

· 结合医学 ·

[文章编号] 1007-0893(2024)08-0033-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.08.009

耳穴压豆联合滋水清肝饮治疗肾虚肝郁型高血压的临床效果

王国满 张腾云 姜华清

(河南省中西医结合医院, 河南 郑州 450000)

[摘要] 目的: 分析耳穴压豆联合滋水清肝饮治疗肾虚肝郁型高血压(HBP)的临床效果。方法: 选取河南省中西医结合医院 2020 年 1 月至 2022 年 8 月收治的肾虚肝郁型 HBP 患者 90 例, 以随机数字表法分为对照组(45 例, 常规西药联合滋水清肝饮治疗)及观察组(45 例, 常规西药、滋水清肝饮联合耳穴压豆治疗)。维持用药 1 月, 比较不同组别患者降压效果、临床症状积分、血清炎症因子水平及药物不良反应。结果: 观察组患者降压总有效率为 100.00% (45/45), 高于对照组患者的 86.67% (39/45); 治疗后观察组患者主要症状(头晕、心悸、失眠、眩晕)评分较对照组低, 血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β) 水平较对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者用药治疗过程中, 均未发生明显不良反应。结论: 肾虚肝郁型 HBP 临床治疗中选择耳穴压豆联合滋水清肝饮治疗方案, 可降低机体炎症反应, 进而保证降压效果, 用药安全性高。

[关键词] 高血压; 肾虚肝郁型; 耳穴压豆; 滋水清肝饮

[中图分类号] R 544.1 **[文献标识码]** B

高血压 (high blood pressure, HBP) 为我国发病率较高的慢性非传染性疾病, 统计数据推算认为目前我国 HBP 发病患者约为 2.45 亿, 意味着每 6 名成年人中就有一位 HBP 患者, 由于大部分患者对疾病治疗率低、治疗依从性不佳, 因此血压控制达标率仍明显低于发达国家^[1-2]。HBP 发生前期无特异性表现, 后期进展缓慢, 但是疾病一旦发生难以治愈, HBP 即为独立疾病, 同时也是心脑血管疾病、肾脏疾病和外周血管疾病高危影响因素^[3]。因此确诊 HBP 后, 需要维持用药并保持健康的生活方式, 确保血压稳定维持, 避免靶器官受损从而降低并发症发生风险, 保证个体健康及生活质量^[4]。目前临床针对 HBP 通常会选择西药进行治疗, 且有多种作用机制降压药物, 部分患者血压可得到良好控制, 但是长期用药会增加不良反应发生风险, 并影响人体糖脂代谢^[5]。临床认为选择中西医联合治疗方案, 不但能够提高 HBP 控制有效性, 还能够一定程度降低药物不良反应, 提高患者总体受益。中医并无 HBP 病名, 根据症状表现可将其归为“眩晕”范畴, 并会引发多种并发症如“心衰”“胸痹”等, 中医治疗 HBP, 能够治标同时治本, 提升治疗总体有效性, 且中药无论外治或是内服方法安全性均得到验证^[6]。本研究特将耳穴压豆联合滋水清肝饮引入到肾虚

肝郁型 HBP 临床治疗中, 并对比分析其临床应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取河南省中西医结合医院 2020 年 1 月至 2022 年 8 月收治的肾虚肝郁型 HBP 患者 90 例, 以随机数字表法分为对照组(45 例)及观察组(45 例)。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过 (编号 20191238)。

表 1 两组患者一般资料比较 ($n = 45$)

组别	性别 / 例		疾病分级 / 例		年龄	病程时间
	男性	女性	2 级	3 级	$\bar{x} \pm s$, 岁	$\bar{x} \pm s$, 年
对照组	28	17	32	13	57.09 ± 3.41	10.01 ± 1.25
观察组	29	16	30	15	56.87 ± 3.32	9.83 ± 1.18

1.2 病例标准

1.2.1 纳入标准 (1) 依据相关标准^[7]确诊为高血压; (2) 中医依据相关标准^[8]确认符合肾虚肝郁型; (3) 2 级以上 HBP; (4) 患者具备清醒意识和良好配合能力, 且对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 既往发生 HBP 相关并发症, 如心肌梗死、脑卒中、高血压肾病等; (2) 药物过敏或

[收稿日期] 2024-02-03

[基金项目] 河南省中医药科学研究专项课题 (2022ZY1154)

[作者简介] 王国满, 女, 主治医师, 主要研究方向是高血压及其并发症、脾胃肝胆相关疾病及急危重症医学等。

无法耐受治疗；（3）合并其他严重机体疾病；（4）合并精神疾病或智力障碍。

1.3 方法

两组患者均完善相关检查，慢性病患者需要遵医嘱用药稳定控制血糖、血脂及其他，并注意生活及饮食习惯，尽量稳定控制自身情绪，避免引起血压波动。

1.3.1 对照组 给予常规西药联合滋水清肝饮治疗，依那普利（扬子江药业集团江苏制药股份有限公司，国药准字 H3206567），1 次·d⁻¹，10 mg·次⁻¹；苯磺酸氨氯地平（北京红林制药有限公司，国药准字 H20093746），1 次·d⁻¹，5~10 mg·次⁻¹；滋水清肝饮组方：熟地黄、山药各 30 g，山萸肉、酸枣仁、泽泻、茯苓各 20 g，柴胡、白芍、牡丹皮、合欢皮各 15 g，当归、夜交藤、山栀子、牡丹皮各 10 g。1 剂·d⁻¹，水煎煮取药汁 300 mL，分早晚服用，治疗 1 月。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上增加耳穴压豆治疗，选择耳背降压沟、神门、三焦及肝脾肾对应穴位。探棒确定穴位后，首先进行耳部消毒及脱脂处理，将医用胶布剪成合适大小方块（0.5 cm×0.5 cm），取王不留籽 1 颗放置中间位置后贴置于穴位上，双侧耳部同样方法操作，后期对穴位进行按压（可由医师完成或医师指导患者独立完成），每次每个穴位按压 3~5 min，按压 3~5 次·d⁻¹，按压力度以患者感觉穴位部位有微酸微胀感觉可耐受的轻微疼痛为宜。王不留籽和胶布间隔 2 d 更换 1 次，治疗初始双耳压豆治疗，后期可选择单耳操作（两侧交替更换），治疗 1 月。

1.4 观察指标

（1）降压效果依据文献^[7]评价，分为显效[治疗后舒张压能够良好控制，且较治疗前舒张压降低不低于 10 mmHg（1 mmHg≈0.133 kPa）；收缩压未达标但相较治疗前降低不低于 20 mmHg]、有效（治疗后舒张压控制达标，但和治疗前相比降低未达到 10 mmHg，治疗后收缩压未达标但是较治疗前降低 10~19 mmHg）及无效（未达到有效及以上标准），总有效率=（显效+有效）/总例数×100%。（2）中医证候积分：依据文献^[8]对 HBP 主要症状（头晕、心悸、失眠、眩晕）进行评分，根据症状严重程度从高到低分别评为 6 分、4 分、2 分，分值越低提示症状越轻，治疗前及治疗 1 月后分别进行评分。（3）炎症因子水平：治疗前及治疗 1 月后分别抽取患者空腹静脉血（5 mL），离心处理后取血清测定肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor-α，TNF-α）（酶联免疫吸附法）、白细胞介素-1β（interleukin-1β，IL-1β）（酶联免疫吸附法）。（4）药物相关不良反应：汇总患者用药治疗期间，是否发生胃肠道反应、头晕、皮疹、皮损等情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者降压总有效率比较

观察组患者降压总有效率为 100.00 %（45/45），高于对照组患者的 86.67 %（39/45），差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者降压有效率比较 [n=45, n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	15(33.33)	24(53.33)	6(13.33)	39(86.67)
观察组	20(44.44)	25(55.56)	0(0.00)	45(100.00) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后两组患者中医证候积分均显著降低，且观察组患者主要症状（头晕、心悸、失眠、眩晕）评分较对照组低，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n=45, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	头晕	心悸	失眠	眩晕
对照组	治疗前	4.52±0.76	4.21±0.73	4.16±0.57	4.91±0.90
	治疗后	2.83±0.64 ^b	2.56±0.48 ^b	2.54±0.34 ^b	2.98±0.59 ^b
观察组	治疗前	4.49±0.72	4.18±0.68	4.12±0.53	4.85±0.86
	治疗后	2.50±0.52 ^{bc}	2.23±0.41 ^{bc}	2.01±0.29 ^{bc}	2.61±0.51 ^{bc}

注：与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后两组患者血清 TNF-α、IL-1β 水平均显著降低，且观察组患者血清 TNF-α、IL-1β 水平较对照组低，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 (n=45, $\bar{x} \pm s$, ng·mL⁻¹)

组别	时间	TNF-α	IL-1β
对照组	治疗前	25.82±3.76	29.65±2.32
	治疗后	22.43±2.54 ^d	23.26±2.57 ^d
观察组	治疗前	25.97±3.82	29.71±2.35
	治疗后	18.85±2.28 ^{de}	19.17±2.49 ^{de}

注：TNF-α—肿瘤坏死因子-α；IL-1β—白细胞介素-1β。与同组治疗前比较，^d*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^e*P* < 0.05。

2.4 两组患者药物不良反应比较

两组患者用药治疗过程中，均未发生明显不良反应。

3 讨论

HBP 属于临床常见病，目前尚无根治方案，通常会

选择维持用药联合生活及饮食控制,确保血压的稳定控制^[9-10]。随着临床研究的不断深入,更为全面地了解 HBP 对机体健康的不利影响,认为确保血压控制同时,还需要最大程度降低心血管不良事件发生风险,从而提高 HBP 防治效果^[11]。目前西医治疗 HBP 有多种用药选择,临床可以根据患者具体情况推荐用药方案,但是临床实践结果证实,药物虽然能够帮助血压良好控制,但是无法实现预防或逆转心血管重塑效果。虽然西医临床可以通过检测血压波动、判断 HBP 分级及潜在危险因素综合评定靶器官损伤情况、心脏负担和心血管重塑风险,调整用药方案,能够降低心脏负担或减缓心血管重塑进程,但是用药上限制较多,也无法实现个性化治疗,并不能保证用药安全性及患者获益^[12]。中医认为 HBP 的发生密切相关于先天不足及后天饮食、情志等因素,可以辨证选择合理的汤剂口服或中医外治方法,治标同时治本,能够改善人体内环境及血液循环,对血压控制及预防心血管不良事件具有积极作用^[13]。

从本研究结果上看,观察组患者降压总有效率为 100.00%,高于对照组患者的 86.67%;治疗 1 月后,相比于对照组,观察组患者主要症状(头晕、心悸、失眠、眩晕)较低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示常规使用西药同时使用滋水清肝饮治疗,能够实现益肾补虚、安神疏肝、解郁功效,在其基础上增加耳穴压豆治疗能够进一步提高降压有效性,促进临床症状改善。中医认为耳部与人体经络和脏腑关系密切,既往针对耳部针刺或按压等进行疾病治疗案例不胜枚举,且治疗效果良好。相关研究结果提示,耳穴压豆能够促进内分泌系统和末梢神经功能改善,强化大脑皮层功能,促进血管扩张实现降压目的^[14]。本研究耳穴压豆穴位选择能够标本兼顾,顺达气血调理脏腑效果,进一步强化降压效果。西医研究认为,HBP 发生后机体内炎症反应会导致血管损伤加重,无法确保血压良好控制,甚至增加不良心血管事件发生风险^[15]。本研究结果还提示,治疗后观察组患者血清炎症因子水平较对照组低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示观察组治疗方案抗炎效果理想,能够抑制血管重塑对预后有利。考虑在中药汤剂使用抗炎药物外,耳穴压豆也具有有良好的抗炎效果,协同作用下能够更好地控制机体炎症反应。两组患者治疗过程中,均未发生明显不良反应,提示治疗方案安全性有保障,特别是耳穴压豆通过维持穴位刺激,可实现长期降压目的,且无不良反应,应用价值高。

综上所述,耳穴压豆联合滋水清肝饮治疗肾虚肝郁型 HBP,能够实现良好抗炎和降压效果,治疗安全性高。

[参考文献]

- [1] 赵荫涛,杨莹莹,宋毅,等.比较国产马尼地平和氨氯地平对原发性高血压治疗效果的评价[J].安徽医药,2023,27(4):669-673.
- [2] 刘欢,杨锦龙,张晋,等.体质指数与初诊高血压患者早期心功能变化的关系[J].中国循证心血管医学杂志,2023,15(2):213-217.
- [3] 赵臻,刘姗姗,李净兵,等.探析老年原发性高血压病人衰弱综合征发生率及相关危险因素[J].实用老年医学,2023,37(2):147-150.
- [4] 张彦伟,陈明远,赵俊康.山西省高血压病人降压药物相关基因多态性分布[J].护理研究,2023,37(9):1656-1658.
- [5] 张鹏祥,秦少强,张占帅,等.原发性高血压病人盐敏感风险分层与血压变异性的相关性分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(13):2410-2414.
- [6] 甄晓敏,张腾.中西医结合治疗高血压亚急症的实践与思考[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(19):3643-3646.
- [7] 王增武,王文.中国高血压防治指南(2018年修订版)解读[J].中国心血管病研究,2019,17(3):193-197.
- [8] 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,2002:68-73.
- [9] 张琪,朱顺和,卜军.不同降压药物联合治疗高血压急症合并多器官损害1例报道[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(19):3655-3657.
- [10] 季昭臣,林姗姗,胡海殷,等.口服中成药联合常规西药治疗高血压病临床疗效与安全性的网状 Meta 分析[J].中国中药杂志,2022,47(7):1955-1988.
- [11] 廖小兰,葛佳琪,朱海斌,等.基于 FAERS 数据库的 VEGFR-TKIs 相关高血压不良事件数据挖掘研究[J].药物流行病学杂志,2023,32(11):1201-1208.
- [12] 葛昭,刘春香,王贤良,等.老年单纯收缩期高血压的中西医发病机制及治疗研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(15):2772-2775.
- [13] 汤笑尘,张久亮,李琳,等.高血压病中医病机探析[J].中华中医药杂志,2022,37(8):4619-4621.
- [14] 李运娜,张爱珍,尤阳,等.半夏白术天麻汤加减联合耳穴压籽治疗合并焦虑高血压病疗效观察[J].四川中医,2022,40(7):87-89.
- [15] 傅为武,李旷怡,张英俭,等.高血压炎症反应与血压达标及动脉硬化相关性[J].中医学报,2022,37(6):1185-1191.