

vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial[J].JAMA, 2005,294(19):2437-2445

[8]陆宗良,寇文镨,武阳丰,等.中国冠心病二级预防研究[J].中华心血管病杂志,2005,33(2):109-115

[9]唐大珣,张敬峰,曹征,等.原发性高脂血症中医证候规律研究[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2011,18(3):11-13

[10]郭姣,朴胜华,石忠峰,等.高脂血症中医证候分布规律文献研究[J].广州中医药大学学报,2013,30(5):609-614

[11]朴胜华,郭姣,胡竹平.高脂血症住院患者中医证候临床研究[J].中国中西医结合杂志,2012,32(10):1322-1325

[12]倪永骋,陈江宁.高脂血症中医辨证分型与炎症因子的相关性研究[J].辽宁中医杂志,2007,34(1):7-8

[13]闻莉,刘松林,梅国强.高脂血症的中医临床证型分布及辨证规律研究[J].中国中医基础医学杂志,2008,14(3):220-221

[14]郑关毅,洪华山,王一波,等.单纯性高甘油三酯血症辨证分型与自由基代谢及凝血-纤溶活性关系的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(2):73-75

[15]朱学云,庄德成,卞善述,等.高脂血症中医辨证分型与血液流变学指标的相关性研究[J].湖南中医药导报,2001,7(7):355-356

[16]陈江宁,倪永骋,张华强.高脂血症中医辨证分型与胰岛素抵抗的相关性研究[J].中华现代中西医杂志,2004,2(1):22-23

[17]王秋凤,王洋,刘坤,等.117 例颈动脉粥样硬化患者中医证候特点研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(3):273-275

[18]张蕾,张琪,游云,等.基于代谢组学技术探讨高脂血症及动脉粥样硬化痰瘀证候的演变规律 [J]. 中国中西医结合杂志,2015,35(7): 823-833

[19]陈明荃,顾耘,徐辉.颈动脉粥样硬化患者中医证候分布探讨[J].中华中医药学刊,2012,30(6):1394-1396

(收稿日期: 2015-09-22)

天麻钩藤饮联合硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型 高血压病 40 例的临床疗效观察

陈小飞 张宝霞 张宝均
(江西省新余市中医院内科 新余 338000)

摘要:目的:观察天麻钩藤饮联合硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型高血压病的临床疗效。方法:将 80 例肝阳上亢型高血压病患者随机分为治疗组和对照组各 40 例,对照组给予硝苯地平控释片 30 mg 口服,1 次/d;治疗组在对照组的基础上给予天麻钩藤饮,1 剂/d,口服。治疗后,记录两组患者的血压及中医证候改善情况。结果:在血压控制方面,治疗组总有效率为 95.0%,对照组总有效率为 80.0%,治疗组优于对照组, $P<0.05$;在中医证候改善方面,治疗组总有效率为 97.5%,对照组总有效率为 55.0%,治疗组明显优于对照组, $P<0.01$ 。结论:中药天麻钩藤饮联合西药硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型高血压疗效显著,能明显改善患者的临床症状,值得临床推广。

关键词: 高血压病;肝阳上亢型;天麻钩藤饮;硝苯地平控释片;疗效观察

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.006

高血压病是临床上最常见的慢性病之一,也是心脑血管病最主要的危险因素。在我国,人们生活习惯和饮食结构逐渐改变,且众多患者对高血压病的认识不足或未按医嘱服药,导致该病控制率低,致残率及病死率逐年上升。临床上有约 75%的脑卒中和 50%的心肌梗死发作与高血压有关^[1]。在我国,高血压的发病率为 18.8%,其中肝阳上亢型约为 87.23%,是高血压病最常见证型^[2]。

1 资料和方法

1.1 临床资料 选取 2014 年 1~10 月本院心血管内科住院及门诊治疗的 80 例高血压病患者为研究对象,所有患者中医辨证均为肝阳上亢型。随机将 80 例患者分为治疗组和对照组各 40 例,治疗组男性 22 例,女性 18 例,年龄 44~76 岁,病程 1.2~7.3 年,高血压一级患者 23 例,二级患者 17 例;对照组男性 20 例,女性 20 例,年龄 42~75 岁,病程 1.1~7.2

年,高血压一级患者 18 例,二级患者 22 例。两组患者在性别、年龄、病程、血压分期等方面经统计学分析差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 西医高血压病诊断及分级标准,分别参照《中国高血压防治指南(2010 年版)》^[3]及世界卫生组织 1999 年修订的高血压诊断分级标准^[4];中医高血压病肝阳上亢型诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]。

1.3 治疗方法 对照组给予合理饮食,适度运动,30 mg 硝苯地平控释片,晨起空腹口服,1 次/d。治疗组在对照组的用药基础上加用天麻钩藤饮,具体用药包括:天麻 10 g,钩藤(后下)15 g,石决明 20 g,栀子 8 g,黄芩 8 g,杜仲 12 g,川牛膝 12 g,桑寄生 20 g,益母草 15 g,夜交藤 20 g,茯神 15 g,水煎服,1 剂/d,分 2 次温服。两组均以 2 周为 1 个疗程,疗程结束后分析统计结果。

1.4 观察指标 分别于治疗前、治疗后 1 周及疗程结束时,记录 3 次患者眩晕、头痛、急躁易怒、口苦、失眠多梦等临床症状,以计分的方法表示:按症状轻重程度、出现频率及持续时间,分别计 3、2、1、0 分。

1.5 疗效评定

1.5.1 中医证候疗效评定标准^[6] 显效:临床症状、体征均明显改善,肝阳上亢型高血压患者证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:肝阳上亢型高血压患者临床症状、体征均有所改善, $70\% < \text{证候积分减少} \leq 30\%$;无效:临床症状、体征无明显变化,肝阳上亢型高血压患者证候积分减少 $< 30\%$ 。

1.5.2 血压疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]。显效:舒张压下降超过 10 mm Hg,血压达到正常范围,或舒张压未达到正常范围,但已下降 20 mm Hg 以上;有效:舒张压下降低于 10 mm Hg,但已达到正常范围,或舒张压较治疗前下降 10~20 mm Hg,但未降至正常范围,或收缩压较治疗前下降超过 30 mm Hg;无效:未达到上述标准。

1.6 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计学软件进行统计分析,计数资料以百分比表示并采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的血压控制疗效比较 治疗后,治疗组显效 28 例,有效 10 例,总有效率为 95.0%;对照组显效 13 例,有效 19 例,总有效率为 80.0%,治疗组的总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$,说明治疗组对患者的血压控制明显优于对照组。见表 1。

表 1 两组患者的血压控制疗效比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	40	28	10	2	95.0
对照组	40	13	19	8	80.0

2.2 两组患者治疗后的中医证候改善比较 治疗后,治疗组显效 32 例,有效 7 例,总有效率为 97.5%;对照组显效 8 例,有效 14 例,总有效率为 55.0%,治疗组总有效率明显高于对照组,差异显著, $P < 0.01$,说明治疗组对患者的中医证候的改善显著优于对照组。见表 2。

表 2 两组患者治疗后的中医证候改善比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	40	32	7	1	97.5
对照组	40	8	14	18	55.0

3 讨论

高血压病是一种主要以动脉压升高为特征的疾

病,现代医学尚未完全明确其病因。长期的高血压状态容易导致机体出现心脏、脑和肾等器官的损害及动脉粥样硬化的发生,最终导致患者死亡。目前西医治疗主要以药物为主,用药包括利尿剂、受体阻滞剂、钙离子通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂和血管紧张素受体阻滞剂五大类。现代医学虽然不断研制出新药及复方制剂,但西药的副作用并未减少。总而言之,西药治疗虽具有降压疗效迅速,作用持久,服药方便等优势,但在临床症状改善和生活质量提高方面,中医药有相对的优势。

祖国医学中,高血压病并没有相应的病名,根据其发病症状可将其归属于“眩晕、头痛”等病症的范畴,对于高血压病的治疗,中医中药有独到的优势,不仅可以降低患者血压,又可缓解其头晕、头疼等症状,提高患者的生活质量。《中医内科学》将高血压病分为肝阳上亢、肝火上炎、痰浊上蒙、瘀血阻窍、气血亏虚、肝肾阴虚 6 个证型^[7],其中又以肝阳上亢型患者居多。肝阳上亢的主要机理为肝肾阴虚,滋阴才能潜阳;又因肝肾同源,肝肾皆藏相火,相火是致肝阳上亢的主因,故滋阴降火已成关键,而天麻钩藤饮具有滋肾阴,降相火,潜肝阳之功效^[8]。天麻钩藤饮出自《杂病证治新义》,具有平肝熄风、清热活血、补益肝肾的功效。方中以天麻、钩藤为君,达清肝热,平肝息风之效,两药均为治肝阳眩晕之要药;石决明性寒质重,能平肝潜阳、除热明目,并能加强君药平肝熄风之力,川牛膝引血下行、活血利水,与石决明共为臣药;杜仲、桑寄生补益肝肾,以治本,山栀、黄芩清肝降火,以折亢阳,使肝经之热不致偏亢,益母草合川牛膝活血利水,平降肝阳,夜交藤、茯神宁心安神定志,为佐药。诸药相伍,共奏平肝潜阳,补益肝肾之功效。现代药理研究证实天麻、钩藤、桑寄生、杜仲等药物具有不同程度的降压作用,其中天麻具有明显的降低血管外周阻力,降低血压,增加脑血流量的作用;钩藤具有中枢镇静,降压的作用,可使外周血管收缩,阻力下降,降低血压。另有研究证实^[9],天麻钩藤饮有治疗高血压病的药理学基础,其能扩张血管、减轻血流阻力,改善血管内皮功能,抑制钙离子内流等,从而起到明显的降压作用。本研究中,在血压控制方面,治疗组总有效率为 95.0%,对照组总有效率为 80.0%,治疗组高于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$,说明治疗组对患者的血压控制明显优于对照组;在中医证候改善方面,治疗组总有效率为 97.5%,对照组总有效率为 55.0%,治疗组明显高于对照组,差异显著, $P < 0.01$,说明治疗组对患者的中

医证候的改善显著优于对照组。

综上所述,采用天麻钩藤饮联合硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型高血压病,不仅降血压效果显著,还可以明显缓解患者头晕、头痛、急躁易怒、少寐多梦、口苦等临床症状,提高了患者的生存质量,预防和减少了靶器官的损害,充分发挥了中医药的特色,值得临床推广。

参考文献

[1]吴少俊,熊丽玲,李胜涛.益气活血法治疗原发性高血压病的研究进展[J].江西中医药,2013,44(8):73-75
[2]陈明嘉.高血压病(肝阳上亢型)的中医治疗及研究近况[J].中医药导报,2006,12(1):80-82
[3]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].中华高血压杂志,2011,19(8):701-708

[4]Guidelines Subcommittee.1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension [J].J Hypertension,1999,17 (2): 151-183
[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,2002.74-77
[6]孔利环.中西医结合治疗肝阳上亢型高血压病临床观察[J].中国社区医师(医学专业),2013,15(10):213
[7]杨晓忱,熊兴江,王阶.高血压病辨证分型及证候客观化研究概况与展望[J].中国中药杂志,2014,39(2):157-161
[8]李锐.天麻钩藤饮联合卡托普利治疗高血压 44 例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2014,14(5):17-18
[9]祝应俊.天麻钩藤饮加减辅助治疗肝阳上亢型高血压疗效观察[J].实用中西医结合临床,2015,15(3):14-15

(收稿日期: 2015-09-30)

中西医结合治疗心肾阳虚型冠心病慢性心衰 50 例临床观察

熊水才

(江西省进贤县人民医院内一科 南昌 331700)

摘要:目的:分析探讨采用中西医结合治疗心肾阳虚型冠心病慢性心衰的临床疗效。方法:纳入我科 2013 年 6 月~2015 年 7 月收治确诊的心肾阳虚型冠心病慢性心衰 100 例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组(50 例)与研究组(50 例),对照组给予常规西医治疗,研究组给予全真一气汤+常规西医治疗,对比观察两组心功能疗效、中医证候积分,以及超声心动图检查相关指标。结果:研究组心功能总有效率、中医证候积分,CI、LVEF、SI 水平均显著优于对照组($P<0.05$)。结论:心肾阳虚型冠心病慢性心衰患者在常规西医治疗基础上联合全真一气汤治疗,疗效显著,能够有效提高治疗疗效,改善患者心功能。

关键词:冠心病;慢性心力衰竭;心肾阳虚型

中图分类号:R451.61

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.007

冠心病属中医胸痹心痛范畴^[1],由于心肌长期缺氧、缺血,造成心功能减退,心室扩大,进而出现胸闷气短等心力衰竭表现^[2]。冠心病导致的慢性心力衰竭基本病理为心肾阳虚^[1]。临床上多采用单纯西药对心肾阳虚型冠心病慢性心衰进行治疗,但效果并不理想,我院采用中西医结合治疗方案,获得了较为满意的治疗效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入我科 2013 年 6 月~2015 年 7 月收治确诊的心肾阳虚型冠心病慢性心衰 100 例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组与研究组各 50 例。对照组男 28 例,女 22 例;年龄 48~84 岁,平均(65.4±3.4)岁;病程(6.8±1.8)年;根据美国纽约心脏学会(NYHA)心功能分级:Ⅱ级 12 例,Ⅲ级 26 例,Ⅳ级 12 例。对照组男 31 例,女 19 例;年龄 48~83 岁,平均(64.7±3.8)岁;病程(7.0±2.0)年;NYHA 心功能分级:Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 23 例,Ⅳ级 13 例。两组患者上述基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。

1.2 诊断标准 所有病例经诊断符合《中药新药治

疗冠心病心绞痛的临床研究指导原则》(2002 年)^[3],心力衰竭诊断与中医诊断(心肾阳虚)参照《中药新药治疗充血性心力衰竭的临床研究指导原则》^[3],主症为心悸,短气乏力,身寒肢冷,动则气喘;次症为精神萎靡,脘腹胀满,颜面、肢体出现水肿,大便溏泻;舌淡胖或者舌苔留有齿印,脉沉细或迟。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准 符合西医及中医诊断,心功能分级为Ⅱ~Ⅳ级;年龄在 40 岁以上;自愿参与本次研究并签署知情通知书的患者。

1.3.2 排除标准 急性心肌梗死所致的心力衰竭患者;肝、肾等重要脏器功能衰竭致心衰者;合并造血系统、肝肾严重原发疾病者;感染明显,高血压未得到控制者(SBP>100 mm Hg 或 DBP>160 mm Hg);伴有严重室性心律失常、心源性休克等增加死亡率病史者;未按治疗方案服药者;自然脱落数据不全者;患者擅自服用其他药物;失访。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 给予常规西医治疗。(1)冠心病基础治疗:口服消心痛(国药准字 H32024005),10 mg/