

基于中医体质辨识治疗社区高血压的临床研究



张振宇¹, 胡润萍^{1,*}, 李瑾¹, 高绍盟¹, 朱玲逸², 陈燊²

¹ 昆明市官渡区妇幼健康服务中心, 云南昆明 650200

² 云南中医药大学第一临床学院, 云南昆明 650500

摘要: 目的: 观察根据中医体质辨识结果以加味钩藤饮化裁治疗高血压的临床疗效。方法: 对辖区高血压慢病管理患者 82 例, 以随机的方式分成对照组 41 例, 治疗组 41 例, 2 组患者均给予生活方式干预指导, 对照组维持原降压药治疗; 治疗组在原降压药基础上, 根据中医体质辨识结果应用中医处方加味钩藤饮化裁治疗, 比较两组的血压治疗及中医症候积分效果。结果: 两组患者经过治疗, 血压均下降, 对照组的血压疗效总有效率为 75.6%, 治疗组的血压疗效总有效率为 92.6%, 治疗组的降压效果优于对照组, 差异有统计学意义 ($p<0.05$)。两组的中医证候疗效比较, 治疗后两组患者的中医证候均较前改善, 且治疗组总有效率为 95.1% 高于对照组的 87.8%, 差异有统计学意义 ($p<0.05$)。结论: 在继服降压药基础上, 结合中医体质辨识指导选用中医处方治疗, 可以平稳控制其血压, 改善临床症状、提高生活质量, 简化中医辨证难度, 相对统一标准, 便于基层医务人员掌握并使用, 为探索出适合社区高血压的中西医结合防治新模式提供参考。

关键词: 社区高血压; 中医体质辨识; 防治模式; 临床研究

DOI: [10.57237/j.cmrd.2023.03.002](https://doi.org/10.57237/j.cmrd.2023.03.002)

Clinical Research on the Treatment of Hypertension in the Community Based on TCM Physique Identification

Zhang Zhenyu¹, Hu Runping^{1,*}, Li Jin¹, Gao Shaomeng¹, Zhu Lingyi², Chen Shen²

¹ Maternal and Child Health Service Center of Guandu District, Kunming 650200, China

² The First Clinical College, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650500, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of flavored hook vine drinking in the treatment of hypertension according to the results of traditional Chinese medicine physique identification. Methods: Eighty-two patients with hypertension and chronic disease management in the jurisdiction were randomly divided into 41 cases in the control group and 41 cases in the treatment group, and lifestyle intervention guidance was given to the patients in both groups, and the control group maintained the original antihypertensive drug treatment. On the basis of the original

基金项目: 云南省万人计划名医专项人才项目 (2019-35); 云南省基层名中医工作站建设项目 (2021-01);
昆明市卫生科研课题立项项目 (2022-14-01-023).

*通信作者: 胡润萍, 1437432272@qq.com

收稿日期: 2023-06-19; 接受日期: 2023-08-14; 在线出版日期: 2023-08-29

<http://www.chmedrd.com>

antihypertensive drugs, the treatment group was treated with Chinese blood pressure treatment and TCM symptoms based on the results of TCM physique identification, and compared the blood pressure treatment and TCM symptom score effects of the two groups. Result: After treatment, both groups of patients showed a decrease in blood pressure. The total effective rate of blood pressure in the control group was 75.6%, while the total effective rate of blood pressure in the treatment group was 92.6%. The antihypertensive effect of the treatment group was better than that of the control group, with a statistically significant difference ($p<0.05$). The comparison of traditional Chinese medicine syndrome efficacy between the two groups showed that the traditional Chinese medicine syndrome of both groups of patients improved after treatment, and the total effective rate of the treatment group was 95.1% higher than that of the control group (87.8%), with a statistically significant difference ($p<0.05$). Conclusion: On the basis of taking antihypertensive drugs, combined with the guidance of traditional Chinese medicine constitution identification, selecting traditional Chinese medicine prescriptions for treatment can steadily control blood pressure, improve clinical symptoms, improve quality of life, simplify the difficulty of traditional Chinese medicine syndrome differentiation, relatively unify standards, and facilitate grassroots medical personnel to master and use. This provides reference for exploring a new model of integrated traditional Chinese and Western medicine prevention and treatment suitable for community hypertension.

Keywords: Community Hypertension; TCM Physique Identification; Prevention and Treatment Model; Clinical Research

1 引言

高血压是社区中最常见的心血管疾病,已成为中国人群致死致残的主因。中国高血压患病率呈逐年上升趋势。调查显示,中国已知的高血压人口约2.7亿,患病率高于25%,高血压人群中,控制率仅为15.3%[1]。随着人口老龄化、环境变化以及医疗水平提高,高血压检出率、知晓率会进一步增加,患者基数会呈持续增多趋势。循证医学证据表明,到2030年患病人数将增加2700万[2]。相关研究显示[3],降压治疗可降低心力衰竭风险超过50%,脑卒中风险35%-40%,降低心肌梗死风险20%-25%,因此控制血压是降低心脑血管疾病危害最有效的手段之一。

中国在高血压的防治上开展了大量的研究,大部分高血压患者散布在基层社区,目前,中西医结合防治社区高血压是各地基层医疗服务机构正在努力开展的工作之一,但很多基层医疗机构缺乏高水平的中医医师,中医辨治高血压的证型、方药无统一标准,不利于基层医务人员掌握、应用、推广,而中医体质辨识通过评分表判断个体的特质,标准相对统一,具有可操作性

和可重复性,故结合体质辨识开展个体化的中西医疗控并管理社区高血压慢病,具有实际应用意义。

为此,我们以经验方加味钩藤饮为基础方,按照中医体质辨识结果综合干预高血压,与单用降压药组对比观察,报告如下。

2 资料与方法

2.1 一般资料

本研究项目所选的82例病例的患者,均源于昆明市官渡区金马街道社区服务中心的门诊及慢病管理居民。其中,女性51例,男性31例;最小年龄34岁,最大年龄75岁,按照随机数字表的分组方式,选入的患者分成对照组41例,治疗组41例,两组的一般资料之间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

经 χ^2 检验,两组患者性别构成无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

表1 两组患者性别构成

组别	例数	性别		χ^2	P
		男	女		
治疗组	41	14	27		
对照组	41	17	24	0.467	0.494

两组间年龄比较采用秩和检验, P 均 >0.05 , 差异无统计学意义, 具有可比性。(见表 2)

表 2 两组患者年龄构成

组别	Z		P	
	对照组 (n=41)	治疗组 (n=41)		
年龄	55.51±8.90	52.49±9.40	-1.407	0.16

X^2 检验, 两组患者血压分级构成比无统计学差异 ($P>0.05$), 具有可比性。(见表 3)

表 3 两组患者血压分级构成

分组	人数	I 级	II 级	χ^2	p
治疗组	41	16	25	1.766	0.184
对照组	41	22	19		

Fisher 精确检验, 两组患者的体质构成比无统计学差异 ($P>0.05$), 具有可比性。(见表 4)

表 4 两组患者体质构成

分组	血瘀质	痰湿质	阴虚质	湿热质	气虚质	平和质	气郁质	阳虚质	特禀质	χ^2	p
治疗组	5	13	12	3	1	5	2	0	0	1.994	0.958
对照组	6	16	10	4	1	3	1	0	0		

2.2 诊断及纳入标准

2.2.1 高血压病诊断标准

依据 2019 年《高血压基层诊疗指南》[4]中制定的原发性高血压病诊断标准: 同时满足以下条件, 可诊断为高血压。①未服用降压药物, ②非同日 3 次测量诊室血压, ③且测量的血压收缩压 $\geq140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq90\text{mmHg}$, 收缩压 $\geq140\text{mmHg}$ 和舒张压 $<90\text{mmHg}$ 为单纯性收缩期高血压。

2.2.2 中医诊断标准

参照 2002 年国家药品监督管理局《中药新药临床研究指导原则(试行)》[5]、《高血压中医诊疗专家共识》[6]、《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》[7]相关内容, 并结合多年临床经验, 定出高血压主症及 9 种体质辨识所得次症为参考标准: 主症: 眩晕; 和(或)头昏痛; 次症: 9 种体质辨识。

阳虚质: 畏寒怕冷、手足不温; 阴虚质: 口燥咽干、手足心热; 气虚质: 疲乏、气短、自汗; 痰湿质: 形体肥胖、腹部肥满、口粘苔腻; 湿热质: 面垢油光、口苦、苔黄腻; 血瘀质: 肤色晦暗、舌质紫黯; 气郁质: 精神抑郁、忧虑脆弱; 特禀质: 生理缺陷、过敏反应。

2.2.3 纳入标准

(1)符合 2019 年《高血压基层诊疗指南》中 1、2 级高血压的西医诊断标准; (2)患者年龄在 18-75 岁, 性别不限; (3)合并其他慢性病者(如糖尿病、冠心病等), 病情控制并维持稳定; (4)志愿受试, 能积极配合, 并签署知情同意书; 凡同时符合以上 4 条标准者, 即可纳入研究对象, 作为入选病例。

2.3 方法

对照组继续口服进组前服用的降压药, 连续服用 8 周。

治疗组在对照组的基础上给予患者中药方剂加味钩藤饮经验方, 并根据 9 种体质辨识结果化裁用药。加味钩藤饮方组方如下: 钩藤(后下) 15g、决明子 10g、黄芩 12g、菊花 10g、罗布麻叶 15g、杜仲 15g、怀牛膝 15g、益母草 10g、丹参 15g、木 10g 砂仁(后下) 5 g、太子参 15g、白术 10g、茯苓 15g、熟地黄 20g、桑白皮 12g、天花粉 15g、瞿麦 10g、焦山楂 10g、牡蛎 15g、甘草 5g。

在加味钩藤饮基础上, 9 种体质辨识及加减用药如下: (1)平和质: 阴阳气血调和, 以体态适中、面色红润、精力充沛等为主要特征(加味钩藤饮本方); (2)阳虚质: 阳气不足, 以畏寒怕冷、手足不温等虚寒表现为特征(加味钩藤饮方加巴戟天 10g、桂枝 10g); (3)阴虚质: 阴液亏少, 以口燥咽干、手足心热等虚热表现为特征(加味钩藤饮方加生地 20g、玄参 15g);

(4)气虚质: 元气不足, 以疲乏、气短、自汗等气虚表现为主要特征(加味钩藤饮方加黄芪 40g);(5)痰湿质: 痰湿凝聚, 以形体肥胖、腹部肥满、口粘苔腻等痰湿表现为主要特征(加味钩藤饮方加半夏 10g);(6)湿热质: 湿热内蕴, 以面垢油光、口苦、苔黄腻等湿热表现为主要特征(加味钩藤饮方加车前草 15g);(7)血瘀质: 血行不畅, 以肤色晦暗、舌质紫黯等血瘀表现为主要特征(加味钩藤饮方加川芎 10g、当归 10g);(8)气郁质: 气机郁滞, 以精神抑郁、忧虑脆弱等气郁表现为主要特征(加味钩藤饮方加柴胡 10g);(9)特禀质: 先天失常, 以生理缺陷、过敏反应等为主要特征(加味钩藤饮方加制首乌 10g、白芍 10g);

煎药、服药方法: 上方温水泡 30 分钟, 水开后煎 15 分钟, 煎两次。将两次药液混合后分两次服用, 每次服药 200 毫升, 早晚餐前服用。每天 1 剂, 连用 12 周。临床观察过程中, 根据其他需要治疗的疾病, 在不影响本次研究疗效观察的前提下, 给予相应处理。同时详细记录疾病诊断, 使用药物名称、药物剂量、疗程起止时间。

生活方式干预: 使用受试者均应避免劳累, 调畅情志。开展健康教育知识宣教, 对患者饮食、运动等生活方式进行指导干预, 如戒烟限酒、低钠低脂低糖饮食、控制体重、适当运动等, 并在实验前控制好基础疾病, 治疗其他疾病, 尽量避免使用其他影响本实验结果的药物。

2.4 方剂来源及分析

加味钩藤饮是云南省万人计划名医张振宇主任在继承名老中医赵淳教授学术思想基础上, 结合长期临床实践提炼出的经验方, 具有平肝降压, 祛痰化瘀等功效的中医药方剂, 用于治疗社区高血压病, 对于改善患者的临床症状、稳定血压值及保护靶器官方面都取得了一定疗效。

此方是在天麻钩藤饮及丹参饮的基础上化裁而来。天麻钩藤饮及丹参饮分别出自《杂病证治新义》和《时方歌括》, 合方联用起到互补、协同、加强疗效作用。本方以通补为原则, 重用补肝肾之药, 兼化痰浊、活血化瘀。方中钩藤有平肝熄风之效, 为君药; 决明子

清肝明目, 罗布麻叶平肝兼清热利水, 黄芩、菊花清热泻火, 使肝经之热不至于偏亢; 熟地黄养阴, 滋水涵木而平肝; 怀牛膝引血下行, 配合杜仲补益肝肾; 益母草、瞿麦活血利水通经; 丹参、木香、砂仁活血行气祛瘀; 太子参补益脾气, 白术补气健脾、燥湿利尿, 茯苓补益脾气、利水渗湿, 三者合用为治生痰之源; 配以桑白皮利水渗湿; 同为臣药, 加强疗效。佐以焦山楂健胃消食、化浊降脂; 牡蛎质重沉降、善镇冲逆, 以引气血下行; 天花粉清热生津以助肝气降。配以甘草调和诸药为使药, 全方具有平肝熄风、活血降压、补益肝肾及祛痰化瘀, 行气止痛的功效。在临床实际中, 再根据中医体质辨识结果, 针对性加用对证药物以增强临床疗效。

方中钩藤通过调节人体交感神经系统和肾素-血管紧张素-醛固酮系统发挥降低血压的作用[8]。罗布麻叶通过其有效成分槲皮素起到降压作用, 可增强毛细血管抵抗力, 减少其脆性[9]。杜仲可通多途径降低血压, 且其有效成分对动脉平滑肌细胞血管紧张素转换酶活性及血管紧张素生成有持久的抑制作用[10]。牛膝有调节血液粘稠度、改善微循环的作用[11]。研究表明天麻钩藤饮能有效降压[12]。丹参饮可影响脂质的吸收、合成及代谢过程, 有降脂的作用[13]。加味钩藤饮是以天麻钩藤饮和丹参饮为基础化裁组方而成, 有滋补肝肾, 祛痰化瘀之功, 在虚的基础上考虑到久病入络而兼顾之。因此加味钩藤饮能有效的降低血压。

3 结果

3.1 两组患者的血压比较

两组间治疗前收缩压比较采用独立样本 *t* 检验, 舒张压比较采用秩和检验, *P* 均 >0.05 , 差异无统计学意义, 具有可比性。(见表)

3.1.1 两组治疗前血压比较

两组患者治疗前收缩压采用独立样本 *t* 检验, 舒张压采用秩和检验, *P* 均 >0.05 , 差异无统计学意义, 具有可比性。(见表 5-6)

表 5 两组患者治疗前收缩压比较

治疗前血压	组别		<i>t</i>	<i>P</i>
	对照组	治疗组		
收缩压	154.22 \pm 8.80	156.63 \pm 12.21	1.027	0.308

表 6 两组患者治疗前舒张压比较

治疗前血压	组别		Z	P
	对照组	治疗组		
舒张压	97.07±8.80	96.66±4.09	-0.620	0.535

3.1.2 两组治疗后血压比较

两组患者治疗后血压组间比较, 采用秩和检验, $P<0.05$, 差异有统计学意义, 治疗组降压疗效优于对照组。(见表 7)

表 7 治疗后血压组间比较

治疗后血压	组别		Z	P
	对照组	治疗组		
收缩压	140.17±7.95	135.80±6.57	-2.593	0.010
舒张压	86.85±5.01	84.02±5.25	-2.145	0.032

两组患者治疗后血压组内比较, 采用秩和检验, $P<0.05$, 差异有统计学意义, 两组血压治疗后均降低, 且治疗组优于对照组。(见表 8)

表 8 治疗后血压组内比较

血压	分组	治疗前	治疗后	组内对比	
				Z	P
收缩压	对照组	154.22±8.80	140.17±7.95	-5.55	0
	治疗组	156.63±2.21	135.80±6.57	-5.58	0
舒张压	对照组	97.07±8.80	86.85±5.01	-5.513	0
	治疗组	96.66±4.09	84.02±5.25	-5.585	0

3.2 两组血压疗效比较

治疗后两组患者血压疗效经秩和检验, $P<0.05$, 差异有统计学意义, 治疗组降压疗效优于对照组。(见表 9)

表 9 治疗后两组血压疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效率	Z	P
对照组 (n=41)	15 (36.5%)	16 (39%)	10 (24.3%)	31 (75.6%)	-2.013	0.044
治疗组 (n=41)	22 (53.6%)	16 (39%)	3 (7.3%)	38 (92.6%)		

3.3 两组中医证候疗效比较

治疗后两组患者中医证候疗效经秩和检验, $P<0.05$, 差异有统计学意义, 治疗组中医证候疗效优于对照组。(见表 10)

表 10 治疗后两组中医证候疗效

组别	显效	有效	无效	总有效率	Z	P
对照组	5 (12.1%)	31 (75.6%)	5 (12.1%)	36 (87.8%)	-2.272	0.023
治疗组	13 (31.7%)	26 (63.4%)	2 (4.8%)	39 (95.1%)		

3.4 典型案例

患者, 女, 36岁。因“发现血压升高伴头昏痛10月。”于2022年4月1日就诊。患者10月前接种疫苗时测量

血压时发现血压偏高, 测量血压为160/90mmHg, 患者时有头昏痛、耳鸣, 未予重视, 未行规范化治疗, 后头昏痛、耳鸣症状反复发作, 为求中医治疗, 遂来门诊就诊。就诊当天刻下症: 头昏痛伴耳鸣, 自觉疲乏无力、健忘, 时有手足麻木, 纳可, 眠差, 二便调, 舌淡边尖

红苔薄黄, 脉细弱。查体: P 75 次/分; R 19 次/分; BP 168/95mmHg, 患者既往有“血压偏高”病史。中医诊断为: 1. 头痛, 体质辨识为气虚质。方用加味钩藤饮加黄芪: 钩藤(后下)15g、决明子10g、黄芩12g、菊花10g、罗布麻叶15g、杜仲15g、怀牛膝15g、益母草10g、丹参15g、木10g 砂仁(后下)5g、太子参15g、白术10g、茯苓15g、熟地黄20g、桑白皮12g、天花粉15g、瞿麦10g、焦山楂10g、牡蛎15g、甘草5g, 黄芪30g。3剂, 水煎服, 每日1剂, 分3次服。另口服西药厄贝沙坦片0.15g po qd治疗。二诊时, 上症减, BP: 154/94mmHg 舌边尖红有齿痕苔微黄, 脉弱。守上方加黄芪至40g, 继续口服西药厄贝沙坦片0.15g po qd治疗。三诊时, 患者头昏痛已不明显, 耳鸣稍减, 纳眠可, BP 146/98mmHg, 守上方调整茯苓为20g, 继续口服西药厄贝沙坦片0.15g po qd治疗。后在该方基础上根据患者症状调整用药, 连服8周后复诊, 患者仍偶有耳鸣, 余已无特殊不适, 诊室查体P 71 次/分; R 20 次/分; BP 135/76mmHg。

4 讨论

本研究由于样本量有限, 未收集到阳虚质、特禀质患者入组。结果: 治疗后两组的血压均较前降低, 且治疗组的降压疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的中医症候总积分为95.1%, 高于对照组的中医症候总积分87.8%, 差异有统计学意义($P<0.05$)。由此可以得出, 使用降压西药治疗的基础上, 结合对患者进行中医体质辨识指导选用中医处方治疗, 这种中西医一体化防治模式在社区高血压慢病管理中的疗效突出, 可以平稳控制其血压, 改善临床症状、提高生活质量, 可以为探索出适合社区高血压的中西医结合防治新模式提供参考。

5 结论

本研究表明, 根据中医体质辨识结果应用加味钩藤饮治疗社区高血压, 能有效控制患者的血压, 改善临床症状, 从而提高其生活质量。

高血压的患病率在逐年上升, 据研究, 中国被诊断出来的高血压患病率远比实际患病率要低的多[14]。虽然患者服药率从16.3%上升到了43.1%, 但是血压控制稳定的患者只有17.5%[15]。高血压的防治是基层社区卫生服务机构慢病管理的重要工作之一, 在中国65岁以上老年人的免费健康体检中, 包含有中医体质辨

识内容, 很多患者及社区医师有意愿采取中医药干预慢性病, 但目前的慢病管理模式以西医西药为主, 随着患病时间增长, 患者需要逐渐增加降压药物的数量和种类, 不断增加个人和医保的支付费用, 中医药对此虽有特色和优势, 可是基层社区医师要准确中医辨证论治有难度。中西医一体化管理社区高血压患者, 通过体质辨识指导应用中医处方, 简化中医辨证难度, 使之成为基层社区医师能轻松掌握并应用的中医药适宜技术; 减轻高血压患者的靶器官损害、减少降压西药的种类和数量, 从而降低个人及医保基金费用; 改善症状, 提高患者的生活质量, 降低了心脑血管并发症和终点事件的发生率, 为探索出适合社区的高血压防治新模式提供参考。

参考文献

- [1] 王增武, 杨瑛, 王文, 等. 中国高血压流行新特征-中国高血压调查的亮点和启示 [J]. 中国循环杂志, 2018, 33 (10): 937-939.
- [2] Heidenreich P, Trodron J, Khavjou O, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circulation. 2011; 123: 933-44.
- [3] 魏新伟. 不同降压药物联合治疗对老年高血压合并慢性心衰患者血压变异性及心衰疗效的影响 [J]. 中国医学工程, 2021, (05): 49-54.
- [4] 胡大一. 高血压基层诊疗指南(2019年) [J]. 中华全科医师杂志, 2019 (04): 301-313.
- [5] 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 68-73.
- [6] 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.
- [7] 原国家卫生计生委. 国家基本公共卫生服务规范(第三版) [Z]. 2017-2-28.
- [8] 田昕彤; 周巍; 杨继; 马腾; 赵英强. 钩藤及其配伍制剂治疗高血压的研究进展 [J]. 中草药, 2023, 54 (13): 4395-4403.
- [9] 索建兰; 丘建荣. 抗高血压中药的研究进展 [J]. 中国民族民间医药, 2010, 19 (02): 21-27.
- [10] 康鑫; 金华. 杜仲的药理学研究进展及前景展望 [J]. 内蒙古中医药, 2015 (12): 99-100.
- [11] 王立; 薛冰; 梁爽等. 川牛膝药理作用的研究进展 [D]. 2017.

- [12] 杨军林. 天麻钩藤饮治疗高血压眩晕的临床效果 [J]. 内蒙古中医药, 2022 (06): 18-19.
- [13] 张玉昆; 冯月男; 卞敬琦等. 丹参饮对高脂血症模型大鼠降脂机制的研究 [J]. 上海中医药杂志, 2021, 55 (11): 80-84.
- [14] 吕燕宇, 张兵, 王惠君, 等. 1991—2015 年中国 9 省成年农民高血压患病率, 知晓率和治疗率的变化趋势及人口经济学差异 [J]. 中华流行病学杂志. 2020. 41 (4): 498-503.
- [15] 祁素芬. 中国成人高血压亚型的患病率变化趋势及发病率的研究 [C]. 河北医科大学, 2016.

作者简介

张振宇

1970 年生, 主任医师, 研究方向为中医、中西医结合全科、内科学, 心脑血管疾病临床研究.

E-mail: zzyaok@163.com

胡润萍

1996 年生, 硕士研究生. 研究方向为中医全科医学临床应用研究.

E-mail: 1437432272@qq.com