

# 中医养生调护对原发性高血压控制的影响

宋桂敏, 崔鸿峥, 薛凌, 李飞

辽宁医学院附属第三医院, 辽宁 锦州 121000

**[摘要]** 目的: 观察中医养生调护对原发性高血压控制情况的影响。方法: 将 198 例根据不同的干预方式分为对照组 74 例和中医养生组 124 例。2 组均给予常规降压药物治疗。对照组根据指南进行非药物疗法干预。中医养生组则采用饮食养生指导等多种养生手段进行干预。对 2 组患者进行为期 6 月的随访。记录治疗后血压达标率, 进行治疗前后血压水平测量; 记录不良心血管事件发生的情况。结果: 治疗后中医养生组收缩压 (SBP) 和舒张压 (DBP) 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 中医养生组血压达标率 82.26%, 高于对照组 68.92%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 中医养生组心血管不良事件发生率为 12.10%, 低于对照组 23.0%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 中医养生组平均随访时间长于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 中医养生更有助于血压的达标, 减少心血管不良事件发生率, 是有效的非药物疗法。

**[关键词]** 原发性高血压; 中医养生; 非药物疗法; 收缩压; 舒张压

**[中图分类号]** R544.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0279-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.127

高血压是最常见的慢性病, 是我国心脑血管病死亡的主要原因, 控制高血压是心脑血管病预防的切入点和关键措施。因此, 治疗目的就是使血压达标 ( $< 140/90$  mmHg), 以降低心脑血管病发病及死亡的总危险。其治疗包括药物和非药物治疗 (生活方式干预), 后者包括限盐、限酒、减轻体重、规律运动、心理平衡、合理膳食等措施, 是高血压治疗的基石, 是高血压长期治疗不可缺少的手段<sup>[1-2]</sup>。中医养生是一种有意识地通过中医理论指导各种手段或方法养护人体生命的主动行为, 包括精神和物质的调护行为, 包括精神情志、起居宜忌、药膳食疗、针灸按摩、运动气功等诸多方面<sup>[3]</sup>, 对高血压控制起到了积极的作用。笔者分析了本科室实施养生护理对原发性高血压控制的影响。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中国高血压防治指南 2010》<sup>[4]</sup>诊断标准: 不同日 3 次测得收缩压 (SBP)  $140 \sim 159$  mmHg 和 (或) 舒张压 (DBP)  $90 \sim 99$  mmHg。

1.2 纳入标准 ①均符合原发性高血压病的诊断标准; ②年龄  $40 \sim 70$  岁。

1.3 排除标准 ①各种继发性高血压; ②恶性肿瘤患者或精神异常患者; ③恶性高血压; ④合并有严重心、肝、肾疾患、心力衰竭、脑血管意外等患者。

1.4 一般资料 观察病例为 2012 年 2 月—2014 年 6 月辽宁

医学院附属第三医院心内科诊治的高血压患者, 共 198 例。根据是否坚持采用了 1 项以上中医养生调护措施形成自然对照, 包括对照组 74 例 (未采用) 和中医养生组 124 例 (采用)。对照组男 46 例, 女 28 例; 年龄  $43 \sim 69$  岁, 平均 ( $50.4 \pm 12.9$ ) 岁; 病程 3 月  $\sim 5.5$  年, 平均 ( $2.8 \pm 2.0$ ) 年; 高血压 级 26 例, 级 30 例, 级 18 例。中医养生组男 69 例, 女 55 例; 年龄  $45 \sim 70$  岁, 平均 ( $51.1 \pm 13.2$ ) 岁; 病程 5 月  $\sim 6$  年, 平均 ( $2.6 \pm 1.8$ ) 年; 高血压 级 39 例, 级 55 例, 级 30 例。2 组年龄、性别、病程和高血压分级等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

2 组均采用钙拮抗剂、血管紧张素受体阻断剂、血管紧张素转换酶抑制剂、利尿剂和  $\beta$  受体阻滞剂等药物控制血压。

2.1 对照组 参照《中国高血压防治指南 2010》<sup>[4]</sup>进行非药物干预措施: 包括指导患者减轻体重; 戒烟限酒; 限盐; 低脂、高纤维饮食; 增加体力活动; 注意心理调节, 减轻精神压力等。

2.2 中医养生组 ①饮食养生指导: 清淡少盐食物, 少食肥甘油腻; 戒烟限酒; 少食辛辣, 少饮浓茶; 饮食要有节制, 控制主食量; 根据体质或证候进行合理膳食指导。②运动养生指导: 指导患者练习太极拳、八段锦、五禽戏等, 或慢跑、快走运动, 每天坚持  $30 \text{ min} \sim 1 \text{ h}$ 。③精神调摄: 做到静神、静

**[收稿日期]** 2015-04-20

**[作者简介]** 宋桂敏 (1974-), 女, 主管护师, 主要从事心血管疾病护理的临床工作。

心,神气内持,静而不躁;御神,即通过自我锻炼、自我控制、自我调节,达到消除焦虑、紧张、惊恐等不良情绪;治神即对容易出现情绪波动的人采用中药或食疗以调畅气机,养心安神<sup>[4]</sup>。④起居适宜;居室静雅,规律生活,睡眠有度;恪守时间忌讳、行为忌讳<sup>[5]</sup>。⑤针灸、按摩:针灸和按摩可选择百会、曲池、足三里、风池、合谷、内关、涌泉等穴位。⑥浴足:可采用磁石、菊花、石决明、夏枯草、杜仲、川牛膝、黄芩、山栀子等药物进行浴足治疗。以上任意2种以上养生方法能坚持3月以上者进入疗效统计。

疗程:2组患者均进行6月的门诊随访观察。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①血压达标率:SBP<140 mmHg 和(或)DBP<90 mmHg,老年人SBP<150 mmHg 为血压达标;②偶测血压水平:治疗前后各测3次,取平均值计算;③随访期间心血管事件发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0 统计分析软件,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,比较采用 $t$ 检验,计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 治疗结果

4.1 2组治疗前后SBP和DBP控制情况比较 见表1。治疗后2组SBP和DBP均较治疗前下降,差异均有统计学意义( $P<0.01$ );治疗后中医养生组SBP和DBP水平低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组治疗前后SBP和DBP控制情况比较 $(\bar{x} \pm s)$  mmHg

组别	n	时间	SBP	DBP
对照组	74	治疗前	159.4±11.6	98.7±8.2
		治疗后	143.1±9.8 <sup>①</sup>	91.8±6.5 <sup>①</sup>
中医养生组	124	治疗前	160.2±10.5	99.4±8.6
		治疗后	138.2±8.7 <sup>②②</sup>	88.3±5.8 <sup>②②</sup>

与同期治疗前比较,① $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.2 2组血压达标情况和心血管不良事件情况比较 见表2。中医养生组血压达标率82.26%,高于对照组68.92%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );中医养生组心血管不良事件率12.10%,低于对照组23.0%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );中医养生组平均随访时间长于对照组( $P<0.05$ )。

表2 2组血压达标情况和心血管不良事件情况比较

组别	n	血压达标[例(%)]	平均随访时间 $(\bar{x} \pm s)$ ,月	心血管不良事件[例(%)]
对照组	74	51(68.92)	10.5±3.7	17(23.0)
中医养生组	124	102(82.26) <sup>①</sup>	12.4±4.9 <sup>①</sup>	15(12.10)

与对照组比较,① $P<0.05$

### 5 讨论

原发性高血压属中医学“眩晕”“头痛”范畴,多因情志刺激、饮食不节、劳逸失调、先天禀赋等因素引起的脏腑功能失调、阴阳失衡,风、火、痰、瘀、虚是其主要病理。中医采

取个性化诊疗模式、整体观念引导下的整体调节手段,及以治未病思想指导,采取中药、针灸、推拿、非药物疗法等多种综合手段,在改善症状,提高生活质量;保护靶器官,预防并发症;平稳降压,减少危险事件等诸多方面显示了确切的疗效<sup>[5-6]</sup>。

“饮食有节……度百岁乃去”,提示了饮食有节,饥饱有度对人们的健康长寿、防病治病具有十分重要的意义。“肥者令人内热”“甘者令人中满”,辛辣,肥甘之品能助阳生热,或生痰化火,使病情加重,因此宜清淡饮食。清淡饮食也能减少高血脂、高血糖、肥胖的发生,这些高血压患者均是有益的。

中医学很早就认识到情绪对血压的影响较大,如“大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥”。喜怒不节则伤脏,而心、肝、脾、肺、肾的损伤均可导致“眩晕”“头痛”的发生,因此说情志内伤是高血压产生的重要病因。因此中医注重情志养生,保持情志条畅,情志条达则脏腑功能正常,人体气血通畅<sup>[4]</sup>。

运动疗法不仅能直接降低血压,还能减少心血管疾病发生的风险。八段锦、太极拳传统运动疗法,具有调血脂、降血糖,调节体液因子,改善血液流变性,改善精神状态,降低血压,减少原发性高血压的发生等作用<sup>[7]</sup>。

中药浴足也是治疗高血压病的特色。足与周身阴阳经络有密切关系,全身脏腑器官通过经络与足相联系,故可通过足疗治疗脏腑器官疾病<sup>[8-9]</sup>。笔者采用的浴足方中以磁石镇惊安神、平肝潜阳;石决明平肝潜阳,清肝明目;菊花、夏枯草清肝明目;杜仲补肝肾强腰膝;川牛膝活血引血下行;黄芩、山栀子清泻肝火。

本研究结果显示,在采用中医养生方法干预后,患者的血压水平低于常规治疗组,血压达标率高于常规治疗,且心血管不良事件发生率低于对照组。同时也观察到中医养生组平均随访时间长于对照组,提示了这类患者防病的积极性和依从性提高了,从而更有利于血压的控制。

### [参考文献]

- [1] 中国高血压基层管理指南修订委员会. 中国高血压基层管理指南(2014年修订版)[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(1): 24-43, 15.
- [2] 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]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(7): 579-616.
- [3] 叶明花, 蒋力生, 曹征, 等. 高血压病的中医养生保健[J]. 江西中医学院学报, 2008, 20(3): 36-41.
- [4] 马龙, 周英武, 刘如秀. 论情志养生对高血压病防治的意义[J]. 吉林中医药, 2013, 33(7): 649-651.
- [5] 陈晓玉. 中医药防治高血压病中的特色与优势[J]. 天津中医药, 2012, 29(2): 155-157.
- [6] 李逊, 魏玲. 自拟清肝降压饮早期干预高血压前期和原

- 发性 1 级高血压[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(3): 295-297.
- [7] 付萍萍, 张洪斌. 八段锦、太极拳治疗原发性高血压及其降压机制的研究进展[J]. 河北中医, 2013, 35(10): 1585-1587.
- [8] 黄桂宝, 陈笑银, 张立军, 等. 邓铁涛教授浴足方治疗高血压病 30 例临床观察[J]. 新中医, 2008, 40(5): 37-38.
- [9] 施展. 浴足方治疗高血压现状的概况[J]. 医学综述, 2012, 18(24): 4226-4228.
- (责任编辑: 刘淑婷)

## 电针疗法治疗心脏直视术后呃逆的疗效观察及护理体会

郑惠萍, 何淑平, 张杏玉, 王丽丽, 谢翠贤, 王继勇

广州中医药大学第一附属医院心胸血管外科, 广东 广州 510405

**[摘要]** 目的: 探讨电针疗法治疗心脏直视术后呃逆的临床疗效及护理体会。方法: 将符合入组标准的 120 例患者随机分为 2 组各 60 例, 在一般护理及传统屏气止呃逆方法的基础上, 观察组应用电针内关和足三里穴位, 对照组使用解痉药物甲氧氯普胺, 比较 2 组患者 3 天内呃逆症状消失率及平均消失时间。结果: 心脏直视术后 3 天内呃逆症状消失率观察组均优于对照组, 呃逆症状消失平均时间观察组时间短于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 电针疗法能有效改善心脏直视术后呃逆, 值得临床使用。

**[关键词]** 心脏直视术后; 呃逆; 针灸疗法; 电针

**[中图分类号]** R654 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0281-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.128

心脏直视术是主要纠正心内畸形的手术方法, 此手术创伤大, 加上体外循环和麻醉对人体生理功能的干扰, 术后须进行严密监护<sup>[1]</sup>。呃逆古代称为“哕”, 现代医学称为膈肌痉挛, 心脏直视术由于手术中对膈肌的牵拉或直接损伤, 以及低温体外循环等因素, 导致术后容易出现呃逆症状。如果患者术后出现呃逆症状, 对其康复十分不利, 一方面影响患者休息和热量、蛋白质等摄入, 对伤口愈合不利; 同时造成患者伤口疼痛加剧, 心理紧张, 严重者引起心率、血压不稳、呼吸受限或心功能下降, 甚至使术后并发症增加<sup>[2]</sup>。因此心脏直视术后患者出现呃逆症状时应给予足够的重视, 积极予以处理。目前临床一般使用解痉药物对症处理为主, 本科应用电针疗法治疗取得良好效果, 结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 心脏直视术后发生呃逆的患者, 呃逆持续时间超过 2 h, 不能自行缓解者。

**1.2 纳入标准** 心脏直视术后发生呃逆经一般护理及传统屏气止呃逆的方法, 症状不能消失, 愿意接受电针疗法的患者,

无晕针病史, 病情基本稳定, 神志清楚, 年龄 > 16 岁。

**1.3 排除标准** 排除术后心包填塞、迟发性心包积液、术后放置胸腔闭式引流管的位置不当、胸腔感染等引起的呃逆; 以及合并严重心力衰竭、呼吸衰竭、胸腔内出血二次手术等严重并发症者。

**1.4 一般资料** 观察病例为 2008 年 10 月—2014 年 12 月本院心外科共计施行心脏直视手术 1536 例, 其中 186 例发生术后呃逆, 年龄 > 16 岁者 142 例, 符合入组标准和排除标准且愿意接受电针治疗者 120 例。对符合要求的 120 例患者按随机数字表法随机分为 2 组各 60 例。观察组男 29 例, 女 31 例; 年龄 16~80 岁, 平均(53.11±19.31)岁。对照组男 32 例, 女 28 例; 年龄 16~79 岁, 平均(55.23±17.26)岁, 2 组患者年龄、性别等经统计学分析, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 2 治疗方法

**2.1 一般护理及传统的屏气止呃逆方法** 2 组患者均在术后出现呃逆后给予心理疏导, 转移其注意力; 嘱饮食上宜清淡,

**[收稿日期]** 2015-04-15

**[作者简介]** 郑惠萍 (1976-), 女, 主管护师, 主要从事护理临床工作。