

天麻钩藤饮加减治疗 肝阳上亢型原发性高血压病 30 例

夏潮红, 蔡春燕

(广西壮族自治区南宁市西乡塘区新阳上社区卫生服务站, 广西 南宁, 530003)

[摘要] 目的: 观察天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢型原发性高血压病的临床疗效。方法: 将 60 例肝阳上亢型原发性高血压病患者随机分为 2 组。对照组 30 例口服拉西地平治疗, 治疗组 30 例在对照组治疗基础上加天麻钩藤饮加减治疗。结果: 总有效率治疗组为 96.67%, 对照组为 83.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组血压治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 天麻钩藤饮加减治疗原发性高血压病有较好的临床疗效。

[关键词] 原发性高血压病; 肝阳上亢型; 中西医结合疗法; 天麻钩藤饮

[中图分类号] R259.441 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.022

高血压病是指以体循环动脉压(收缩压/或舒张压)增高为主要临床表现(收缩压 ≥ 140 mmHg, 舒张压 ≥ 90 mmHg), 可伴有心、脑、肾等器官的功能或器质性损害的临床综合征。原发性高血压病是指病因不明的高血压, 占总高血压发病率的 90% 以上。高血压病是常见的慢性病, 也是心脑血管疾病最主要的危险因素。根据《中国高血压防治指南 2016 年修订版》推荐, 拉西地平是治疗高血压病的一线药物, 单用易出现头痛、皮肤潮红、水肿、眩晕和心悸等不良反应。随着中医药在社区的广泛推广应用, 笔者采用天麻钩藤饮加减结合拉西地平治疗原发性高血压

病肝阳上亢证 30 例, 收到较好的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月至 2017 年 1 月新阳上社区卫生服务站收治的原发性高血压病肝阳上亢证患者 60 例, 将其随机分为 2 组各 30 例。治疗组中, 男 14 例, 女 16 例; 年龄 53 ~ 83 岁, 平均 (69.5 ± 2.3) 岁; 病程 1 ~ 20 年, 平均 (11.43 ± 1.26) 年。对照组中, 男 13 例, 女 17 例; 年龄 58 ~ 80 岁, 平均 (67.1 ± 3.4) ; 病程 1 ~ 21 年, 平均 (12.51 ± 1.33) 年。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

血化瘀, 养血补气; 甘草调和诸药。全方共奏活血化瘀、益气补血、行气止痛之功。有研究表明, 血府逐瘀汤能破坏血小板聚集, 加快微循环, 使血液黏度降低, 减轻血管痉挛症状, 使冠状动脉血流量增加^[7], 此外, 血府逐瘀汤还能有效改善心肌缺血, 降低心肌负荷, 降低血栓的发生率。

本研究结果显示, 血府逐瘀汤能有效减少心绞痛发作次数和持续时间, 心电图改善明显, 临床疗效优于西药治疗。同时其在改善血液流变学指标方面有着良好的疗效, 由此可见, 血府逐瘀汤是治疗冠心病心绞痛的有效方剂, 值得临床推广。

参考文献

[1] 白焕强, 童亚西. 芪参胶囊联合血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(6): 1195-1196.

[2] 庞业梅. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病心绞痛的疗效观察及其对血液流变学影响[J]. 中西医结合心血管病杂志, 2016, 4(31): 163.

[3] 刘东方, 宋茂林, 程思佳. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(22): 148-150.

[4] 国际心脏病学会和协会及 WHO 命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病命名及诊断标准[S]. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75.

[5] 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, 2002: 26-28.

[6] 陈立生. 血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的临床观察[J]. 陕西中医, 2015, 36(7): 812-813.

[7] 李莲, 余绍清. 血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛心血瘀阻证 30 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(3): 47-48.

(收稿日期: 2017-10-23)

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《内科学》^[1]拟定。收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$,非同日 3 次测量均达到上述诊断界值,即可确诊。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定肝阳上亢证。症见:头昏胀痛,心烦易怒,夜寐不宁,口苦面红,或兼胁痛,舌红苔黄,脉弦数。

2 治疗方法

2.1 对照组 予拉西地平片治疗。拉西地平片(哈药集团三精明水药业有限公司,批准文号:国药准字 H10980180)口服,起始剂量 $4\text{mg}/(\text{次}\cdot\text{d})$,若血压控制不理想,剂量可增至 $8\text{mg}/(\text{次}\cdot\text{d})$ 。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加天麻钩藤饮加减治疗。处方:天麻 10g,钩藤(后下)15g,杜仲 10g,夜交藤 10g,川牛膝 12g,当归 10g,菊花 12g,栀子 10g,黄芩 10g,益母草 9g,桑寄生 9g,茯神 9g,石决明(先煎)15g。眩晕者加龙骨、牡蛎;便秘者加大黄、芒硝;腰膝酸软者加枸杞、白芍、山茱萸;胸闷者加桃仁、红花、灯心草。每天 1 剂,水煎,分早晚 2 次口服。

2 组均连续治疗 4 周后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组治疗前后的血压变化情况及治疗后的综合疗效、不良反应。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。显效:收缩压下降 $> 20\text{mmHg}$,舒张压下降 $> 10\text{mmHg}$;有效:收缩压下降 $> 10\text{mmHg}$, $< 20\text{mmHg}$,舒张压下降 $> 5\text{mmHg}$, $< 10\text{mmHg}$;无效:收缩压及舒张压均未达到有效标准。

3.3 统计学方法 使用 SPSS 20.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 96.67%,对照组为 83.33%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	13	16	1	96.67 ^a
对照组	30	10	15	5	83.33

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后血压比较 2 组血压治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后血压比较($\bar{x}\pm s$,mmHg)

组别	n	时间	舒张压	收缩压
治疗组	30	治疗前	98.3 ± 6.3	168.5 ± 22.5
		治疗后	$80.5\pm 4.8^{\text{ab}}$	$135.6\pm 9.6^{\text{ab}}$
对照组	30	治疗前	98.1 ± 6.5	166.7 ± 21.7
		治疗后	$88.5\pm 5.4^{\text{a}}$	$148.5\pm 12.3^{\text{a}}$

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.5 2 组不良反应比较 2 组不良反应发生率比较,差异有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组不良反应比较(n)

组别	n	头晕头痛	心悸	面红	水肿	发生率(%)
治疗组	30	0	0	1	0	3.33 ^a
对照组	30	2	1	1	1	16.67

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

4 讨论

高血压病属于中医学“眩晕”“头痛”范畴,肝阳上亢型是其常见证型之一^[3],多由过食肥甘、过劳伤肾、情志不畅等原因而致病。脑为髓海,依赖于肝肾精血和脾胃精微物质的充养。肝属木,主疏泄,性喜条达。肝失疏泄,气郁化火则阳亢火升,上扰清窍;肾属水,肾水不足,则肝失滋养,肝肾阴虚,阴不制阳,水不涵木易致肝阳上亢,阴阳失调上扰清窍发为头痛、眩晕。治疗上当以平肝息风、滋养肝肾、行气活血。

天麻钩藤饮出自《中医内科杂病证治新义》。方中天麻、钩藤息风定惊,平抑肝阳;石决明平肝潜阳,清热明目;牛膝活血通络引血下行,益母草活血利水,两药合用平降肝阳;栀子、黄芩清热除肝火;夜交藤、茯神宁心安神;桑寄生、杜仲补益肝肾。诸药合用,滋养肝肾、平肝息风、清热活血。有文献报道天麻、钩藤是治疗肝阳上亢出现频次最多的药对之一^[4]。方中黄芩、杜仲、益母草、桑寄生等有降低血压之作用^[5]。天麻钩藤饮临床药效动力学研究也表明该方效量消退半衰期为 1.16h,效应维持时间为 4.82h,属于起效快,有降压作用的复方^[6-7]。该方剂对心血管、血液流变学具有一致性的显著的降血压、抗凝、抗血栓作用^[8]。故天麻钩藤饮现代常用于治疗高血压病属肝阳上亢者^[9]。

拉西地平属于第 2 代二氢吡啶类 CCB。降压

大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗重症肺炎 30 例临床观察

李晶洁, 吕书勤

(新疆维吾尔自治区中医医院, 新疆 乌鲁木齐, 830000)

[摘要] 目的: 观察大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗重症肺炎的疗效。方法: 将 60 例重症肺炎患者随机分为 2 组各 30 例。对照组予西医常规治疗, 治疗组在此基础上加大柴胡汤合桂枝茯苓丸组方, 疗程均为 14d, 比较 2 组临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 96.67%, 对照组为 93.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组白细胞、C 反应蛋白、降钙素原治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组患者病程、体温恢复时间均较对照组明显缩短, 真菌感染发生率、心力衰竭发生率、呼吸衰竭发生率均较对照组降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 大柴胡汤合桂枝茯苓丸组方辅助治疗重症肺炎可提高治疗效果。

[关键词] 重症肺炎; 中西医结合疗法; 大柴胡汤; 桂枝茯苓丸

[中图分类号] R259.631 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.023

重症肺炎是由多种因素引起的以肺泡上皮细胞、毛细血管内皮细胞损伤为主要病理生理改变的呼吸系统急危重症^[1]。严重感染、自身免疫因素、中毒等均可致病, 具有起病隐匿、发病急、病情程度重、进展快等特点, 患者临床主要表现为咳嗽多痰、气喘乏力、发热等症状, 严重时可引起心力衰竭、呼吸衰竭和感染性休克等, 预后较差^[2]。中医药在临床应用可较大地提高重症肺炎的治疗效果, 改善患者预后。笔者在西医常规治疗基础上采用大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗重症肺炎 30 例, 取得较好效果, 并与单用西医常规治疗的 30 例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为 2014 年 1 月至 2016 年 12 月本院住院的重症肺炎患者, 入院均表现为不同

程度的发热、咳嗽、呼吸困难等症状, 其中, 男 34 例, 女 26 例; 年龄 60 ~ 85 岁, 平均 (76.13 ± 16.67) 岁。将其随机分为治疗组和对照组各 30 例, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2007 年美国感染疾病学会/胸科学会 (IDSA/ATS) 关于重症肺炎的诊断标准^[3]。主要标准: (1) 需要有创机械通气; (2) 感染性休克需要血管收缩剂治疗。次要标准: (1) 呼吸频率 > 30 次/min; (2) 氧合指数 ≤ 250 ; (3) 多肺叶浸润; (4) 意识障碍/定向障碍; (5) 氮质血症 ($BUN \geq 7$ mmol/L); (6) 血白细胞计数 $< 4 \times 10^9/L$; (7) 血小板计数 $< 10 \times 10^9/L$; (8) 体温 $< 36^\circ C$; (9) 低血压, 需要强力的液体复苏。符合上述 1 项主要标准或 3 项以上次要标准者即可诊断为重症肺炎。

1.3 纳入标准 (1) 年龄 60 ~ 85 岁; (2) 无原发性

效果、毒副作用优于第 1 代二氢吡啶类 CCB。本组治疗结果表明, 治疗组降压效果优于对照组 ($P < 0.05$), 说明天麻钩藤饮加减联合西药降压效果良好, 优于单纯西药治疗, 且不良反应少, 也说明配合中医药治疗可以降低西药的不良反应。

参考文献

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民出版社, 2005: 73.
- [2] 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, 2002: 73-76.
- [3] 阚振棣, 刘岩等. 天麻钩藤饮研究进展[J]. 河南中医, 2007 (2): 367.

- [4] 张普川. 基于中医传承辅助系统的治疗原发性高血压病中医处方配伍规律研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.
- [5] 邓中甲. 方剂学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 203.
- [6] 王英锋, 魏璐雪. 天麻苷与钩藤生物碱在实验动物体内的代谢分析[J]. 药物分析杂志, 2000, 20(2): 133.
- [7] 赵志强, 赵玫, 周仲瑛, 等. 天麻钩藤饮对肝阳上亢证患者脑血流作用的临床药效动力学研究[J]. 中药药理与临床, 1999, 15(2): 38.
- [8] 李炳照. 实用中医方剂双解与临床[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2008: 489-491.
- [9] 魏睦新, 王刚. 方剂一本通[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009.

(收稿日期: 2017-11-08)

第一作者: 李晶洁, 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 肿瘤的中医药防治

通讯作者: 吕书勤, 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 肿瘤的中医药防治, E-mail: lvshuqin@126.com