, 1998, 16(12 Pt 1): 1823-1829.
- [10] American Diabetes Association, Executive summary. Standards of medical care in diabetes—2010 [J]. Diabetes Care, 2010, 33(S1): 11-61.
- [11] Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the hypertension optimal treatment (HOT) randomised trial [J]. Lancet, 1998, 351(9118): 1755-1762.
- [12] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2013 年版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22(8): 2-42.
- [13] American Diabetes Association. Executive summary: standards of medical care in diabetes—2011 [J]. Diabetes Care, 2011, 34(S1): 4-10.
- [14] 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. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(3): 195-206.
- [15] 中华神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010[J]. 中国医学前沿杂志, 2011, 3(3): 84-94.
- [16] 查必祥, 杨骏, 石菲菲. 神阙穴隔盐灸疗法的理论探讨与临床应用[J]. 云南中医学院学报, 2013, 36(3): 95-97.

(编辑: 徐建平)

(英文摘要见第 74 页)

- Ann Surg, 2002, 235(2): 200–206.
- [5] Sharif H E, Michael TH, Joel JB, et al. Early postoperative small bowel obstruction—A prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations [J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(9): 1214–1217.
- [6] Brent WM, Joel J. Methods for decreasing postoperative gut dysmotility [J]. The Lancet, 2003, 24(4): 365–372.
- [7] Shittu OB, Gana JY, Alawale EO, et al. Patteron fmechanical intestinal obstruction in Ibadan: a ten year review [J]. Afr J Med Med Sci, 2001, 30(1–2): 17.
- [8] Gowen GF. Decompression is essential in the management of small bowel obstruction [J]. Am J Surg, 1997, 17(3): 459.
- [9] 王吉甫. 进一步提高肠梗阻的诊治水平 [J]. 临床外科杂志, 2000, 2(8): 69.
- [10] 樊奇, 董志勇, 张寒光, 等. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻随机对照试验的系统评价 [J]. 世界华人消化杂志, 2011, 19(21): 2285–2291.
- [11] 曾庆松. 中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻疗效观察 [J]. 中外医疗, 2014, 23: 155–156.
- [12] 张红芬, 刘虹, 瞿紫微, 等. 芒硝外敷联合通腑合剂保留灌肠治疗术后早期炎性肠梗阻的护理 [J]. 护理学杂志, 2012, 18(27): 49–50.
- [13] 马驹, 陈文慧. 叶天士《临证指南医案》下法应用浅探 [J]. 云南中医学院学报, 2013, 3(36): 77–78.
- (编辑: 徐建平)

Clinical Observation Flavored Dachengqi Decoction to Promote Recovery of Function in Patients with Gastrointestinal EPISBO

XIE Xiao-ping¹, CHEN Xiao-fan²

(1. SanMing Vocational Technical College, Sanming 365000, China;

2. The First Hospital of Sanming Affiliated Fujian Medical University, Sanming 365000, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the effect of flavored dachengqi Decoction to promote EPISBO gastrointestinal function in patients recovery. **Methods** Select EPISBO 50 patients, observation group and the control group 25 cases. I alone control group Western medicine treatment, modified observer group to dachengqi Decoction on this basis, comparison of the two groups were gastrointestinal function recovery. **Results** ① Observation group and the control group in terms of gender, age, etiology, etc., no significant difference between the two ($P>0.05$); ② Observation group recovery time of bowel sounds, 1st exhaust time, the first defecation time was significantly shorter than the control group ($P<0.05$); ③ Observer group abdominal cramping, bloating, a few cases of paralytic ileus suffer significantly less than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Modified dachengqi Decoction EPISBO better promote the recovery of gastrointestinal function in patients.

KEY WORDS: Dachengqi Decoction; EPISBO; recovery of gastrointestinal function

(原文见第 58 页)

The Effect of Acupoint Application Therapy on Blood Pressure Level of Hypertensive Patients with Yin Deficiency and Yang Excess Syndrome

WEI Hong, SHEN Cui-zhen

(Nursing College of Zhejiang University of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310053, China)

ABSTRACT: **Objective** To discuss the effect of acupoint application therapy on blood pressure level of hypertensive patients with yin deficiency and yang excess syndrome. **Methods** Based on the inclusive and exclude criteria, 80 hypertensive patients were chosen through convenient sampling and divided into trial group and control group via random number table. Every group contains 40 patients. Trial group received general treatment and acupoint application therapy, control group only received general treatment. Blood pressure level was evaluated before the intervention and after every course. **Results** After 8 weeks and 12 weeks of the intervention, the SBP of trial group was dropped when compared with control group, which had statistically significant differences ($P<0.05$). The SBP of trial group presented a downside, which had statistically significant differences at different timings ($P<0.01$). The DBP of trial group was not changed obviously ($P>0.05$). **Conclusion** Acupoint application therapy can lower blood pressure level of hypertensive patients with yin deficiency and yang excess syndrome, which mainly affected the SBP.

KEY WORDS: hypertension; acupoint application therapy; Yin deficiency and Yang excess syndrome; clinical research