

● 临床研究 ●

中西医结合治疗肝火亢盛型高血压病 40 例临床观察

章真

(江苏省南京市浦口区中医院 南京 211800)

摘要:目的:观察中西医结合治疗肝火亢盛型高血压的病临床疗效。方法:将 80 例肝火亢盛型高血压病患者随机分为治疗组与对照组各 40 例。对照组给予苯磺酸氨氯地平 5 mg,1 次/d,治疗组在对照组基础上加服自拟中药泻肝清心汤,两组均以 4 周为 1 个疗程。观察治疗前后血压、证候疗效、血脂变化。结果:治疗组降压总有效率为 92.5%,明显优于对照组的 72.5%($P<0.05$);治疗组证候疗效总有效率为 95.0%,明显优于对照组的 65.0%($P<0.05$);治疗组在降压的同时降低血脂、调节机体代谢,而且安全可靠。结论:中西医结合治疗肝火亢盛型高血压病疗效满意。

关键词:高血压病;肝火亢盛证;中西医结合疗法;疗效观察

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.003

笔者于 2012 年 5 月~2013 年 10 月采用中西医结合疗法治疗肝火亢盛型高血压病 40 例,并与西药治疗的 40 例患者进行比较,结果疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 所选 80 例均为我院门诊及住院的确诊为肝火亢盛型高血压病患者,随机分成治疗组与对照组各 40 例。治疗组男 21 例,女 19 例;平均年龄(58.4 ± 7.2)岁;病程 0.6~33 年;轻度高血压 19 例,中度高血压 21 例。对照组男 22 例,女 18 例;平均年龄(57.8 ± 6.8)岁;病程 0.5~31 年;轻度高血压 18 例,中度高血压 22 例。两组患者在性别、年龄、病程、病情等方面比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 病例选择与排除标准 纳入标准:所有患者均符合《中国高血压防治指南》(2005 修订版)提出的高血压诊断标准及高血压分级^[1];中医证型符合《中药新药研究指导原则》^[2]中肝火亢盛型的诊断标准,辨证要点:主证:眩晕、头痛、急躁易怒;次证:面红目赤,口干口苦,便秘、溲赤,舌红苔黄,脉弦数。排除标准:继发性高血压患者,有严重心、脑、肾、肝功能损害者,妊娠及哺乳期妇女。

1.3 治疗方法 两组患者均予低盐、低脂肪饮食,戒酒,适当运动,均以 4 周为 1 个疗程并进行疗效观察。对照组给予苯磺酸氨氯地平(国药准字 H20020468)5 mg,1 次/d。治疗组在对照组基础上加服自拟泻肝清心汤。组方:夏枯草 15 g、黄连 9 g、黄芩 12 g、栀子 12 g、菊花 15 g、钩藤 12 g、当归 12 g、生白芍 15 g、生石决明 15 g、柴胡 9 g、淡竹叶 12 g、甘草 6 g。随证加减:头痛甚者,加川芎 12 g、白芷 12 g;头晕甚者,加天麻 12 g;颈项胀痛者,加葛根 15 g、羌活 12 g;痰多呕恶者,加法半夏 12 g、竹茹 12 g;

心悸失眠者,加酸枣仁 15 g、夜交藤 15 g;胸闷胸痛者,加郁金 12 g、瓜蒌 12 g;大便秘结者,加生大黄(后下)6 g。1 剂/d,水煎取汁 200 mL,分早晚 2 次口服。

1.4 观察方法 使用立式水银血压计测量右臂血压,量血压前休息 15 min,测量 3 次取平均值,每周测量 1 次。治疗前血压值为治疗前 1 周内非同一天 的 3 次血压平均值,治疗后血压值为治疗后 1 周内非同一天 的 3 次血压平均值。治疗前及治疗 4 周末进行血常规、肝肾功能、血脂、血电解质和心电图检查。

1.5 疗效观察

1.5.1 降压疗效标准^[2] 显效:舒张压下降 10 mmHg 以上,并达到正常范围;或下降 20 mmHg 以上。有效:舒张压下降不及 10 mmHg,但已达到正常范围;或下降 10~19 mmHg,但未达到正常范围;或收缩压下降 30 mmHg 以上。无效:未达到以上标准者。

1.5.2 中医证候疗效 参照卫生部 2002 年《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》。痊愈:治疗后较治疗前中医证候积分减少 90%以上;显效:治疗后较治疗前中医证候积分减少 70%~90%;有效:治疗后较治疗前中医证候积分减少 50%~70%;无效:治疗后较治疗前中医证候积分减少 50%以下^[2]。

1.6 统计学方法 应用 SPSS13.0 软件进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组间降压疗效比较 治疗组 40 例中,显效 23 例,有效 14 例,无效 3 例,总有效率 92.5%;对照组 40 例中,显效 15 例,有效 14 例,无效 11 例,总有效率 72.5%: 两组总有效率比较有显著性差异, $P<$

0.05, 治疗组疗效明显优于对照组。

2.2 两组间证候疗效比较 治疗组 40 例中,痊愈 8 例,显效 16 例,有效 14 例,无效 2 例,总有效率 95.0%;对照组 40 例中,痊愈 4 例,显效 13 例,有效 9 例,无效 14 例,总有效率 65.0%:两组总有效率比较具有显著性差异, $P<0.05$, 治疗组疗效明显优于对照组。

2.3 两组血脂变化比较 见表 1。

表 1 两组治疗前后血脂变化比较 ($\bar{X}\pm S$) mmol/L				
项目	组别	n	治疗前	治疗后
胆固醇	治疗组	40	5.15± 0.94	4.19± 0.68*
	对照组	40	4.92± 0.89	4.97± 0.83
甘油三酯	治疗组	40	1.64± 0.44	1.18± 0.31*
	对照组	40	1.63± 0.37	1.62± 0.31

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.4 安全性观察 两组病例血尿粪常规、肝肾功能、电解质、心电图检查均未发现有明显毒副作用。两组患者中治疗前未服用过钙拮抗剂的患者,对照组有 3 例出现不同程度的头痛、潮红、心悸等症状,治疗 4~5 d 后症状减轻或消失。

3 讨论

高血压是心、脑、肾等脏器损害的最常见和最主要的危险因素,血压水平越高,病程越长,靶器官受损越重,治疗过程中需要更大程度地降低血压。单药治疗常力不能及,多数患者需联用多种药物才能使血压达标。而中药通常从患者的具体病证出发,从高血压的病因病机入手,通过联合中药复方,采用辨证论治的方法,达到标本兼顾的治疗效果。

高血压病属于中医学“眩晕、头痛”范畴,《素问·至真要大论》中对其病因病机的认识为“诸风掉眩,皆属于肝”,指出眩晕与肝有关。金·刘完素《素问玄机原病式·五运主病》载:“所谓风气甚,而头目眩晕者,由风木旺,必是金衰不能制木,而木复生火,风火皆属阳,多为兼化,阳主乎动,两动相搏,则为之旋转。”主张眩从“火”立论,并进一步认识到火的形成与肝密切相关。肝为刚脏,体阴而用阳,主疏泄、调情志、畅气机。生理状态下,肝的疏泄功能正常,则气机畅达、血行无阻、气血调畅,血压自可保持正常。若素体阳旺或饮食不节,脏腑积热内蕴,复加五志过极、情志失调、内外相引,可导致脏腑功能失常,肝失

实用中西医结合临床 2014 年 12 月第 14 卷第 12 期
疏泄、气郁化热生火,即朱丹溪“气有余便是火”。肝火炽盛,母能令子实,引动心火,二者相激相助,使脏腑气机愈加逆乱,气火属阳,甚则阳动而风生,风火阳冲逆于上头目,清窍不利,遂发高血压病。可见,脏腑功能失调、心肝火旺是高血压病的重要病理基础^①。治以清肝泻火、清心平肝立法。方中夏枯草味辛、苦,性寒,清肝经之内热,补肝气,开肝郁,能治一切热郁肝经之证,《本草征要》言:“清肝火,防薄厥。阳浮于上,眩晕欲跌。”黄连苦寒,入心、肝二经,《本草新编》:“黄连,入心与胞络,最泻火,亦能入肝,大约同引经之药,俱能入之,而入心,尤专经也。”两药苦寒直折火势,泻肝清心共为君药;黄芩泻火燥湿,梔子清热泻火、除烦利胆,以助夏枯草清肝泻火;淡竹叶利尿清热助黄连清心,三药合用针对心肝火热之邪,共为臣。当归甘温补血活血,《中药学》中描述“能补血以养肝”;白芍酸、微寒,养血、柔肝敛阴、平抑肝阳,二药合用滋阴养血,以顺应肝的生理特性,使邪去而不伤正,故以为佐。菊花甘苦、微寒,清金气、平木火;钩藤性味甘凉,通心包于肝木,清热平肝息风;石决明平肝潜阳、除热明目;三药合用清热平肝、熄风潜阳,用亦为佐。“木郁达之,火郁发之”,柴胡疏肝解郁,并能清肝胆之热,亦为佐;生甘草调和诸药,为使药。诸药合用,泻火而兼养阴,清肝而兼疏肝,平肝而兼敛肝,共奏清肝泻火、平肝清心之功,使心肝火清,阳亢得平,肝风得息,阴阳平衡,诸症自止。本研究表明,治疗组总有效率为 92.5%,明显优于对照组的 72.5%, $P<0.05$ 。且联合中药治疗能改善眩晕、头痛、急躁易怒等症状,在降压的同时具有多环节综合调节的作用,降低血脂,调节机体代谢,而且安全可靠,无明显毒副反应。说明泻肝清心汤联合西药治疗能产生协同降压作用,增强疗效,减少西药副作用,达到治疗高血压的目的。

参考文献

[1]余振球,马长生,赵连友,等.实用高血压病学[M].第 2 版.北京:科学出版社,2002.22
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.74-77
[3]李运伦.清肝宁心泻火解毒法治疗高血压病的探讨[J].山东中医药大学学报,2002,26(1):20-21

(收稿日期:2014-07-09)

(上接第 4 页)

[3]Tsukada K,Hasegawa T,Miyazaki T,et al.Predictive value of interleukin-8 and granulocyte elastase in pulmonary complication after esophagectomy[J].Am J Surg,2001,181(2):167-171
[4]Yamada T,Hisanaga M,Nakajima Y,et al.Serum interleukin-6, interleukin-8, hepatocyte growth factor, and nitric oxide changes during thoracic surgery[J].World J Surg,1998,22(8):783-790
[5]Dreyfuss D,Rouby JJ.Mechanical ventilation-induced lung release of

cytokines: a key for the future or pandora's box[J]?Anesthesiology, 2004,101(1):1-3
[6]Komatsu Y,Yamamoto H,Tsushima K,et al.Increased interleukin-8 in epithelial lining fluid of collapsed lungs during one-lung ventilation for thoracotomy[J].Inflammation,2012,35(6):1 844-1 850
[7]Raymondos K,Martin MU,Schmudlach T,et al.Early alveolar and systemic mediator release in patients at different risks for ARDS after multiple trauma[J].Injury,2012,43(2):189-195

(收稿日期:2014-08-26)