

内激素水平,具有一定的临床推广意义。

[参考文献]

- [1] 洪利生,张冬梅.六味地黄丸合逍遥丸干预肾阴虚型围绝经期综合征临床观察[J].临床军医杂志,2012,40(5):1139-1141.
- [2] 乐杰.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2006:350.
- [3] 张红媛,朱付凡.月经过少103例临床分析[J].实用医

学杂志,2010,25(6):828-830.

- [4] 张桐,何学斌,张小凤.逍遥丸合六味地黄丸干预围绝经期综合征56例[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(7):195-197.
- [5] 张春生,苗林艳,郑海霞.六味地黄丸合逍遥丸干预更年期综合征疗效观察[J].实用中医药杂志,2012,28(8):641.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)

平肝降压汤内服和浴足对血压的控制及患者生活质量的影响

郑海霞,项伟忠

丽水市中医院,浙江 丽水 323000

[摘要] 目的:观察平肝降压汤内服和浴足治疗原发性高血压(2、3级)肝阳上亢证的临床疗效及对患者生活质量的影响。方法:将116例患者随机分为2组。对照组56例采用常规西医干预措施,综合组60例在对照组的基础上加用平肝降压汤内服和中药浴足。疗程为8周。于治疗前、治疗后4、8周对血压各进行1次评价;进行治疗前后肝阳上亢证和生活质量SF-36量表的评分。结果:治疗后8周综合组收缩压(SBP)、舒张压(DBP)水平低于西医组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);综合组血压疗效总有效率95.0%,西医组80.4%,差异无统计学意义($P < 0.05$);中医证候总有效率综合组96.7%,对照组75.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,综合组SF-36量表生理机能、生理职能、身体疼痛、总体健康、生命活力、精神健康、社会职能及情感职能等评分均高于西医组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:平肝降压汤内服和浴足能进一步控制血压,改善临床症状,提高患者生活质量,其血压控制疗效和中医证候疗效均优于单纯西医治疗。

[关键词] 原发性高血压病;平肝降压汤;浴足;生活质量;SF-36量表

[中图分类号] R544.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0298-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.136

高血压已经成为威胁我国城乡居民健康的常见病和多发病,由高血压而引起的心血管疾病在我国的疾病负担和死因顺位中均居首位,与发达国家相比,我国高血压患者的知晓率、治疗率及控制率仍偏低,在接受降压治疗的患者中有75%患者的血压没有达到控制目标,我国高血压防治任务仍十分艰巨^[1-2]。中医药防治高血压病是我国的特色和优势。降压效果虽然无法与西药比较,但在改善症状、改善血管内皮功能、防治靶器官损害、调节代谢紊乱方面具有独特而综合的优势。中医、西医是两个不同的医学理论体系,对高血压病的发病机制有各自的认识,中西医结合治疗高血压病能起到优势互补的作用^[3-4]。笔者采用平肝降压汤内服和浴足对原发性高血压(2、3

级)肝阳上亢证进行治疗,取得了较好的疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①西医诊断标准参照《中国高血压防治指南2010》^[2]诊断标准:不同日3次测得收缩压(SBP)140~159 mmHg和(或)舒张压(DBP)90~99 mmHg。2级:SBP:160~179 mmHg和(或)DBP:100~109 mmHg。3级:SBP≥180 mmHg和(或)DBP≥100 mmHg。②中医辨证标准:肝阳上亢证辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]制定。

1.2 纳入标准 ①原发型高血压2级或3级患者;②符合肝阳上亢证辨证者;③年龄45~70岁;④患者知情同意。

[收稿日期] 2015-03-10

[作者简介] 郑海霞(1979-),女,主管护师,研究方向:中医护理、心内科护理。

1.3 排除标准 ①1级高血压病患者；②继发性高血压；③合并严重其它系统性疾病患者，肿瘤病患者，精神病患者；④过敏体质，对多种药物过敏者。

1.4 一般资料 观察病例为2012年10月—2014年6月本院心血管科门诊和住院部患者，共116例。采用随机数字表法分为西医对照组(西医组)56例和中西医结合干预组(综合组)60例。西医组男33例，女23例；年龄47~68岁，平均(54.6±8.2)岁；分级：2级35例，3级21例；病程6月~13年，平均(2.7±3.4)年。综合组男34例，女26例；年龄49~70岁，平均(53.8±8.9)岁；分级：2级35例，3级25例；病程1~15年，平均(3.1±3.6)年。2组患者性别、年龄、血压分级、病程等一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 西医组 减少钠盐摄入，增加钾盐摄入；控制体质量；戒烟；不过量饮酒；体育运动；减轻精神压力，保持心理平衡^[2]。根据情况给予包括钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、ARB、利尿剂和β受体阻滞剂等药物治疗。

2.2 综合组 在西医组治疗的基础上，加用①平肝降压汤，处方：黄芩、天麻、葛根、杜仲、泽泻各10g，夏枯草、白芍、决明子、钩藤各15g，珍珠母、龙骨各30g，桑寄生25g，每天1剂，常规水煎至300mL，分2次口服，疗程8周。②中药浴足：处方：上方第3煎加川牛膝、栀子、野菊花、磁石各30g，加水煎取药液1500mL左右，放置室温时于睡前浴足30min，每天1次，连续使用8周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①血压监测：于治疗前、治疗后4周各进行1次评价；②肝阳上亢证：分级量化标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]，治疗前及治疗后各评价1次。③生活质量：采用SF-36健康量表，治疗前后各进行1次评价

3.2 统计学方法 数据分析采用SPSS17.0统计分析软件，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，等级资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 ①血压疗效评定标准^[6]。显效：舒张压下降10mmHg以上，并达到正常范围；或舒张压虽未降至正常，但已经下降20mmHg以上。有效：舒张压下降10mmHg以内，但已达到正常范围；或舒张压较前下降10~19mmHg，但未达到正常范围；或收缩压较前下降30mmHg以上。无效：

未达到以上标准。②证候疗效标准^[6]。显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%。有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥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组不同时点SBP、DBP水平比较 见表1。治疗后4周、8周2组SBP、DBP水平均持续下降，差异均有统计学意义($P<0.01$)；治疗后8周，综合组SBP、DBP水平低于西医组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组不同时点SBP、DBP水平比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

组别	n	SBP			DBP		
		治疗前	治疗后4周	治疗后8周	治疗前	治疗后4周	治疗后8周
西医组	56	171.5±14.1	159.4±8.2 ^①	145.4±6.5 ^①	109.4±7.5	98.2±5.9 ^①	87.4±5.5 ^①
综合组	60	172.2±12.8	157.6±8.5 ^①	141.3±6.6 ^{①②}	110.6±7.7	97.6±6.1 ^①	84.8±5.2 ^{①②}

与前一时间点比较，① $P<0.01$ ；与同期西医组比较，② $P<0.05$

4.3 2组血压疗效比较 见表2。血压疗效总有效率综合组95.0%，西医组80.4%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)，综合组优于西医组。

表2 2组血压疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
西医组	56	24	21	11	80.4
综合组	60	30	27	3	95.0 ^①

与西医组比较，① $P<0.05$

4.4 2组中医证候疗效比较 见表3。综合组中医证候总有效率96.7%，对照组75.0%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)，综合组优于西医组。

表3 2组中医证候疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
西医组	56	16	26	14	75.0
综合组	60	34	24	2	96.7 ^①

与西医组比较，① $P<0.05$

4.5 2组治疗前后生活质量SF-36健康量表评分比较 见表4。治疗后2组SF-36量表各维度评分均较治疗前上升，治疗后综合组SF-36量表生理机能、生理职能、身体疼痛、总体健康、生命活力、精神健康、社会职能及情感职能等评分均高于

表4 2组治疗前后生活质量SF-36健康量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	生理机能	生理职能	身体疼痛	总体健康	生命活力	社会职能	情感职能	精神健康
西医组	56	治疗前	62.8±14.6	63.7±15.9	70.5±17.6	64.2±16.3	65.4±16.5	64.6±14.8	60.5±15.6	57.8±13.7
		治疗后	74.7±16.8 ^①	75.2±16.3 ^①	81.4±16.7 ^①	77.6±17.4 ^①	75.5±17.4 ^①	73.8±15.7 ^①	72.8±16.2 ^①	70.5±17.4 ^①
综合组	60	治疗前	63.1±16.2	61.9±16.3	71.2±16.5	62.7±16.8	61.2±15.1	62.7±16.1	56.2±15.2	53.5±15.2
		治疗后	87.6±16.9 ^{①②}	88.2±17.5 ^{①②}	90.6±15.7 ^{①②}	86.8±16.2 ^{①②}	87.4±17.1 ^{①②}	86.5±18.4 ^{①②}	85.7±17.9 ^{①②}	85.3±18.1 ^{①②}

与本组治疗前比较，① $P<0.01$ ；与西医组治疗后比较，② $P<0.01$

西医组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

5 讨论

中医学将高血压归为“眩晕”“头痛”等范畴, 高血压病发生多因饮食不节、情志失调、劳逸过度、以及年龄、起居等因素密切相关, 导致肝、脾、肾三脏功能失调, 导致气血阴阳失衡为病。其中肝肾两经阴阳平衡失调是高血压病发病的中心环节, 肝肾阴虚, 水不涵木, 肝阴不足, 阴不敛阳, 肝阳上亢, 扰乱清窍, 是发病常见病理类型^[6-7]。

其临床注重整体观念和辨证论治的思维方式, 并不单纯针对血压数值, 而是重视气血、脏腑、阴阳的平衡, 强调心理、整体、环境的调整, 因而能有效缓解和消除高血压的伴随症状, 提高患者的生活质量^[8]。临床研究显示中医能直接稳定血压, 改善因血压偏高出现的诸如头晕、头痛、面红、烦躁、失眠等症状, 还以通过改善血管内皮功能、抗氧化、抗血小板聚集、抗凝等多途径、多靶点作用, 达到了“治病求本”的目的^[9]。

足与周身阴阳经络有密切关系, 浴足是中医外治法之一, 浴足通过利用药物透过足部孔窍、皮肤、腧穴等部位直接吸收, 进入经脉血络, 输布全身而发挥其药理效应。浴足疗法在降低血压、改善症状等方面有独特的疗效, 特别是可与口服药物及其他疗法联合使用, 起到协同疗效^[9-10]。

本研究中平肝降压汤夏枯草清泄肝火明目; 钩藤清热平肝熄风; 天麻平肝潜阳熄风, 杜仲、桑寄生补肾强腰; 决明子清肝明目, 润肠通便; 黄芩清热解毒; 白芍柔肝缓急; 珍珠母、龙骨平肝潜阳。共奏清肝潜阳、熄风止痉之功。浴足方中加入川牛膝活血引血下行, 栀子、野菊花清热泻火、导火外出, 磁石平肝潜阳、安神镇惊。

本研究显示, 在西医常规治疗的基础上, 平肝降压汤内服和浴足能进一步降低 SBP 和 DBP 水平, 其中医证候疗效和血压疗效均优于单纯的西医治疗, 并能改善患者的生存质量, 值

得临床使用。

[参考文献]

- [1] 韩彦彬, 董柏青. 高血压人群健康干预常见模式的研究进展[J]. 中国慢性病预防与控制, 2008, 16(5): 540-543.
- [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]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- [3] 葛华迅, 罗国东, 刘龙民, 等. 中医药治疗高血压病作用机制研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(11): 1375-1377.
- [4] 郭慧君, 王知佳, 刘玉芳, 等. 从高血压病的治疗谈中西医结合的研究思路[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(9): 1882-1883.
- [5] 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: 73-81.
- [6] 崔洪泉, 黄燕, 李成文, 等. 肝阳上亢型高血压病的研究现状[J]. 河南中医, 2008, 28(5): 80-82.
- [7] 谭元生, 曾勇, 张稳, 等. 论高血压病中医优势证型[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(3): 390-391.
- [8] 鹿小燕, 史载祥. 中西医结合治疗高血压病应注意的关键问题[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1561-1564.
- [9] 施展. 浴足疗法治疗高血压现状的概况[J]. 医学综述, 2012, 18(24): 4226-4228.
- [10] 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.

(责任编辑: 刘淑婷)



·书讯·《外科专病中医临床诊治》由人民卫生出版社出版。本书共收外科疾病 16 种。包括急性乳腺炎、乳腺导管扩张症、乳腺增生病、血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化闭塞症、糖尿病足、小腿慢性溃疡、褥疮、颈痛、毒蛇咬伤、粘连性肠梗阻、直肠脱垂、肛瘘、混合痔, 均为具有中医治疗优势的疾病。内容从整体性与实用性出发, 各病均按概述、病因病机、临床表现、实验室和其他辅助检查、诊断要点、鉴别诊断、治疗、医案精选、难点与对策、经验与体会、预后与转归、预防与调理、现代研究、名医专家论坛、评述、古籍精选等栏目阐述, 并根据不同疾病各有侧重。全书共约 60 万字, 主要供中、高级医务工作者参考。每册定价 41 元。需要者请汇款到广州市番禺区大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科收, 邮政编码 510006, 电话 020- 39354129。