

本文引用:王璇,冯进,章琼,郑小慧.虎符铜砭刮痧干预原发性高血压(肝阳上亢型)患者的临床疗效及其对血脂的影响[J].湖南中医药大学学报,2019,39(12):1493-1497.

## 虎符铜砭刮痧干预原发性高血压(肝阳上亢型)患者的临床疗效及其对血脂的影响

王璇<sup>1</sup>,冯进<sup>2\*</sup>,章琼<sup>2\*</sup>,郑小慧<sup>2</sup>

(1.湖南中医药大学,湖南长沙410208;2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007)

**〔摘要〕**目的 观察虎符铜砭刮痧治疗原发性高血压(肝阳上亢型)患者的临床疗效。方法 选取72例原发性高血压(肝阳上亢型)患者随机分为观察组和对照组,各36例。对照组采用苯磺酸左旋氨氯地平治疗,观察组在对照组的基础上给予虎符铜砭刮痧治疗,连续干预4周后,观察两组收缩压(systolic blood pressure, SBP)、舒张压(diastolic blood pressure, DBP)、中医证候积分和血脂水平,比较两组临床疗效。结果 治疗后,两组患者SBP、DBP较治疗前均降低,且观察组SBP、DBP低于对照组( $P<0.05$ );治疗后,两组中医证候积分均较治疗前下降,且观察组中医证候积分显著低于对照组( $P<0.05$ );治疗后,两组血脂水平较治疗前改善,且观察组优于对照组( $P<0.05$ );治疗后,观察组临床总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。结论 虎符铜砭刮痧联合苯磺酸左旋氨氯地平治疗肝阳上亢型原发性高血压具有较好的临床疗效,对血脂有一定调节作用,值得临床进一步研究推广。

**〔关键词〕** 原发性高血压;肝阳上亢型;虎符铜砭刮痧;血压;中医证候积分;血脂

**〔中图分类号〕**R244.4

**〔文献标志码〕**B

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.12.016

### Clinical Efficacy of Hufu Tongbian Scrapping Intervention on Essential Hypertension (Liver Yang Hyperactivity Syndrome) and Effects on Blood Lipid

WANG Xuan<sup>1</sup>, FENG Jin<sup>2\*</sup>, ZHANG Qiong<sup>2\*</sup>, ZHENG Xiaohui<sup>2</sup>

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

**〔Abstract〕 Objective** To observe the clinical effects of Hufu Tongbian scrapping in treating essential hypertension with hyperactivity of liver Yang syndrome. **Methods** Totally 72 patients with essential hypertension due to hyperactivity of liver-Yang were randomly divided into an observation group and a control group, with 36 cases in each group. The control group was treated with Levamlodipine besylate, while the observation group was treated with Hufu Tongbian scrapping on the basis of the control group. After 4 weeks of continuous intervention, systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score and blood lipid level in the 2 groups were observed, and the clinical effects of the 2 groups were compared. **Results** After treatment, SBP and DBP in both groups were decreased than those before treatment, while the SBP and DBP in the observation group were lower than those in control group ( $P<0.05$ ); after treatment, TCM syndrome scores in both groups were decreased than those before treatment, and TCM syndrome scores in the observation group were significantly lower than those in control group ( $P<0.05$ ); after treatment, blood lipid levels in the 2 groups were improved than those before treatment, and the observation group was better than that in control group ( $P<0.05$ ). After treatment, the total clinical effective rate of the observation group was higher than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Hufu Tongbian scrapping combined

**〔收稿日期〕**2019-04-12

**〔基金项目〕**湖南省中医药管理局中医药科研计划项目(2017147);2018年湖南中医药大学研究生科研创新项目(201856)。

**〔作者简介〕**王璇,女,在读硕士研究生,研究方向:中医护理。

**〔通讯作者〕**\*冯进,女,主任护师,硕士研究生导师,E-mail:912609442@qq.com;章琼,女,主管护师,E-mail:2816106110@qq.com。

with Levamlodipine besylate has a good clinical efficacy in the treatment of essential hypertension with hyperactivity of liver-Yang, and has a certain regulating effect on blood lipid, which is worthy of further clinical research and promotion.

[**Keywords**] essential hypertension; liver-Yang hyperactivity syndrome; Hufu Tongbian scrapping; blood pressure; traditional Chinese medicine syndrome score; blood lipid

原发性高血压是以动脉血压持续升高为特征的进行性“心血管综合征”,常会引起心、脑、肾等靶器官损伤,使患者致残率高、致死率高<sup>[1-2]</sup>。现代医学认为原发性高血压的发病机制尚不清楚<sup>[3]</sup>,其中血脂异常导致高血压的机制可能与脂质异常损害血管内皮功能,导致血管反应性异常等因素有关;另外,血液黏稠度增高,血流阻力增加,从而造成高血压<sup>[4]</sup>。目前高血压主要通过药物治疗,但我国约有75%接受降压治疗的患者血压没有达到控制目标<sup>[5]</sup>,同时降压药物不能有效改善高血压的眩晕、头痛、急躁易怒等临床症状。刮痧疗法以其“简、便、廉、效”而成为临床防治高血压的常用手段<sup>[6]</sup>。本文纳入72例1、2级原发性高血压(肝阳上亢型)患者进行研究,观察虎符铜砭刮痧疗法的治疗效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2018年1月至2019年2月于湖南中医药大学第一附属医院心血管内科门诊的72例1、2级原发性高血压患者,采用随机数字表法分为观察组和对照组各36例。观察组男15例,女21例,年龄42~65(53.56±6.34)岁,1级高血压患者24例,2级12例;对照组男20例,女16例,年龄40~68(52.06±6.96)岁,1级高血压患者22例,2级14例。两组患者的性别、年龄等基线资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 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修订委员会制定的《中国高血压防治指南2010》<sup>[7]</sup>,在未使用降压药的情况下,非同日监测3次血压,收缩压(systolic blood pressure, SBP)≥140 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa)和(或)舒张压(diastolic blood pressure, DBP)≥90 mmHg,排除继发性高血压即可诊断为原发性高血压。1级高血压的血压水平为收缩压140~159 mmHg或舒张压90~99 mmHg,2级高血压的血压水平为收缩压160~179 mmHg或舒张压100~109 mmHg。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[8]</sup>所制定的肝阳上亢型。(1)主症:①眩晕;②头痛;③面红目赤;④急躁易怒。(2)次症:①口干口苦;②便秘尿赤;③舌红苔黄;④脉弦数。满足2项主症和次症2项,或主症3项和次症1项便可确诊。

### 1.3 纳入和排除标准

1.3.1 纳入标准 (1)符合上述诊断标准初诊为肝阳上亢型1~2级原发性高血压患者;(2)年龄18~70岁,性别不限;(3)既往未接受过高血压的治疗;(4)意识清楚,能清晰表达自我感受;(5)签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 (1)合并严重心、脑、肺、肝、造血系统等器质性疾病;(2)凝血功能障碍、糖尿病、精神病及使用抗凝药者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)皮肤有溃烂、损伤、炎症以及全身重度浮肿者;(5)正在参加其他临床试验者。

### 1.4 脱落标准

(1)患者因疼痛不愿继续坚持刮痧治疗;(2)遵医能力欠佳者;(3)不明原因的退出、脱落患者。

### 1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 采用常规治疗护理,降压药物采用苯磺酸左旋氨氯地平(施慧达,施慧达药业集团有限公司,国药准字H19991083,规格:2.5 mg/片)2.5 mg/次,每天1次,清晨口服,持续治疗4周。遵照2013版《中国高血压教育指南》<sup>[9]</sup>中的生活方式干预,进行健康教育指导,内容包括:合理膳食,限制钠盐摄入(食盐摄入量≤3 g/d),限制总热量,减少动物油、胆固醇和反式脂肪酸的摄入,适量补充蛋白质、新鲜蔬果和膳食钙,保证营养均衡;控制体重,避免超重或肥胖;适量运动;戒烟限酒;保持心理平衡,减少心理压力。

1.5.2 观察组 在对照组的基础上进行虎符铜砭刮痧治疗。(1)刮痧部位:头部及足厥阴肝经和足少阴肾经,配以治疗高血压的经典要穴。(2)刮痧方法:患者取坐位,操作者用铜砭(上海问痧堂虎符铜砭)先以点按式刮拭百会穴,再以面刮法以百会穴为中点

向四神聪延伸的前、后、左、右 4 个方向刮拭,前刮至前发际,后刮至枕骨粗隆下,左、右各刮至角孙穴;再分三段式刮拭两侧“颞三片”,第一片从角孙穴向下刮至颞弓上,第二片从角孙穴至百会穴连线 1/2 处向下刮至颞弓处,第三片从百会穴向下刮至颞弓处;其次呈弧形刮拭“维风双带”,即以督脉为界,从头维穴向后刮至风池穴;再垂直刮拭“项丛”即枕骨与项部相交处。刮完上述部位后,嘱患者取仰卧位,以泻法运板压力重、速度快的由上至下刮拭足厥阴肝经,重点刮拭曲泉穴、太冲穴、行间穴;以补法运板压力轻、速度慢的由下至上刮拭足少阴肾经,重点刮拭涌泉、大钟、太溪穴。刮痧时先以刮痧油(齐云山茶油)润滑皮肤,铜砭与皮肤成 45°角,按单一方向刮拭,每部位 20~30 次,每次 2~3 cm,至局部出现紫红、紫色瘀点为度(头部除外),对不易出痧者或不出痧者不强求出痧。刮痧时间为 45 min,初次刮痧治疗时间不宜过长。(3)注意事项:若出现患者面色苍白、头晕目眩等晕痧症状应立即停止操作,给予患者红糖水,待患者充分休息后再进行操作;操作完毕后卧床休息 30 min,6 h 内禁冷水浴,注意保暖。(4)疗程:每周刮痧 2 次,每次待 3~4 d 痧退后再进行刮痧治疗,连续干预 4 周。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 血压** 使用固定电子血压计测量干预前和疗程结束后同一时间的血压,嘱患者测量前休息 30 min,取坐位连续测量 2 次右侧肱动脉血压,中间间隔 5 min,取两次血压的平均值。

**1.6.2 中医证候积分及疗效** 于治疗前及治疗 2 周后及疗程结束后参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>评定患者肝阳上亢证候积分,评分项目包括主症和次症,主症为眩晕、头痛、急躁易怒 3 项,次症为面红、目赤、口干、口苦、便秘、溲赤 6 项。主症、次症均按无、轻、中、重分 4 级,分别记 0、2、4、6 分和 0、1、2、3 分,总分 0~36 分,得分越高证候越重。(1)痊愈:临床症状消失或基本消失,证候积分减少  $\geq 90\%$ ;(2)显效:临床症状明显改善,证候积分减少  $\geq 70\%$ 且  $<90\%$ ;(3)有效:临床症状减轻,证候积分减少  $\geq 30\%$ 且  $<70\%$ ;(4)无效:临床症状无明显改善或加重,证候积分减少  $<30\%$ 。

积分变化 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分]  $\times 100\%$

**1.6.3 血脂五项** 于干预前和疗程结束后未服用药物状态下空腹抽取静脉血 5 mL,检测血清总胆固醇(total cholesterol, TC)、甘油三酯(triglyceride, TG)、高密度脂蛋白(high density liprotein cholesterol, HDL-C)、低密度脂蛋白(low density liprotein cholesterol, LDL-C)值。

## 1.7 质量控制

研究开展前,由科室中医护理组长对全员进行相关知识与护理技术操作统一培训和考核,培训合格后方可实施本研究。干预期间,建立虎符铜砭刮痧小组微信群,每周联系观察组患者 2 次,为患者提供预约刮痧、答疑解惑等服务,保证患者依从性。

## 1.8 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据分析,计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,采用 *t* 检验进行比较,非正态分布计量资料采用秩和检验;计数资料用百分比进行描述,采用卡方检验进行比较,均以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗前后血压比较

两组患者治疗前 SBP、DBP 比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性;治疗后,两组患者 SBP、DBP 均较治疗前降低,且观察组 SBP、DBP 明显低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗前后血压比较( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	n	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	158.03 $\pm$ 10.51	132.47 $\pm$ 8.95*	93.83 $\pm$ 5.99	85.39 $\pm$ 5.36*
对照组	36	158.94 $\pm$ 9.42	138.58 $\pm$ 8.43*	92.89 $\pm$ 6.90	88.31 $\pm$ 5.25*
<i>t</i> 值		-0.390	-2.983	0.620	-2.332
<i>P</i> 值		0.698	0.004	0.944	0.023

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$

### 2.2 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者中医主症及次症评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性;治疗 2 周及疗程结束时两组患者中医主症及次症评分均较治疗前降低,疗程结束时两组患者中医主症及次症评分均低于治疗 2 周时,且观察组中医主症及次症评分显著低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表2 两组治疗前后证候评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	治疗前		治疗2周		疗程结束	
		主症	次症	主症	次症	主症	次症
观察组	36	14.28±2.71	11.97±2.34	10.33±2.46*	9.89±2.05*	5.39±2.38*#	5.50±2.35*#
对照组	36	14.39±2.70	11.61±2.56	12.42±2.13*	10.33±2.23*	9.78±3.09*#	7.89±2.47*#
Z值		-0.221	0.525	-3.460	-2.782	-5.423	-3.888
P值		0.825	0.599	0.001	0.005	0.000	0.000

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与治疗2周比较,# $P<0.05$

### 2.3 两组证候积分疗效比较

治疗4周后,观察组证候积分(总分)疗效总有效率为94.4%,明显高于对照组的61.1%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 两组证候疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	36	2(5.55)	6(16.67)	26(72.22)	2(5.55)	94.4
对照组	36	0(0.00)	0(0.00)	22(61.11)	14(38.89)	61.1
$\chi^2$ 值				11.571		
P值				0.001		

### 2.4 两组治疗前后血脂改变

两组患者治疗前血脂差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,两组患者血脂水平均较治疗前改善,且观察组的血脂水平优于对照组( $P<0.05$ )。见表4。

## 3 讨论

高血压是临床最常见的慢性疾病,也是诱发心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等心血管疾病的重要因素。当前我国每年死亡人数中70%的脑卒中和50%的心肌梗死与高血压有关<sup>[5]</sup>,现代研究发现血脂异常即机体TC、TG、HDL-C、LDL-C等人体脂蛋白代谢出现异常,可导致缺血性脑卒中、冠心病的发生<sup>[10]</sup>。高血压患者中50%伴有血脂异常,两者合并存在更大的危害<sup>[11-12]</sup>。目前我国45岁以上人群中近40%被诊断为高血压<sup>[13]</sup>,主要依靠降压药物治疗高血压,但治疗率和控制率分别低于40%和10%,患者因高血

压所出现眩晕、头痛、急躁易怒等症状,现代降压药物也不能有效的改善,对于血脂异常的患者还需要配合服用降脂药,增加患者的心理和经济负担。中医将高血压归属于“眩晕”“头痛”等范畴,郭振球<sup>[14]</sup>教授认为本病主要因情志、饮食、劳倦等因素导致人体脏腑阴阳失调,其病位主要与肝、肾两脏有关,其机制为上实下虚(上实为肝气郁结,肝火、肝风上扰,气血并走于上;下虚为肾阴虚损,水不涵木,肝失滋养,而致肝阳偏盛),中医治疗原则以平肝潜阳、调肝补肾为主。

近年来,刮痧疗法在防治原发性高血压中的应用越来越广泛。相关研究表明,刮痧可以显著改善微循环,降低外周阻力<sup>[15]</sup>,从而使血压降低<sup>[16]</sup>,本研究结果也显示对高血压肝阳上亢型进行虎符铜砭刮痧治疗后,血压水平较治疗前降低,下降程度低于常规治疗护理的对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ );现代研究<sup>[17-18]</sup>还发现刮痧具有降低血黏度、促进新陈代谢、提高免疫力等作用。

本研究依据中医脏腑经络学说,以辨证论治的观点,运用由李道政先生所创的虎符铜砭,进行头部及足厥阴肝经和足少阴肾经为主,配以治疗高血压的经典要穴的刮痧治疗。李氏认为黄铜所制的刮痧板能与人体产生强烈的共振频率,具有引痧的功效,同时铜具有导热快、散热慢的特性,中医学认为,寒则聚,热则散,刮拭的时候铜砭与皮肤摩擦,刮拭部位温度升高,有利于化瘀通络<sup>[19-20]</sup>。头为诸阳之会、

表4 两组患者治疗前后血脂改变( $\bar{x}\pm s$ ,g/L)

组别	n	TC		TG		HDL-C		LDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	5.81±0.59	4.97±0.64*	2.26±0.49	1.73±0.50*	1.41±0.16	1.51±0.12*	3.98±0.59	3.41±0.46*
对照组	36	5.78±0.55	5.26±0.47*	2.25±0.47	1.96±0.45*	1.42±0.13	1.45±0.13	3.90±0.58	3.75±0.54
t值		0.071	-2.136	0.137	-2.103	-0.346	2.229	0.624	-2.890
P值		0.944	0.036	0.891	0.039	0.730	0.029	0.534	0.005

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$

百脉之宗,刮拭头部百会穴、风池穴可刺激、疏通全身经络,发挥近治功效,醒脑开窍、安神定志,亦能平抑肝阳并缓解肝阳上亢证患者的头痛、头晕、失眠等症状。中医认为肝阳上亢型高血压以肾阴亏虚为本,肝阳于上为标,本研究采用泻法刮拭足厥阴肝经,达到疏肝理气、平肝潜阳、定眩降压之效,以“泻肝阳”,以补法刮拭足少阴肾经,达到滋阴潜阳、引火归元、滋补精血之效,以“补肾阴”。通过刮痧治疗泻实补虚,刺激穴位、经络,调节肝肾阴阳平衡,共同激发机体的调节机制,有效降低患者血压,改善病情和缓解临床症状<sup>[21]</sup>,亦可减轻对靶器官的损害,恢复已损害的器官功能,达到“标本同治”的目的。研究表明,使用铜砭刮痧疗法的观察组治疗4周后,其中医证候积分较治疗前有较大改善,且观察组中医证候总有效率显著优于对照组( $P<0.05$ ),提示铜砭刮痧治疗高血压能改善临床症状,提高患者生活质量;同时观察组治疗后的血脂水平较治疗前降低,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),提示刮痧能有效改善血脂水平。

综上,虎符铜砭刮痧治疗1、2级肝阳上亢型原发性高血压能有效降压,对血脂水平有一定的调节作用,临床疗效良好,值得临床应用推广。

## 参考文献

- [1] 易秋,艳张,林潮.原发性高血压流行病学研究进展[J].中华高血压杂志,2010,18(9):823-826.
- [2] 邱华丽,潘晓彦.高血压病防治研究现状[J].世界中西医结合杂志,2014,9(2):210-212.
- [3] 王舒,杨华,石学敏.国外原发性高血压的发病机制及诊治研究新进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(3):342-344.
- [4] 殷玥琪,杨立刚,孙桂菊.高脂血症与高血压相关性及其代谢异常研究进展[J].中国老年学杂志,2014,34(5):1414-1417.
- [5] 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.
- [6] 曹辉,杨德钱,谢超明,等.中医治疗原发性高血压进展[J].实用中医药杂志,2016,32(10):1033-1034.
- [7] 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].中华心血管杂志,2011,39(7):579-615.
- [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,2002:73-77.
- [9] 高血压联盟.中国高血压患者教育指南[J].中华高血压杂志,2013,21(12):1123-1149.
- [10] 王素杰.苯磺酸氨氯地平联合阿托伐他汀钙治疗老年高血压伴血脂异常的疗效探讨[J].中国现代药物应用,2017,11(19):111-112.
- [11] 刘植蕊,姚淑红,尹雪梅,等.高血压病的发生发展与合并症相关性的研究进展[J].中国医药导报,2012,9(7):8-10.
- [12] 张玮琛,桂玉然,龙欢,等.银丹心脑通联合小剂量辛伐他汀治疗高血压合并高脂血症临床观察[J].湖南中医药大学学报,2019,39(7):913-917.
- [13] 陈润润.从《素问》“异法方宜”思想试论原发性高血压的防治[J].湖南中医药大学学报,2017,37(6):40-43.
- [14] 谢雪蛟,王立凤,黄政德,等.郭振球教授高血压病辨治特色[J].湖南中医药大学学报,2009,29(2):46-48.
- [15] 徐青燕,杨金生,杨莉,等.委中穴区刮痧对本经同侧经脉线上皮肤微循环血流灌注量的影响[J].针刺研究,2013,38(1):52-56.
- [16] 刘海华,刘朝,王莹莹,等.刮痧对原发性高血压降压作用的时效规律研究[J].中国针灸,2015,35(7):711-714.
- [17] 沈爱玲,丁优,罗小光.通络刮痧法对肝郁血瘀型乳腺增生大鼠乳房微循环及血管生成的影响[J].中华中医药杂志,2015,30(7):2521-2524.
- [18] 崔向清,蒋燕,杨向竹,等.刮痧疗法对胆红素、SOD、IL-1、IL-6、白细胞、单胺类神经递质的影响初探[J].中医药学报,2013,41(1):33-37.
- [19] 段丹.铜砭刮痧治疗乳腺增生的临床疗效观察[D].武汉:湖北中医药大学,2018:27.
- [20] 刘娜,温凯甜,粟顺美,等.李氏虎符铜砭刮痧治疗慢阻肺的护理体会[J].中医外治杂志,2018,27(6):47-48.
- [21] 郑梦文,赵仓焕.针灸治疗高血压病的研究进展[J].广州中医药大学学报,2019,36(2):69-72.

(本文编辑 匡静之)