

百会透刺前顶改善原发性高血压中医症状的临床研究

吴雪梅¹ 李冰² 白桦¹ 于颖梅¹ 张博¹ 袁玉亮¹ 吴新芳¹

(1 中国中医科学院广安门医院南区,北京,102618; 2 北京市大兴区人民医院,北京,102600)

摘要 目的:探讨百会透刺前顶对原发性高血压中医症状的改善作用。方法:入选原发性高血压1、2级(中低危)患者120例,随机分为对照组和治疗组,对照组给予健康教育生活方式干预;治疗组在此基础上,给予百会透刺前顶穴治疗,1次/d,连续治疗5次,休息2d,疗程4周,随访12周。观察中医症状改善情况。结果:2组中医症状总积分均有下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗组与同期对照组比较差异有统计学意义($P < 0.01$),以治疗组为优。前后症状疗效比较,治疗组总有效率为100%,明显优于对照组的82%,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:百会透刺前顶治疗原发型高血压1、2级能明显改善中医临床症状,提高患者生活质量。

关键词 百会透刺前顶;高血压;中医症状

Clinical Study of Acupuncture the Baihui (DU20) to Qiangding (DU21) in Treating Primary Hypertension Symptoms

Wu Xuemei¹, Li Bing², Bai Hua¹, Yu Yingmei¹, Zhang Bo¹, Yuan Yuliang¹, Wu Xinfang¹

(1 South Area of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 102618, China;

2 People's Hospital of Beijing Daxing District, Beijing 102600, China)

Abstract Objective: To discuss effect of acupuncture Baihui to Qiangding in treating primary hypertension symptoms. **Methods:** One hundred and twenty patients with primary hypertension of 1-2 level (low risk) were randomized into two groups: control group with health education and lifestyle intervention, treatment group with acupuncture Baihui to Qiangding plus health education and lifestyle intervention. Acupuncture treatment is performed one time per day and continues for five times of 4 weeks. In Week 4 and Weeks 12, overall syndrome improvements were observed. **Results:** Overall syndrome rating decreased in both groups after treatment compared with that prior to treatment ($P < 0.01$), of which the treatment group was better than the control group ($P < 0.01$). Compared with before treatment, the total effective rate of treatment group after treatment was 100%, significantly higher than 82%, that of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusion:** Acupuncture Baihui to Qiangding therapy could distinctly improve patients' symptoms and quality of life.

Key Words Acupuncture Baihui to Qiangding; Primary hypertension; TCM Symptoms

中图分类号:R245.3;R259;R544.1 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.12.015

高血压病是最常见的慢性疾病,也是心脑血管疾病最主要的危险因素。高血压患病率目前呈持续增长趋势,并已成为世界重要的公共卫生问题之一^[1]。国内外实践证明,高血压是可以预防和控制的疾病,降低高血压患者的血压水平,可明显减少心、脑事件的发生,改善患者的生存质量,有效降低疾病负担。大量的临床试验表明^[2-5],针刺治疗高血压疗效确切,不良反应少,且简、便、廉、验。而在众多针灸降压的穴位处方中,百会透前顶穴因其取穴简单,容易操作,更容易被患者接受,是针刺治疗自主神经功能失调,调整血压的基础处方。由此,笔者对120例原发性高血压患者进行百会透刺前顶治疗,观察中医症状改善情况,临床取得较好疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断、纳入、排除、脱落标准

1.1.1 诊断标准 依据中国高血压防治指南(2010修订版第3版)^[6]。

1.1.2 纳入标准 符合高血压病诊断标准中高血压病1、2级,中低危者,属于原发性高血压。

1.1.3 排除标准 继发性高血压或原发性高血压合并心、肝、肾、脑、内分泌等其他脏器严重病变者;有精神类疾病及其他不能配合完成成试验者;须服用降压药物控制血压者;严重睡眠障碍者及妊娠或哺乳期妇女;正在服用安眠药(如佳乐定、舒乐安定等)及其他不宜参加药物观察者;正在参加其他药物试验者。

1.1.4 脱落标准 针刺后出现严重晕针等不良事件,

基金项目:北京市中医药科技项目(编号:JJ2012-50)——“从血压昼夜节律和血管活性物质探讨百会透刺前顶对原发性高血压的干预作用”

作者简介:吴雪梅(1966.4—),女,主任医师,现任中国中医科学院广安门医院南区副院长,研究方向:针灸治疗心脑血管疾病,E-mail:wuxue-mei1966@163.com

通信作者:李冰(1969.2—),男,主任医师,研究方向:针灸治疗心脑血管及神经系统疾病,E-mail:libing20140501@163.com

不适宜继续接受本研究方案治疗者;不符合纳入标准而被勿纳入者;因个人原因,拒绝接受试验治疗连续1周以上者;未提供真实资料,影响安全性和有效性评价者。

1.2 一般资料 入选2012年5月至2014年9月中国中医科学院广安门医院南区门诊及病房共120例原发性高血压1、2级,中低危者患者,随机分为2组,剔除部分脱落病例后:治疗组49例,男26例,女23例;平均年龄(49.10±8.75)岁。对照组50例,男26例,女24例;平均年龄(48.08±8.81)岁。2组一般资料经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表1 2组年龄比较(例数, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄
对照组	50	48.08±8.81
治疗组	49	49.10±8.75

注:2组之间差异无统计学意义, $P>0.05$; $P=0.5639$ 。

表2 2组男女比较(例数, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男	女
对照组	50	26例	24例
治疗组	49	26例	23例

注:2组之间差异无统计学意义, $P>0.05$; $P=0.9158$ 。

1.3 治疗方法 对照组:予以健康教育,生活方式干预,包括减少钠盐摄入,增加钾盐摄入;控制体重;戒烟;不过量饮酒;体育运动;减轻精神压力,保持心理平衡。治疗组:与对照组相同生活方式干预的基础上进行如下操作:1)按照《针灸腧穴定位标准》^[7],取百会穴(代号:DU20)。2)应用“华佗牌”一次性无菌性针灸针(规格:0.30 mm×40~50 mm毫针)。3)进针手法:双手夹持进针法,右手持针柄,左手用乙醇棉捏住针身下段,露出针尖,双手配合将针刺入百会穴内。4)针刺方向和深度:沿头皮平刺,由百会穴向前透刺前顶穴(代号:DU21),在百会穴前1.5寸处。针身进入1.5~20寸(30~40 mm)。5)行针方法:采用捻转法行针,右手持针,拇指、食指挟持针柄作前后交替旋转捻动,指力均匀,角度为180~360度。进针得气后捻转法行针1 min,约200转左右/min。留针30 min,在留针第15 min时捻转行针1 min。6)出针方法:30 min结束后,右手持针边捻转边退至皮下,然后快速将针拔出,左手用消毒干棉球按压针孔。7)频次及疗程:1次/d,连续治疗5次,休息2 d,疗程4周。

1.4 观察指标 中医症状积分:分别于针刺治疗前,第4周、第12周评定中医症状分级量化积分。中医症状积分量表见表3。

表3 中医症状积分量表

中医症状	症状分级积分标准
眩晕	0分:无;2分:头晕眼花,时作时止;4分:视物旋转,不能行走;6分:眩晕欲仆,不能站立
头痛	0分:无;2分:轻微头痛,时作时止;4分:头痛可忍,持续不止;6分:头痛难忍,上冲巅顶
急躁易怒	0分:无;2分:心烦燥;4分:心烦急躁,遇事易怒;6分:烦躁易怒,不能自止
腰痛	0分:无;2分:晨起腰酸,捶打可止;4分:持续腰痛,劳作加重;6分:腰酸如折,休息不止
膝软	0分:无;2分:微觉膝软乏力;4分:腰软不任重物;6分:腰软不欲行走
五心烦热	0分:无;2分:晚间手足心热;4分:心烦手足心灼热;6分:烦热不欲衣被
头如裹	0分:无;2分:微觉头沉;4分:头重似蒙布;6分:头重如戴帽而紧
胸闷	0分:无;2分:轻微胸闷;4分:胸闷明显,时见太息;6分:胸闷如窒
呕吐痰涎	0分:无;2分:恶心想吐痰涎清稀;4分:干呕时吐痰涎如唾;6分:呕吐痰涎量多
畏寒肢冷	0分:无;2分:微畏寒;4分:畏寒肢冷明显;6分:畏寒肢冷,欲加衣被
面赤	0分:无;2分:面微红赤;4分:面赤明显;6分:面赤如妆
目赤	0分:无;2分:轻微目赤;4分:目赤明显;6分:目赤如鸠眼
口干	0分:无;2分:口微干;4分:口干少津;6分:口干时饮水
口苦	0分:无;2分:晨起口苦;4分:口苦食不知味;6分:口苦而涩
便秘	0分:无;2分:大便干,每日一行;4分:大便秘结,两日一行;6分:大便艰难,数日一行
溲赤	0分:无;2分:小便稍黄;4分:小便黄而少;6分:小便黄赤不利
心悸	0分:无;2分:偶见轻微心悸;4分:心悸阵作;6分:心悸怔忡
失眠	0分:无;2分:睡眠稍有减少;4分:时见失眠;6分:不能入睡
耳鸣	0分:无;2分:耳鸣轻微;4分:耳鸣重听,时作时止;6分:耳鸣不止,听力减退
健忘	0分:无;2分:偶见忘事,尚可记起;4分:时见忘事,不易想起;6分:转瞬即见遗忘,不能回忆
口淡	0分:无;2分:口中轻微无味;4分:口淡较重;6分:口淡不能欲食
食少	0分:无;2分:饮食稍有减少;4分:饮食减少;6分:饮食明显减少
气短	0分:无;2分:活动后气短;4分:未活动亦气短;6分:气短较重
夜尿频	0分:无;2分:夜尿1次;4分:夜尿2~3次;6分:夜尿3次以上

表 4 2 组治疗 4 周、12 周前后症状积分比较 (例数, $\bar{x} \pm s$)

组别	对照组(50 例)			治疗组(49 例)		
	治疗前	治疗 4 周后	治疗 12 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗 12 周后
积分	18.52 ± 3.54	8.76 ± 5.09**	7.96 ± 5.12	19.39 ± 4.48	5.06 ± 3.29** ^{△△}	3.80 ± 3.54 ^{▲▲}

注:治疗前比较,2 组之间差异无统计学意义, $P > 0.05$, $P = 0.2869$; 治疗 4 周后,2 组前后自身比较差异显著有统计学意义, ** $P < 0.01$, 治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义, ^{△△} $P < 0.01$; 治疗 12 周后, 治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义 (^{▲▲} $P < 0.01$)。

1.5 疗效判定 分别于针刺治疗前,第 4 周、第 12 周评定中医症状分级量化积分。疗效指数(n) = [(治疗前总积分 - 治疗后总积分)/治疗前总积分] × 100%。

症状疗效标准^[8]: 显效: 原有症状完全消失或显著减轻, 疗效指数(积分值降低) ≥ 70%; 有效: 原有症状有所好转或减轻, 70% > 疗效指数(积分值降低) ≥ 30%; 无效: 原有症状无改善, 疗效指数(积分值降低) < 30%。

1.6 统计学方法 所有数据由 SAS 8.2 统计软件进行处理分析。数据均以($\bar{x} \pm s$)表示, 计量资料采用配对 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 中医症状积分比较 治疗前, 治疗组与对照组中医症状总积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。治疗 4 周后, 2 组中医症状总积分均有下降, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 治疗组总积分下降更明显。治疗 12 周后, 治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。对照组与治疗组, 治疗 12 周与治疗 4 周分别自身前后比较, 虽差异均无统计学意义($P > 0.05$), 但治疗组总积分下降幅度更为明显。见表 4。

2.2 前后症状疗效比较 治疗 4 周后, 对照组显效 12 例、有效 29 例、无效 9 例, 总有效率 82.00%; 治疗组显效 29 例、有效 20 例、无效 0 例, 总有效率 100.00%; 治疗 12 周后, 对照组显效 15 例、有效 27 例、无效 8 例, 总有效率 84.00%; 治疗组显效 32 例、有效 17 例、无效 0 例, 总有效率 100.00%; 2 组总有效率比较, 治疗 4 周和治疗 12 周后, 差异均有统计学意义($P < 0.01$), 见表 5。

表 5 治疗前后中医整体症状疗效比较 (例数, %)

组别	对照组(50 例)		治疗组(49 例)	
	治疗 4 周后	治疗 12 周后	治疗 4 周后	治疗 12 周后
显效	12(24%)	15(30%)	29(59.18%)	32(65.30%)
有效	29(58%)	27(54%)	20(40.81%)	17(34.70%)
无效	9(18%)	8(16%)	0(0%)	0(0%)
总有效率	82%	84%	100%**	100%**

注: 治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义, ** $P < 0.01$ 。

3 讨论

高血压病归属于中医的“眩晕”“头痛”等范畴,《素问·至真要大论》^[9]记载:“诸风掉眩,皆属于肝”,认为肝是高血压病的发病基础。后代医家逐渐认识到阴阳、脏腑、经络、气血等多方面的失调是导致本病的主要因素,治疗强调整体观念辨证论治,用药强调多靶点,个体化。本试验所取的“百会”“前顶”为督脉主穴,督脉总督一身之阳,并有调节阳经气血的作用,故称为“阳脉之海”。《针灸大成》^[10]中称“百会主心烦闷,惊悸健忘,忘前失后,心神恍惚”,具开窍醒神之功。因此针刺百会穴能摄纳阳明气血,使气血下降,平亢盛之肝阳,镇逆之邪火,有定眩降压、平肝潜阳之功效。前顶穴在百会穴之前,《针灸甲乙经》^[11]云“风眩目瞑,恶风寒,面赤肿,前顶主之”,具有熄风醒脑、宁神镇静之功。二穴合用,则可通调督脉,共奏宁神定志、醒脑开窍之功。现代研究表明,针刺百会穴可提高 5-羟色胺的活性,对于恢复血管的舒张功能有一定作用^[12]。同时,百会穴还能提高额叶、颞叶等部位的葡萄糖代谢水平,增加血流量^[13]。针刺治疗能降低血中的血管紧张素 II 含量,降低血管紧张性,抑制醛固酮分泌,减轻水钠潴留,已达到持续而稳定的降压效果^[3]。

高血压的治疗是综合性的治疗^[14],生活方式干预有助于提高患者对高血压的认知程度、建立良好饮食作息习惯、改善服药的依从性、高效降低血压、防止各种并发症的出现。因此,健康教育也是高效治疗高血压的重要手段^[15]。本次研究表明,治疗组与对照组对原发性高血压中医临床症状均有改善作用,治疗组较对照组的症状改善更为显著,说明在健康教育生活方式干预基础上给予百会透刺前顶在改善眩晕、头痛、急躁、失眠等中医症状方面具有明显优势,同时随着随访时间的延长,其缓解症状病情稳定,表明百会透刺前顶对 1、2 级高血压所致症状改善作用持久,大大提高了原发性高血压患者生活质量,体现了中医治疗原发性高血压的特色和潜力,值得临床进一步研究和探讨。

(下接第 1625 页)

性;制定剔除和终止标准并落到实处,进行随访;选择有代表意义的观察指标,其中检测时间点也很重要;重视安全性观察。其次,研究过程需要整体控制,正式注册,保证最原始研究方案的公开与透明,研究过程的每个环节,需要有专业的监控者。最后,文献报告质量需要提高。对方法学进行详细描述,如随机序列产生、隐蔽分组、盲法实施的具体过程等,研究涉及的各项标准要明确提及,尽可能详细描述研究对象一般资料,并对基线可比性提供统计学证明,明确提及样本含量的确定依据,对脱落情况做真实报道,并进行意向分析,总体应当做到:“明确提及,详细描述,如实报道”。此外,Meta 分析的结论并非一成不变,本研究只是对现有资料综合分析的结果,尚需更加全面地收集文献(包括未发表文献),并随着新研究资料的不断收集,定期更新结论。

参考文献

- [1] 吴泰相,刘关键. 隐蔽分组(分配隐藏)和盲法的概念、实施与报告[J]. 中国循证医学杂志,2007,7(3):203-207.
- [2] Higgins JPT, Green S(editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2[updated September 2009]. The Cochrane Collaboration,2009. Available from www.cochranehandbook.org.
- [3] 张涛,唐洁,张春和. 参附注射液对单次脊麻手术患者血流动力学的影响[J]. 云南中医学院学报,2010,33(6):18-20.
- [4] 董辉,熊利泽,陈敏,等. 参附注射液对法乐四联症根治术患者心功能保护作用的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2003,10(6):326-329.
- [5] 高元丽,代志刚,郭素香,等. 参附注射液对开胸术全麻苏醒期血流动力学苏醒时间的影响[J]. 辽宁中医杂志,2006,33(11):1383-1384.
- [6] 邢群智,孙丽霞,习红丽. 参附注射液对老年患者全身麻醉苏醒的影

- 响及作用机制[J]. 山东医药,2004,44(15):35-36.
- [7] 黄燕虹,王韶莉,万震威,等. 参附注射液对全身麻醉恢复期患者的催醒作用[J]. 中华麻醉学杂志,2006,26(6):504-506.
- [8] 郑传东,闵苏. 参附注射液对全身麻醉苏醒的影响及作用机制[J]. 中国中西医结合杂志,2003,23(9):651-653.
- [9] 王舜尧,朱海宏. 参附注射液对体外循环下瓣膜置换术患者心肌酶的影响[J]. 中医药学报,2008,36(2):61-62.
- [10] 董辉,熊利泽,陈敏,等. 参附注射液对心脏瓣膜置换术患者心功能的保护作用研究[J]. 中国中西医结合杂志,2004,24(1):32-35.
- [11] 魏闯,蒋燕,牟林,等. 参附注射液对腰硬联合麻醉不良反应的影响[J]. 重庆医学,2010,39(4):415-416.
- [12] 黄燕虹,王韶莉,万震威,等. 参附注射液对全麻后催醒作用的临床观察[J]. 中国医药指南,2006,4(1):18-19.
- [13] 于海芳,李界平,李晓征,等. 参附注射液预注在老年患者麻醉诱导期间的循环稳定作用[J]. 中国临床实用医学,2009,3(8):16-18.
- [14] 黄燕虹,王韶莉. 参附注射液在全麻复苏中应用对通气功能的影响及其机制[J]. 中华外科现代学杂志,2005,2(13):1160-1162.
- [15] 谢滨蓉,卢静,樊红. 参附注射液用于老年患者全麻诱导期对血流动力学的影响[J]. 中国中医急症,2008,17(8):1085-1086.
- [16] 崔晓宁,朱传耘. 参附注射液在全麻诱导期间的循环稳定作用观察[J]. 实用医技杂志,2004,11(6):916.
- [17] 魏湘华,邹江,唐育民,等. 参附注射液在肿瘤病人使用异丙酚麻醉诱导期间的循环稳定作用[J]. 四川肿瘤防治,2002,15(3):147-149.
- [18] 温佐强,方才,曹辉,等. 高龄患者腰-硬联合麻醉前预输转化糖复合参附的临床意义[J]. 安徽医药,2011,15(3):359-360.
- [19] 熊俊成,吴艳琴,陈晓敏. 参附注射液在子痫前期患者剖宫产手术麻醉中的应用[J]. 福建中医药,2009,40(3):12-13.
- [20] 袁军,吴昱,丰新民. 麻醉前静注参附注射液对颅脑手术患者血流动力学的影响[J]. 山东医药,2012,52(2):53-54.

(2014-03-19 收稿 责任编辑:张文婷)

(上接第 1618 页)

参考文献

- [1] 孙戎. 高血压病的社区干预[J]. 继续医学教育,2012,26(5):69-72.
- [2] 王映辉. 火针治疗高血压病的初步临床观察[J]. 针灸临床杂志,1996,11(6):32-34.
- [3] 刘丹,樊爽,沈雁. 针刺治疗高血压病的实验研究[J]. 中医药学刊,2003,21(12):2062-2066.
- [4] 刘建永. 电针曲池太冲对原发性高血压患者血压变异性的干预性研究[D]. 济南:山东中医药大学,2009.
- [5] 霍则军. 百会、足三里的长期电针刺刺激对自发性高血压大鼠血压和心肌肥大的改善作用及其机制[D]. 北京:北京中医药大学,2012.
- [6] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南[S]. 中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.
- [7] 黄龙祥,赵京生,吴中朝,等. 2006 年版国家标准《腧穴名称与定位》

编制说明[J]. 中国针灸,2009,29(11):924-926.

- [8] 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,2000:68-73.
- [9] 王冰. 注释. 黄帝内经[M]. 北京:中国古籍出版社,2003:108.
- [10] 杨继洲. 针灸大成[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:79.
- [11] 皇甫谧. 针灸甲乙经[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:129.
- [12] 金光亮,周东丰,苏晶. 电针对慢性应激抑郁模型大鼠脑单胺类神经递质的影响[J]. 中华精神科杂志,1999,32(4):2-5.
- [13] 黄泳,赖新生,陈静,等. 针刺百会穴前后血管性痴呆患者不同脑区的脑葡萄糖代谢[J]. 中国临床康复,2005,36(9):68-70.
- [14] 储俭兵,苑瑞敏,陈广生,等. 不同降血压药物预防高血压脑出血后早期血肿扩大的研究[J]. 中华神经医学杂志,2013,12(3):278-281.
- [15] 谢玉霞,武刚. 呋达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病患者的疗效观察[J]. 重庆医学,2013,42(6):640-641.

(2014-11-03 收稿 责任编辑:王明)