

从而改善心肌肥厚、心肌顺应性等生物学基础。

NT-pro-BNP 是心室在血容量增加及压力超载的情况下分泌的一种神经激素,一直用于心力衰竭的辅助诊断,目前有研究表明其是评估治疗效果的一种非常有效的工具^[3]。HF-PEF 不易从患者的病史、体检、心电图、胸片中被检出,其临床诊断仍具挑战性,二尖瓣血流多普勒评估左心室舒张功能存在假正常化,而组织多普勒不存在该问题,故多普勒 E/E' 比值被推荐用为评估左心室充盈压的首选指标^[1]。

综上所述,在常规治疗基础上加用芪苈强心胶囊更能显著改善 HF-PEF 患者多普勒 E/E' 比值及 NT-pro-BNP 水平。而其机理也许是改善了 HF-PEF 的向心性心肌肥厚,降低其肌丝的密度,上调基质金属蛋白酶等,这有待于今后的进一步研究证实。

[参考文献]

- [1] 射血分数正常心力衰竭诊治的中国专家共识[J]. 中国医刊, 2010, 45(11): 66-67.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002.
- [3] 王恒和,朱亚萍,郑颖,等. 黄芪注射液治疗充血性心力衰竭临床研究[J]. 新中医, 2010, 42(1): 13-15.
- [4] 刘玉英,张继红. 芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭 50 例[J]. 湖北中医杂志, 2011, 33(1): 34-35.
- [5] 刘建勋,马晓斌,王杨慧. 芪苈强心胶囊对实验性心力衰竭犬心脏功能的影响[J]. 疑难病杂志, 2007, 5(3): 141-143.
- [6] Paulo Bettencourt, Ana Azevedo. N-terminal-pro-brain natriuretic peptide predicts outcome after hospital discharge in heart failure patients [J]. Circulation, 2004, 11(15): 2168-2174.

(责任编辑:骆欢欢)

七味降压方联合培哚普利对高血压病患者血压及症状的影响

杨一玲,潘有平,刘祥禄,谢磊

灵山县中医医院,广西 灵山 535400

[摘要] 目的:观察七味降压方联合培哚普利对高血压病患者的血压、症状的影响。方法:将 120 例高血压病患者随机分为治疗组和对照组,每组 60 例。治疗组口服七味降压方联合培哚普利治疗;对照组口服培哚普利治疗。2 组疗程均为 4 周。治疗前后观察并记录各组患者血压、症状变化,疗程结束后对血压、证候疗效改善作出评估。结果:血压疗效治疗组显效 44 例,有效 14 例,无效 2 例,总有效率为 96.67%;对照组显效 35 例,有效 11 例,无效 14 例,总有效率为 76.67%。治疗组血压疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。证候疗效治疗组显效 47 例,有效 13 例,无效 0 例,总有效率为 100%;对照组显效 39 例,有效 9 例,无效 12 例,总有效率为 80.00%。治疗组证候疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。2 组治疗前后收缩压、舒张压比较,差异均有显著性意义 ($P < 0.05$),且治疗后治疗组低于对照组,差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论:七味降压方联合培哚普利有显著降压疗效,能明显改善高血压病患者症状。

[关键词] 高血压病;七味降压方;肝阳上亢;阴虚阳亢

[中图分类号] R544.1 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0041-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.017

高血压病是目前临床最常见、最重要的心血管疾病之一,又是中风、心肌梗死、充血性心力衰竭、外

周血管疾病、肾功能衰竭等重要脏器功能障碍重要的独立危险因素,严重影响人们健康和生活质量。据最

[收稿日期] 2014-04-25

[基金项目] 钦州市科学研究与技术开发计划项目(编号:201218143)

[作者简介] 杨一玲(1984-),女,住院医师,主要从事心血管内科临床工作。

新统计资料,目前我国高血压病的患病率已上升到 11.68%,尤其高血压病继发的心、脑、肾等靶器官损害,严重影响患者的寿命和生活质量,已成为严重威胁人类健康和生命的疾病。治疗高血压病能够有效降低中风、心力衰竭等心血管事件的发生,改善患者生活质量。目前西医常用的降压药主要有以下几种:利尿剂、中枢交感神经阻滞剂、周围阻滞剂、 α -受体阻滞剂、 β -受体阻滞剂、血管扩张剂、钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂。为探讨七味降压方联合培哚普利对高血压病患者血压症状的影响,2013 年 1~12 月本院对中医辨证属肝阳上亢和阴虚阳亢的高血压病患者 60 例采用七味降压方联合培哚普利治疗,并与单纯应用培哚普利治疗作随机对照观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 120 例患者作为观察对象,随机分为治疗组(七味降压方联合培哚普利组)和对照组(培哚普利组),各 60 例。治疗组男 28 例,女 32 例,年龄(62±10)岁,病程 0.5~22 年;高血压分级 2 级 39 例,3 级 21 例。对照组男 31 例,女 29 例,年龄(64±10)岁,病程 10 月~24 年;高血压分级 2 级 42 例,3 级 18 例。2 组一般资料经统计学处理,组间各项参数均衡性良好($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2012 年《中国高血压防治指南》中高血压病诊断标准及 2002 年国家卫生部颁布《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]中肝阳上亢(肝火亢盛)证或阴虚阳亢证标准。肝阳上亢(肝火亢盛)证,主症:眩晕、头痛、急躁易怒;次症:面红、目赤、口干、口苦、便秘、溲赤、舌红、苔黄、脉弦数。阴虚阳亢证,主症:眩晕、头痛、腰酸膝软、五心烦热;次症:心悸、失眠、耳鸣、健忘、舌红少苔、脉弦细而数。所有研究对象均排除全身免疫性疾病,严重心、肺、肝、肾功能损害疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予七味降压方,处方:天麻 12 g,钩藤、龟板、鳖甲各 30 g,石决明 36 g,牛膝 18 g,桑寄生 24 g。每天 1 剂,水煎分 2 次服。培哚普利,每次 4 mg,每天 1 次,晨服。

2.2 对照组 培哚普利,每次 4 mg,每天 1 次,晨服。

2 组均以 4 周为 1 疗程。所有患者在治疗前停用

其他降压药物至少 1 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 血压测量:每次血压测量前患者须休息 5~10 min,用同一台式水银柱血压计在固定时间由专人测量,选其固定体位测量血压 3 次,取均值为当次血压值。于治疗前、治疗后 4 周分别检测患者三大常规、肝肾功能、空腹血糖、血脂、心电图及心脏彩超等。观察记录治疗前后中医证候积分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS11.0 统计软件进行数据分析。计数资料以率(%),采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]进行评定。血压疗效判定标准:显效:舒张压下降 10 mmHg 以上,并达到正常范围;舒张压虽未降至正常但已下降 20 mmHg 以上。有效:舒张压下降不及 10 mmHg,但已达到正常范围;舒张压较治疗前下降 10~19 mmHg,但未达到正常范围;收缩压较治疗前下降 30 mmHg 以上,须具备其中 1 项。无效:未达到以上标准。证候疗效判定标准:显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%。

4.2 2 组血压疗效比较 治疗组显效 44 例,有效 14 例,无效 2 例,总有效率为 96.67%;对照组显效 35 例,有效 11 例,无效 14 例,总有效率为 76.67%。治疗组血压疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4.3 2 组证候疗效比较 治疗组显效 47 例,有效 13 例,无效 0 例,总有效率为 100%;对照组显效 39 例,有效 9 例,无效 12 例,总有效率为 80.00%。治疗组证候疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4.4 2 组治疗前后血压水平比较 见表 1。2 组治疗前后收缩压、舒张压比较,差异均有显著性意义($P<0.05$),且治疗后治疗组低于对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$)。

5 讨论

高血压病属于中医学眩晕范畴,其基本病理在于阴虚阳亢,进而导致风、火、痰、虚、瘀的产生及气血升降失调,病位主要在肝、肾。研究发现,天麻钩藤饮正交方不但可以提高降压效果,还可以减轻高

表1 2组治疗前后血压水平比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

指标	组别	n	治疗前	治疗后
收缩压	治疗组	60	171.33±8.23	134.63±9.35 ^{①②}
	对照组	60	170.95±8.32	143.95±12.48 ^①
舒张压	治疗组	60	99.00±12.87	82.65±7.56 ^{①②}
	对照组	60	98.83±13.14	86.40±8.64 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

血压大鼠大血管中膜的损害, 抑制血管重塑, 与培哚普利及天麻钩藤饮原方比较无明显差异($P > 0.05$)。对左心室重塑也有抑制作用, 与培哚普利比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 表明天麻钩藤饮、正交方均有保护靶器官的作用^[2]。七味降压方是方显明教授在其正交I方(天麻、钩藤、牛膝、石决明、桑寄生)的基础上加上龟板及鳖甲两味药而成。方中天麻性味甘平, 平肝熄风, 钩藤性味甘凉助天麻平肝熄风, 共为君药。石决明与前两药合用加强平肝熄风之力, 川牛膝引血下行, 共为臣药。桑寄生补益肝肾以制肝阳, 而龟板、鳖甲则增强滋阴潜阳作用, 共为佐药。药理研究证实, 天麻及天麻密环菌菌丝具有降血压、减慢心率, 舒张外周血管、增加心脑血管血流的作用^[3]; 钩藤及其生物碱能抑制细胞外 Ca^{2+} 经电位依

赖性 Ca^{2+} 通道的内流, 抑制细胞内 Ca^{2+} 释放, 此作用与经典钙拮抗剂相似; 桑寄生能舒张冠状血管, 增加冠脉血流, 起到降压作用, 另外还有利尿镇静作用, 可协同降压; 川牛膝苯提取物有显著降压及利尿作用。龟板具有增加冠脉血流和提高耐缺氧能力作用; 鳖甲可保护肾上腺皮质功能。本临床研究表明, 运用七味降压方联合培哚普利治疗肝阳上亢或阴虚阳亢型原发性高血压病患者, 在降压方面, 比单纯使用培哚普利效果更显著; 在症状改善方面, 亦比单纯使用培哚普利疗效更显著。提示运用七味降压方联合培哚普利是治疗高血压病及改善高血压病患者症状的有效方法之一。但两药协同作用的降压机制尚有待进一步探讨。

[参考文献]

- [1] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [2] 方显明, 朱志华, 郭艳艳, 等. 天麻钩藤饮正交方对肝阳上亢证高血压大鼠血管内膜的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(10): 1173-1175.
- [3] 黄泰康. 现代本草纲要(上卷)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2001: 1080.

(责任编辑: 骆欢欢)

脑梗死急性期中医证型与血清尿酸水平关系探讨

聂志红, 马卫琴

桐乡市中医医院, 浙江 桐乡 314500

[摘要] 目的: 观察分析脑梗死急性期中医证型与血清尿酸水平的关系。方法: 选择在本院住院的300例脑梗死(中风——中经络)急性期患者, 中医辨证分为风火上炎、风痰瘀阻、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动5个证型, 选取健康者50例作为对照, 测定尿酸水平, 进行统计学分析。结果: 脑梗死组尿酸平均水平(326.84±95.16) $\mu\text{mol/L}$, 较健康对照组(247.90±88.78) $\mu\text{mol/L}$ 显著升高($P < 0.01$)。脑梗死组尿酸水平升高者比例为38.67% (116/300), 显著高于健康对照组16.00% (8/50), 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.01$)。提示尿酸水平升高是脑梗死的一个重要危险因素。尿酸水平最高者为痰热腑实证(57/300, 19.00%), 其次为风痰瘀阻证(107/300, 35.67%), 最低者为风火上炎型(31/300, 10.33%)。各证型间比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$), 提示不同证型脑梗死患者尿酸水平不同。痰热腑实证尿酸水平比风痰瘀阻证高, 但差异无显著性意义($P > 0.05$), 比风火上炎、气虚血瘀、阴虚风动证显著升高($P < 0.01$); 风痰瘀阻证尿酸水平比风火上炎、气虚血瘀、阴虚风动证均明显升高($P < 0.01$), 提示尿酸水平升高可能与脑梗死痰热腑实、风痰瘀阻证型的形成有一定关系。结论: 尿酸水平升高是脑梗死的重要危险因

[收稿日期] 2014-04-25

[作者简介] 聂志红(1976-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合脑病。