

# 清中饮配合针灸治疗轻中度 高血压湿热证的临床疗效观察<sup>※</sup>

● 张春旭 殷庆梅 潘超群

**摘要** 目的:观察清中饮茶方联合针灸治疗轻中度高血压湿热证的疗效。方法:将60例西医诊断为轻中度高血压,同时中医辨证属于湿热证的患者随机分为2组各30例,对照组予西药治疗,治疗组在此基础上联合应用清中饮和针灸穴位治疗。结果:两组患者收缩压、舒张压与治疗前比较均有显著改善( $P < 0.01$ ),治疗组下降程度均优于对照组( $P < 0.05$ );两组患者动态血压监测收缩压、舒张压异常值数量与治疗前比较均有显著改善( $P < 0.01$ ),治疗组改善程度优于对照组( $P < 0.05$ ),中医证候改善总有效率治疗组90.00%优于对照组的66.67%( $P < 0.05$ )。结论:清中饮配合针灸对控制轻中度高血压湿热证有较好疗效。

**关键词** 清中饮 针灸 高血压 湿热证

原发性高血压(Essential hypertension)是临床较为常见的一种疾病,长期血压控制不佳会导致各种脏器,尤其是心脑血管、肾脏的结构和功能改变<sup>[1]</sup>。相关的调查研究显示,国内近年来高血压发病率在不断上升,目前总的患病人数已达3亿以上,且受制于经济、医疗等因素,导致大多数患者长期治疗的依从性较差<sup>[2]</sup>。在这样的情况下,中医药特色疗法在这一领域的优势逐渐得以体现。江苏省常州市中医院心血管内科使用清中饮联合针灸穴位治疗轻中度高血压取得良好疗效,现报道如下。

## 1 资料

**1.1 一般资料** 患者均来自于2015年3月—2015年8月在江苏省常州市中医医院心血管科门诊就诊的轻中度高血压患者,总计60例,分为治疗组和对照组各30例。其中治疗组男17例,女13例;平均年龄为(47.33 ± 7.15)岁;平均病程为(7.67 ± 2.57)年。对照组男16例,女14例;平均年龄为(47.20 ± 6.36)岁;平均病程为(8.03 ± 2.99)年。两组患者一般资料经统计学处理,差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可

※基金项目 “十一五”国家科技支撑计划项目——当代名老中医学学术流派分析整理研究(No. 2007BA110B04-04)

• 作者单位 江苏省常州市中医院(213003)

比性。

**1.2 西医诊断标准** 参照《中国高血压防治指南2010年修订版》<sup>[3]</sup>关于原发性高血压的诊断标准:至少两次在非同日静息状态下测得收缩压 $\geq 140$ mmHg和(或)舒张压 $\geq 90$ mmHg,血压值应取连续3次测量所得的平均值,这其中,1级高血压为舒张压在90mmHg到99mmHg之间和/或收缩压在140mmHg到159mmHg之间,2级高血压为舒张压在100mmHg到109mmHg之间和/或收缩压在160mmHg到179mmHg之间,1级高血压和2级高血压统称为轻中度高血压;同时进行动态血压测量24小时平均血压收缩压 $\geq 130$ mmHg,舒张压 $\geq 80$ mmHg。

**1.3 中医辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>中关于高血压和湿热证型的描述:以眩晕耳鸣,口干口苦,大便粘滞,小便灼热,汗出较多,身重困倦,舌红苔腻,脉滑数等为常见症的证候。

**1.4 纳入标准** ①符合以上西医学对轻中度高血压诊断标准者;②符合以上中医湿热证型辨证标准者;③年龄在30岁~60岁之间者。

**1.5 排除标准** ①不符合纳入标准者;②有传染性疾病未稳定控制者;③半年内曾有过严重哮喘、急性肾功能衰竭、心、脑血管意外、严重心律失常、严重创伤或行重大手术者;④处在妊娠期或准备妊娠、哺乳

期的妇女;⑤既往曾有多次过敏史者。

**1.6 治疗方法** 两组均予西药常规治疗,具体药物为缬沙坦(常州四药制药有限公司)80mg/d。治疗组在此基础上服用清中饮(药用:车前子 10g,白菊花 5g,枸杞子 5g),具体服用方法为制成茶包,置于温水中充分溶解,以茶饮方式服用;配合针灸治疗,选取风池、曲池、足三里、太冲。

**1.7 观察指标** 比较两组用药前后的即时血压(取相同外部环境下3次测量平均值)、动态血压和中医证候的改变,连续随访3个月。

**1.8 疗效判定标准** 根据中医辨证标准的症状,按照无、轻、中、重等级分布,记录为0分(无,指无症状或体征);1分(轻度,指偶然发生);2分(中度,经常发生但尚能耐受);3分(重度,程度较重,经常发生,难以控制)。对治疗前和治疗后的中医证候积分进行比较,参照《中药新药临床研究指导原则》制定的标准。显效:治疗后症状明显改善,积分比治疗前降低

≥70%及以上;有效:治疗后症状有所好转,积分比治疗前降低≥30%但<70%;无效:治疗后症状无明显改善,积分比治疗前减少<30%。计算公式(尼莫地平法)为:中医证候积分改善率=[(治疗前证候积分-治疗后证候积分)÷治疗前证候积分]×100%。

**1.9 统计学方法** 采用SPSS19.0统计软件包,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内资料采用配对样本t检验,组间样本采用独立样本t检验;等级资料对比采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗前后血压情况比较** 两组患者收缩压、舒张压与治疗前比较均有显著改善( $P < 0.01$ ),治疗组改善程度均优于对照组( $P < 0.05$ );两组患者动态血压监测收缩压、舒张压异常值数量与治疗前比较均有显著改善( $P < 0.01$ ),治疗组动态血压改善程度优于对照组( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组治疗前后血压情况比较(n=30,mmHg)

组别		收缩压	舒张压	收缩压异常值数量	舒张压异常值数量
治疗组	治疗前	150.67 ± 7.23	98.67 ± 5.70	18.27 ± 5.79	17.30 ± 4.87
	治疗后	123.60 ± 4.95* <sup>△</sup>	80.87 ± 2.79* <sup>△</sup>	12.67 ± 4.40* <sup>△</sup>	12.23 ± 3.27* <sup>△</sup>
对照组	治疗前	148.33 ± 6.79	97.33 ± 5.23	18.63 ± 6.30	17.57 ± 5.38
	治疗后	127.00 ± 5.99*	82.60 ± 3.70*	15.30 ± 5.19*	14.30 ± 4.32*

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

**2.2 两组治疗前后中医证候疗效比较** 治疗组中医证候改善总有效率为90.00%,优于对照组的66.67%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 两组治疗前后中医证候疗效比较(例·%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	5	22	3	90.00 <sup>△</sup>
对照组	30	2	18	10	66.67

注:与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

近年来,原发性高血压在国内的发病率有不断上升之势,目前现代医学对原发性高血压的治疗仍然从控制血压、逆转心室重构、保护重要靶器官等方面展开。中医古代虽无高血压之病名,但根据其临床表现,大体认为属于中医“眩晕”之范畴。中医认为高血压的病机极为复杂,综合现代人的生活、工作、饮食特

点,高血压湿热证患者日益增多,其发病机理主要如下:①现代人承受的压力更大,很多人情绪长期处于紧张状态,而中医认为,肝主疏泄,主一身气血之畅达,主情志之条畅。如果长期处于焦虑和抑郁状态之下,必然导致肝失疏泄,气血运行不畅,发为肝气郁结,气有余便是火,肝气郁结,必导致郁而化火。②现在大多数人的日常饮食以肉食为主,饮酒也较为普遍,这必然阻碍脾胃的正常功能,正所谓“饮食自倍,脾胃乃伤”;外加酒本身就是“气热而质湿”之品,长久的食滞、湿阻,导致脾胃虚弱,脾胃虚弱,进一步导致了湿热为患的加重,两者之间相互为因果。③另外,地理环境的影响也十分重要,六淫皆可为患,尤其江南地区自古便多潮湿闷热之天气,平均气温也偏高,尤其以春夏之交、梅雨季节为甚,每逢此时,湿热之气相互搏结,侵入人体,便会形成外感湿热之证,若外感湿热之人平素体质不甚强健,必导致湿热久恋而不去,也会发展为湿热体质。

因此,在本方中车前子化湿利尿,利尿通淋;白菊花清热泻火;枸杞子滋养肝阴,收敛肝气。三药合用,共奏利水渗湿,清热降压之效。同时,现代药理学的研究表明,采用枸杞子水煎剂喂饲小鼠,20天后发现小鼠血压明显降低,同时小鼠胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白均呈不同程度下降<sup>[5]</sup>。白菊花乙酸乙酯提取物具有显著的舒张血管作用,并且相关实验进一步证实这一作用可能是通过抑制钙通道来实现的<sup>[6]</sup>。Nhiem<sup>[7]</sup>分离车前子的提取物之后进行实验发现,该提取物可以抑制 RAAS 系统,作用机理主要在于其能抑制 ACE 的催化底物,从而降低血压。此外,对车前子的现代药理学研究也证明其具有利尿作用,这在一定程度上于对因血容量增加所引起的高血压以及顽固性的高血压有较好的疗效<sup>[8]</sup>。

在治疗中,作为传统的中医特色疗法,针灸是一种渐变、安全又比较经济实惠的辅助疗法。现代医学对穴位的解剖研究表明其下存在着大量副交感神经纤维,进而可以推断针灸的降压作用可能是通过增强副交感神经的兴奋性从而抑制交感神经的兴奋性来实现的<sup>[9,10]</sup>。也有研究表明,针灸可以激活内源性阿片样物质,引起内源性阿片肽释放,从而抑制心血管活动中枢,使得心率减慢,外周阻力下降,从而导致血压降低<sup>[11]</sup>。

通过本次临床观察,清中饮联合针灸治疗轻中度

(上接第 56 页)

目的。口腔与脾的关系最为密切,而脾病多虚,脾虚不能运化水湿,则水湿内困,日久湿蕴化热,上蒸于口则口腔溃烂;脾虚日久,伤及于肾致脾肾阳虚,阴寒内盛,虚阳上浮,灼伤口肌,则口舌溃烂。正如经云:“脾胃不足,为百病之始。”故补脾胃为治病之根本。其次是臣药体现了辛开苦降的配伍特点。黄芩、黄连苦降清热燥湿解毒;干姜、半夏辛开,能条畅气机,燥湿散结,四药配伍促使湿热之邪无所藏。党参、大枣益气养心,健脾安神,胃气和则心肾交,水火济则心火泻、甘温健脾。在此基础上加入青黛和蛇莓,以加强清热解毒作用,提高治疗效果。其中青黛性味咸、寒,归肝经,具有清热解毒、凉血、定惊之功效,适用于以炎性、肿痛为主要特征的各类病症,内服和外用均有镇痛和抗炎作用<sup>[8]</sup>,尤其内服止痛效果更为明显。蛇莓为民间常用草药,以全草入药,性味甘、苦、寒,有小毒,入肺、肝、大肠经,具有清热解毒、凉血止血、散瘀消肿的

高血压湿热证取得了较好的疗效,治疗方式较为简便,依从性佳,在试验中未发现不良反应事件报告,值得在临床上进一步推广使用。

### 参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].14版.北京:人民卫生出版社,2013:1496-1511.
- [2]2010年我国成年人高血压流行病学调查[J].中国循环杂志,2013,25(1):16-16.
- [3]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南(2010年修订版)[M].北京:人民卫生出版社,2005:2-14.
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:77-78.
- [5]潘正军,王新风,杨占军.宁夏枸杞水煎剂对实验性高血压小鼠血压和血脂含量的影响[J].淮阴师范学院学报:自然科学版,2007,6(4):327-329.
- [6]蒋惠娣,王玲飞.杭白菊乙酸乙酯提取物的舒血管作用及相关机制[J].中国病理生理杂志,2005,21(2):334-338.
- [7]Nguyen Xuan Nhiem, Bui Huu Tai, Phan Van Kiem et al. Inhibitory activity of Plantago major L. on angiotensin 1-converting enzyme[J]. Arch Pharm Res, 2011, 34(3):419-423.
- [8]高学敏.中药学[M].第2版.北京:中国中医药出版社,2007:435.
- [9]王富春.刺灸灸法[M].上海:上海科技出版社,2013:128-141.
- [10]高昕研,朱兵,贲卉,等.耳-心-迷走神经反射[A].中国生理学会第21届全国代表大会暨学术会议论文摘要汇编[C],2002.
- [11]木丽仙,韩毅,周文琪.针灸对兔急性实验性高血压的降压作用及机制的研究[J].昆明医学院学报,2012,33(1):3-7.

功效,针对复发性阿弗他溃疡有良好的治疗作用。

### 参考文献

- [1]陈谦明.口腔黏膜病学[M].北京:人民卫生出版社,2008:61-62.
- [2]贾丁鑫,周彩滨.心理社会因素与复发性阿弗他溃疡的关系研究[J].中国实用口腔科杂志,2014,7(6):357-359.
- [3]陈谦明.口腔黏膜病学[M].北京:人民卫生出版社,2008:61-62.
- [4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:333-337.
- [5]中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会.复发性阿弗他溃疡疗效评价试行标准临床[J].口腔医学杂志,2001,17(3):209-210.
- [6]Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach[J]. J Am Dent Assoc, 2003, 134:200-207.
- [7]黄煌.药证与经方[M].北京:人民卫生出版社,2008:9.
- [8]李东,武彦舒,王灿,等.青黛镇痛、抗炎药理学研究[J].中国实验方剂学杂志,2011,13(17):137-139.