

穴位贴敷联合血府逐瘀汤对高血压患者 血脂、血压的改善效果分析

朱琪武

(扬州市广陵区中医院中医内科, 江苏 扬州 225000)

【摘要】目的 探讨穴位贴敷联合血府逐瘀汤治疗对高血压患者的临床疗效, 以及对其血脂、血压、生活质量的影响。**方法** 选取 2022 年 5 月至 2023 年 5 月扬州市广陵区中医院收治的高血压患者 40 例, 以随机数字表法分为对照组 (20 例, 西药治疗) 和观察组 (20 例, 西药 + 穴位贴敷 + 血府逐瘀汤治疗)。两组患者均治疗 1 个月。观察对比两组患者临床疗效, 治疗前后血脂指标、血压指标、临床症状和生活质量评分变化。**结果** 治疗后观察组患者总有效率高于对照组; 与治疗前相比, 治疗后两组患者总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 水平均降低, 且观察组均低于对照组, 两组患者高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 水平升高, 且观察组均高于对照组; 与治疗前相比, 治疗后两组患者收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP) 水平均降低, 且观察组均低于对照组; 与治疗前相比, 治疗后两组患者生活质量评分均升高, 且观察组均高于对照组; 与治疗前相比, 治疗后两组患者心慌、头晕、失眠、乏力等症状评分均降低, 且观察组低于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 穴位贴敷联合血府逐瘀汤的治疗方案能够调控高血压患者的血脂、血压水平, 减轻患者临床症状, 改善患者生活质量, 高效可行。

【关键词】 穴位贴敷; 血府逐瘀汤; 高血压; 血压; 血脂; 生活质量

【中图分类号】 R544.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.20.0075.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.20.025

高血压属于慢性心血管疾病, 出现高血压症状后, 若未尽早诊治, 可能引发心衰、脑卒中等病变, 降低患者日常生活质量。西医通过对症给药治疗高血压, 达到调控血压的目的, 虽能减少心血管不良事件, 但对于部分顽固性高血压患者整体疗效欠佳。中医将高血压纳入“头痛”“眩晕”范畴, 认为该病病机为血虚瘀滞、脏腑虚衰。血府逐瘀汤为理血剂, 具有活血化瘀、行气止痛之功效。中药治疗期间, 基于高血压病患者实际证型选择药物, 并制成相应剂型贴敷在特定穴位, 药效成分可经肌表传至脏腑、经络, 可舒缓高血压引发的不适症状, 内外联治, 能够有效控制血压波动, 增强疗效^[1]。基于此, 本研究旨在探讨穴位贴敷联合血府逐瘀汤对高血压的治疗效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 5 月至 2023 年 5 月扬州市广陵区中医院收治的高血压患者 40 例, 以随机数字表法分为对照组 (20 例) 和观察组 (20 例)。对照组中男性 12 例, 女性 8 例; 年龄 41~70 岁, 平均 (59.23 ± 3.31) 岁; 病程 1~9 年, 平均 (4.15 ± 0.71) 年。观察组中男性 11 例, 女性 9 例; 年龄 40~69 岁, 平均 (59.11 ± 3.28) 岁; 病程 1~8 年, 平均 (4.11 ± 0.68) 年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 有可比性。

纳入标准: ①西医诊断符合《中国高血压防治指南 (2018 年修订版)》^[2] 关于高血压诊断标准; ②中医辨证符合《高血压中医诊疗专家共识》^[3] 中“眩晕”的诊断标准, 患者为瘀血阻络证, 出现胸闷痛、眩晕、口唇紫暗症状; ③年龄 40~70 岁; ④肝肾、血液系统功能正常。**排除标准:** ①阿司匹林禁忌证: 活动性溃疡病或其他原因引起消化道出血, 血友病或血小板减少症; ②有阿司匹林或其他非甾体类抗炎药过敏史, 尤其是出现哮喘、血管神经性水肿或休克。本研究经扬州市广陵区中医院医学伦理委员会批准, 且患者均已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 给予对照组患者阿司匹林肠溶片 (拜耳医药保健有限公司, 国药准字 HJ20160685, 规格: 100 mg/片) 口服治疗, 100 mg/次, 1 次/d, 缬沙坦胶囊 (北京诺华制药有限公司, 国药准字 H20040216, 规格: 160 mg/粒) 口服治疗, 80~160 mg/次, 1 次/d。观察组在对照组治疗方案的基础上增加穴位贴敷和血府逐瘀汤治疗, ①穴位贴敷方案如下: 予以穴位贴敷治疗贴 - 高血压型 (江苏艾泽生物科技有限公司, 苏盐械备 20170094 号, 型号: AZF-高血压型) 治疗, 每次贴敷 4 个穴位, 常用穴位有: 涌泉穴 (双)、曲池穴 (双)、足三里穴 (双)、悬钟穴 (双), 各穴位贴敷 6 h/次, 1 次/d。持续贴敷 1 个月。②血府逐瘀汤组方如下: 桃仁、枳壳、赤芍、柴胡、红

花、川芎各 15 g, 牛膝、生地黄、当归各 10 g, 甘草 6 g; 辨证加减: 血压异常升高者加钩藤 15 g, 白蒺藜、天麻各 10 g; 心烦者加玉竹、天花粉、淡竹叶各 15 g, 丹皮 10 g; 失眠者加生龙骨、生牡蛎(先煎)各 30 g, 柏子仁 10 g, 上述诸药, 水煎取 200 mL 汁液为 1 剂, 早、晚服用, 100 mL/次, 1 剂/d。两组患者均连续给药 1 个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效。服药 1 个月后评估疗效: 舒张压 (DBP) 未达正常标准, 但下降幅度 ≥ 20 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 或 DBP 下降幅度 ≥ 10 mmHg, 但恢复正常, 纳入显效; DBP 下降幅度 10~19 mmHg, 未达正常标准, 或 DBP 下降幅度 ≤ 10 mmHg, 但恢复正常, 或收缩压 (SBP) 下降幅度 ≥ 30 mmHg, 未达正常标准, 纳入有效; SBP、DBP 指标未达上述标准, 纳入无效^[4]。总有效率=显效率+有效率。②症状评分。记录患者用药前后心慌、头晕、失眠、乏力等症状情况, 基于无、轻度、中度、重度分别评为 0、1、2、3 分, 分数与症状严重程度呈正相关^[5]。③血脂指标。抽取患者用药前后空腹静脉血液标本, 离心 (3 000 r/min, 10 min), 提取血清, 以免疫比浊法检测总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 水平。④血压指标。用药前后使用血压检测仪 (江苏鱼跃医疗设备股份有限公司, 型号: YE660D) 检测收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP) 水平。⑤生活质量评分。用药前后以简明健康调查简表 (SF-36)^[6] 对患者进行评估, 包括身体健康、精神健康、生理健康、社会健康 4 个维度, 每个维度均为 0~100 分, 评分与高血压患者生活质量呈正相关。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析, 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料经 S-W 检验符合正态分布, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采

用独立 t 检验, 用药前后比较采用配对 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床高血压疗效比较 用药后, 观察组患者 15 例显效、5 例有效、0 例无效, 总有效率 100.00%; 对照组患者 11 例显效、3 例有效、6 例无效, 总有效率 70.00%。观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=4.902, P<0.05$)。

2.2 两组患者症状评分比较 与用药前相比, 用药后两组患者心慌、头晕、失眠、乏力等症状评分均降低, 且观察组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 1。

2.3 两组患者血脂指标比较 与用药前比, 用药后两组患者 TC、TG、LDL-C 水平均降低, 且观察组低于对照组; HDL-C 水平升高, 且观察组高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 2。

2.4 两组患者血压指标比较 与用药前相比, 用药后两组患者 SBP、DBP 水平均降低, 且观察组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者血压指标比较 (mmHg, $\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	SBP		DBP	
		用药前	用药后	用药前	用药后
对照组	20	158.21 \pm 6.36	135.48 \pm 2.26*	110.42 \pm 2.48	86.85 \pm 0.96*
观察组	20	157.82 \pm 6.25	120.36 \pm 1.15*	110.36 \pm 2.51	78.28 \pm 0.36*
t 值		0.196	26.666	0.076	37.381
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与用药前比, * $P<0.05$ 。SBP: 收缩压; DBP: 舒张压。
1 mmHg=0.133 kPa。

表 1 两组患者症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	心慌		头晕		失眠		乏力	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组	20	2.49 \pm 0.42	1.25 \pm 0.47*	2.53 \pm 0.41	1.23 \pm 0.42*	2.61 \pm 0.37	1.31 \pm 0.27*	2.44 \pm 0.49	1.42 \pm 0.49*
观察组	20	2.48 \pm 0.41	0.61 \pm 0.16*	2.51 \pm 0.42	0.58 \pm 0.13*	2.49 \pm 0.36	0.62 \pm 0.12*	2.43 \pm 0.45	0.59 \pm 0.13*
t 值		0.076	5.765	0.152	6.612	1.040	10.444	0.067	7.322
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与用药前比, * $P<0.05$ 。

表 2 两组患者血脂指标比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组	20	5.61 \pm 1.23	5.09 \pm 0.61*	2.33 \pm 0.53	1.82 \pm 0.43*	3.38 \pm 0.37	2.80 \pm 0.31*	1.03 \pm 0.19*	1.25 \pm 0.21*
观察组	20	5.59 \pm 1.25	4.68 \pm 0.58*	2.35 \pm 0.51	1.21 \pm 0.35*	3.40 \pm 0.35	2.49 \pm 0.23*	1.01 \pm 0.18*	1.80 \pm 0.25*
t 值		0.051	2.178	0.122	4.920	0.176	3.592	0.342	7.534
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与用药前比, * $P<0.05$ 。TC: 总胆固醇; TG: 三酰甘油; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇。

2.5 两组患者生活质量评分比较 与用药前相比, 用药后两组患者 SF-36 评分均升高, 且观察组高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 4。

3 讨论

中医将高血压纳入“失眠”“眩晕”范畴, 病机为血虚瘀滞、脏腑虚衰, 久病导致心失所养、心脉瘀阻、肝气郁结, 故应以平肝潜阳、益气通脉、祛瘀活血方治疗^[7]。

穴位贴敷是中医传统治疗方案, 经刺激特定穴位, 取得调节脏腑、经络的效果, 疗效值得肯定, 穴位是脏腑、经络之气血输注于机体表面的特殊位置, 与经络、脏腑关系密切, 中医学者认为, 经络是机体特定通道, 可贯穿周身, 将气血运送至各脏腑组织内, 进而保障患者生理功能正常; 脏腑是人体内各器官, 彼此联络。血府逐瘀汤方中红花、桃仁、赤芍、牛膝、川芎等药物相配伍, 可祛瘀、活血; 柴胡配伍枳壳, 可益气活血、疏肝理气; 生地黄可凉血、滋阴; 当归可止痛、活血、行气; 甘草可调和血府逐瘀汤方中诸药^[8]。本研究中, 在中医汤剂内服的基础上, 外用穴位贴敷治疗, 以增强疗效, 治疗后, 观察组患者总有效率高于对照组; 两组间治疗后相比, 观察组患者各项症状评分均低于对照组, 表明穴位贴敷联合血府逐瘀汤药治疗有助于缓解患者症状, 提高临床疗效。

TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平能够反映机体脂类代谢情况。TC 可用于机体合成类固醇激素等; TG 主要参与机体的能量代谢, 产生热能; LDL-C 在胆固醇逆向转运中将外周组织多余沉积的胆固醇带回肝脏, 调节再分布; HDL-C 将内源性脂质转运至外周组织利用, 反映个体的血脂水平。穴位贴敷与中药合用治疗, 可起止痛、通窍、祛瘀、活血之效^[9]。本研究中, 两组间治疗后相比, 观察组患者 TC、TG、LDL-C、SBP、DBP 水平更低, HDL-C 水平较高, 两组间治疗后相比, 观察组四个维度的生活质量评分均更高, 表明穴位贴敷联合血府逐瘀汤有助于调节患者血脂、降低患者血压, 维持血脂、血压状态稳定, 改善高血压患者的生活质量。发生高血压后, 可致血管内皮功能异常, 引发炎症反应, 进一步导致血压升高, 加重血管内

皮功能紊乱, 影响患者的日常生活。基于现代药理分析, 血府逐瘀汤用于治疗高血压, 可扩张外周血管、稀释血液黏度、抑制冠脉硬化, 进而降低血压波动对人体影响, 提升患者的生活质量^[10]。血府逐瘀汤联合穴位敷贴治疗, 可改善机体血氧供应不足状态, 刺激机体分泌血管物质, 进而调控血压, 在中药内服的基础上穴位贴敷治疗, 可内外同治, 标本兼治, 对提升患者的生活质量有一定的帮助。

综上, 穴位贴敷联合血府逐瘀汤治疗高血压, 有助于提高临床疗效, 缓解患者临床症状, 调节患者血脂, 降低患者血压, 提高患者生活质量, 值得在高血压治疗中推广。

参考文献

[1] 项英杰. 中草药敷贴联合川芎泽泻汤治疗高血压疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(36): 4045-4055.

[2] 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中国医师协会高血压专业委员会, 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): 24-56.

[3] 中华中医药学会心血管病分会. 高血压中医诊疗专家共识[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(15): 217-221.

[4] 葛均波, 徐永健, 王辰. 内科学[M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 586-587.

[5] 郭中建. 血府逐瘀汤联合苯磺酸氨氯地平治疗瘀血阻络型老年高血压患者的效果[J]. 中国民康医学, 2023, 35(5): 104-107.

[6] 王冉. 耳穴贴压联合穴位敷贴干预痰瘀互结型高血压患者的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2022, 20(28): 101-103.

[7] 梁帅, 史大卓. 血府逐瘀汤治疗心血管病的药理机制及应用进展[J]. 重庆医学, 2020, 49(S02): 112-114.

[8] 管菊. 半夏白术天麻汤合血府逐瘀汤加减治疗高血压合并高血脂疗效观察[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(13): 2299-2301.

[9] 康法宝, 李飞泽, 龚炳. 血府安神汤联合穴位贴敷治疗高血压病伴睡眠障碍临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(17): 89-92.

[10] 曲宁. 血府逐瘀汤加减治疗瘀血阻络型高血压病患者的疗效及其对血管功能状态的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2(16): 38-40.

表 4 两组患者生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	身体健康		精神健康		生理职能		社会职能	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组	20	62.61±2.47	75.36±2.48*	63.29±2.38	75.46±2.57*	63.41±2.39	75.84±2.84*	63.39±2.44	64.21±3.22*
观察组	20	62.58±2.43	87.63±3.44*	63.31±2.41	88.43±3.39*	63.36±2.41	88.34±3.36*	63.41±2.43	89.36±3.42*
t 值		0.039	12.939	0.026	13.635	0.066	12.707	0.026	23.944
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与用药前比, * $P<0.05$ 。