

四逆汤加减联合西药治疗阳虚型原发性高血压临床研究

苏凤婷, 胡丽华, 汪利平, 朱晓强

浙江省人民医院望江山院区, 浙江 杭州 310024

[摘要] 目的: 观察四逆汤加减联合西药治疗阳虚型原发性高血压的临床疗效及对患者中医症状、血压影响。方法: 按照随机数字表法将诊断为阳虚型原发性高血压患者 260 例分为对照组与观察组, 分别为 130 例。对照组采用硝苯地平控释片治疗; 观察组于对照组西药治疗基础上采用四逆汤加减治疗。观察 2 组患者临床中医证候疗效、治疗前后中医症状体征积分及血压变化、降压疗效、不良反应。结果: 观察组临床中医证候疗效总有效率为 75.4%, 明显高于对照组的 50.8% ($P < 0.05$); 治疗后 2 组各项临床症状及体征积分、血压较治疗前均显著改善 ($P < 0.05$), 观察组改善较对照组显著 ($P < 0.05$)。观察组降压总有效率为 91.5%, 明显高于对照组的 66.2% ($P < 0.05$); 2 组治疗期间未发生明显不良反应。结论: 相比单纯西药治疗来说, 临床应用四逆汤加减联合治疗阳虚型原发性高血压可有效改善患者临床症状及血压, 提高临床治疗效果, 且具有较高安全性。

[关键词] 原发性高血压; 阳虚型; 四逆汤加减; 硝苯地平控释片

[中图分类号] R544.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0028-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.013

原发性高血压是一种常见性心血管疾病, 这种疾病主要表现为体循环中动脉血压的持续升高, 是一种多基因遗传和多种环境因素所致复杂性疾病。临床上, 这种疾病发病较为缓慢, 且早期无明显症状, 部分表现为头晕、头痛及心悸等症状, 然这些症状大多由患者高级神经功能失调所引起, 且患者病情与其血压升高程度表现不一致; 然后期血压呈现为较高水平, 且部分患者伴有心肾等靶器官受损情况。中药治疗具有其独特优势, 且其可通过多层次、多靶点等综合调理, 以改善其临床症状, 减轻或避免并发症发生。本研究探讨中西医结合治疗阳虚型原发性高血压患者临床疗效, 旨在更好地改善患者临床症状, 促进其康复, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 260 例阳虚型原发性高血压者均为 2012 年 11 月—2014 年 11 月期间收治患者。按照随机数字表法分为对照组与观察组, 各 130 例。观察组男 79 例, 女 51 例; 年龄 51~79 岁, 平均(62.5±2.5)岁; 病程 0.7~19.7 年, 平均(10.2±1.4)年; 轻度高血压 50 例, 中度高血压 50 例, 重度高血压 30 例。对照组男 80 例, 女 50 例; 年龄 50~77 岁, 平均(60.5±2.0)岁; 病程 0.5~19.6 年, 平均(10.4±1.3)年; 轻度高血压 54 例, 中度高血压 48 例, 重度高血压 28 例。2 组患者病程、性别等一般资料, 经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断标准参照《中医内科学》^[1]中阳虚证。患者表现为: 畏寒肢冷、面色苍白、小便清长、夜尿频多、脉沉细弱、喜热饮、白天思睡。西医诊断参照《2004 年中国高血压防治指南(实用本)》^[2]中血压水平的定义和分类。症状量化分级标准参照《中医量化诊断》^[3]制定主要症状量化分级标准。年龄 18~90 岁且男女不限, 西医首诊为高血压病且可自愿参与研究, 能较好地配合治疗、坚持采用中药治疗, 苍白、脉无力、阳虚型。排除继发性高血压、严重性肝肾等器质性疾病、药物过敏者、恶性肿瘤、糖尿病、继发性高血压、先天性心脏病、精神疾病。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用硝苯地平控释片(上海现代制药股份有限公司, 规格: 30 mg, 国药准字: H20000079, 生产批号: 130602b)治疗, 每次 1 片, 每天 1 次, 14 天为 1 疗程。

2.2 观察组 于对照组西药治疗基础上加用四逆汤加减治疗, 处方: 干姜 10~15 g, 熟附子 9~45 g, 蜜炙甘草 10~15 g。其中痰湿壅盛者加制茯苓 5 g, 陈皮 6 g, 半夏、厚朴各 9 g; 气虚者加党参、白术各 15 g; 血虚者加熟地黄、何首乌各 15 g; 虚阳浮越者加龙骨、牡蛎各 30 g, 砂仁 15 g, 磁石 10 g; 血瘀者加赤芍 6 g, 丹参、当归各 15 g, 红花 9 g; 便秘者加火麻仁、肉苁蓉各 9 g。每天 1 剂, 加水煎熬, 取汁液 200 mL 服用, 早晚各 1 次, 14 天为 1 疗程。

[收稿日期] 2015-02-02

[作者简介] 苏凤婷 (1982-), 女, 住院医师, 研究方向: 中西医结合治疗原发性高血压。

2组均治疗2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者临床中医证候疗效、治疗前后中医症状积分及血压变化、降压疗效、不良反应。

3.2 统计学方法 数据采用SPSS20.0软件统计与分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 u 检验;计数资料采用例(%)表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 中医证候疗效标准 采用尼莫地平法对患者临床主症和次症进行半定量计分^[4],并根据患者临床症状及体征轻重程度分别分为正常、轻、中、重。主症:按照正常(0分)、轻(3分)、中(6分)、重(9分)计算;舌苔脉象:无为0分,有为3分。次症:按照正常(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)计算。疗效指数: $n = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$ 。显效:治疗后临床症状及体征明显改善且 $n \geq 70.0\%$;有效:临床症状及体征好转, $n \geq 30.0\%$;无效:临床症状及体征无改善或更为严重, $n < 30.0\%$ 。总有效 = 显效 + 有效。

4.2 降压疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]评价,显效:舒张压下降 >10 mmHg且达正常范围或舒张压未达正常范围,但下降 ≥ 20 mmHg;有效:舒张压下降 <10 mmHg且达正常范围或舒张压未达正常范围,但下降 $10 \sim 19$ mmHg;无效:以上标准均未达到。

4.3 2组中医证候疗效比较 见表1。观察组中医证候疗效总有效率为75.4%,明显高于对照组50.8%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组中医证候疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	130	39	27	64	50.8
观察组	130	56	42	32	75.4 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组中医症状体征积分比较 见表2。治疗前,2组患者各项症状及体征积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后2组各项临床症状及体征积分较治疗前均显著改善($P < 0.05$),观察组各项症状及体征积分改善较对照组显著($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后血压比较 见表3。治疗前,2组患者血压比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后2组血压较治疗前均显著改善($P < 0.05$),观察组血压改善较对照组显著($P < 0.05$)。

4.6 2组降压疗效比较 观察组显效89例,有效30例,无效11例;对照组:显效56例,有效30例,无效44例;观察组降压总有效率为91.5%,明显高于对照组66.2%,差异有统计学意义($\chi^2 = 20.96, P = 0.00 < 0.05$)。

4.7 不良反应 治疗期间,观察组1例脸红、1例便秘;对

照组2例低血压性眩晕、1例头痛;但经对症治疗后,症状消失,未影响治疗结果,均未发生明显不良反应。

表2 2组中医临床症状体征积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

临床症状及体征	观察组(n=130)		对照组(n=130)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
头痛	1.61±0.45	0.25±0.10 ^{①②}	1.56±0.47	0.71±0.41 ^①
头晕	1.45±0.52	0.17±0.08 ^{①②}	1.51±0.49	0.48±0.12 ^③
大便溏薄	2.31±1.10	0.36±0.17 ^{①②}	2.41±1.08	0.59±0.28 ^①
畏寒肢冷	3.97±1.16	0.71±0.46 ^{①②}	4.01±1.17	1.26±0.58 ^①
喜热饮	4.96±0.78	0.54±0.25 ^{①②}	4.86±0.85	1.27±0.47 ^①
气短	3.28±1.01	0.71±0.68 ^{①②}	3.31±0.97	1.65±0.71 ^①
神疲乏力	2.67±0.57	0.69±0.41 ^{①②}	2.72±0.62	1.63±0.86 ^①
腰膝酸冷	2.25±0.76	0.41±0.25 ^{①②}	2.36±0.67	1.01±0.34 ^①
夜尿频	3.02±0.58	0.75±0.17 ^{①②}	2.79±0.69	1.29±0.41 ^①
面色苍白	2.49±0.61	0.25±0.21 ^{①②}	2.51±0.71	1.01±0.33 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

表3 2组治疗前后血压比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

指标	对照组(n=130)		观察组(n=130)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
收缩压	158.67±12.75	127.10±7.25 ^①	159.60±12.81	110.61±6.14 ^{①②}
舒张压	103.25±5.98	87.95±6.90 ^①	102.97±6.12	79.85±5.06 ^{①②}

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

中医治疗原发性高血压可辨证施药,同时本疾病属于中医学眩晕、头痛范围,肾虚为本病眩晕主要原因^[6]。由于久病阴损及阳,因而从根本上来说,需以肾阳虚为主;治则采用滋阴潜阳、滋补肝肾等法。目前临床上阳虚证患者越来越多,老年人可能因其“多虚多瘀”的特点成了阳虚的主流人群,同时年轻型阳虚患者亦不少见,这可能与过度用脑、饮食不节、在空调室内时间过长、工作压力大导致烦劳有关,过度的消耗超过了后天补养,造成了阳虚。

四逆汤主要由干姜和附子及甘草组成,经现代药理学研究发现,附子可促使患者脑动脉和冠状动脉及股动脉血流量增加。附子色黑入肾,可引浮阳归原,且其性大热,乃一团烈火也。凡人一身,全赖一团真火,真火欲绝,故病见纯阴。附子能回阳救逆,补先天欲绝之火种,用其为君。同时又虑阳虚而致阴太盛,群阴阻塞使附子之力不能直入根蒂,故佐以干姜之辛温而散,以其作为前驱,荡尽阴邪,迎阳归位。阳气虽回,若无土覆之,光焰易熄,虽生不永,故继以甘草之甘,缓其正气。真火伏藏,阴阳调和,故疾病可愈也。笔者认为高血压的发病主要还是阴阳失调,其中阳虚者,阴气自然偏盛,因而出现相应的虚寒症状,进一步还可导致痰瘀等阴邪凝结,甚至虚

阳浮越。本研究中, 2 组治疗后血压较治疗前均明显下降($P < 0.05$), 且观察组下降较对照组显著($P < 0.05$), 2 组患者头痛等临床症状及体征得到明显改善, 且联合用药改善更为显著, 这说明中药对西药降压具有协同效果。2 组均无明显不良反应发生, 说明硝苯地平控释片及硝苯地平控释片联合四逆汤治疗均具有较高安全性, 值得进一步研究和推广应用, 以为临床阳虚型原发性高血压患者治疗提供重要参考。

[参考文献]

- [1] 王新月. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 257-260.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会. 2004 年中国高血压防治指南(实用本)[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(12):

1060-1064.

- [3] 徐迪华, 徐剑秋. 中医量化诊断[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1997: 52-57.
- [4] 李晓峰. 硝苯地平缓释剂联合利尿剂治疗 173 例老年高血压患者安全性与有效性临床观察[J]. 中南药学, 2014, 12(1): 76-79.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993.
- [6] 王延震, 甘义荣, 张铁峰, 等. 硝苯地平控释片联合厄贝沙坦治疗老年冠心病合并高血压的效果及对肾功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(16): 4650-4651.

(责任编辑: 骆欢欢)

失眠患者 172 例中医体质调查

黄清苑, 罗海龙, 李晓芹, 温利辉, 曾志威

中山大学附属医院梅州市人民医院, 广东 梅州 514031

[摘要] 目的: 探讨失眠患者的中医体质分布特点, 为制定针对性的干预措施提供依据。方法: 采用现场调查, 应用中医 9 种基本体质分类量表、匹兹堡睡眠质量量表 (PSQI) 对 172 例失眠患者进行中医体质辨识和分类研究, 并以同时间段 132 例体检正常的人群为健康对照组。结果: 失眠组中气郁质、阳虚质、气虚质 3 种体质者多于健康对照组 ($P < 0.01$)。失眠组中女性多于男性, 女性气郁质、阳虚质人群比例均高于男性 ($P < 0.01$); 男性湿热质、痰湿质人群比例均高于女性, 但差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。失眠组各偏颇体质患者的 PSQI 分值均高于健康对照组, 以阳虚质、气郁质、气虚质、血瘀质、阴虚质最明显 ($P < 0.05$)。结论: 气郁质、阳虚质、气虚质是失眠患者的多发体质, 掌握中医体质特征, 更好地指导系统化干预。

[关键词] 失眠; 中医体质; 气郁质; 阳虚质; 气虚质

[中图分类号] R256.23 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 08-0030-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.014

失眠是一种常见的生理心理疾患, 长期失眠会给人的正常生活和工作带来不利影响, 甚至会造造成严重的意外事故。随着人们生活节奏的加快, 失眠的发病率呈现增长的趋势^[1]。2006 年中国六大城市失眠调查显示, 成年人失眠率高达 57%^[2]。中医学将失眠纳入“不寐”的范畴。本研究对 172 例四诊资料完备的失眠患者通过临床问卷调查分析失眠患者的体质分布特点, 为失眠的辨体 - 辨病 - 辨证提供依据, 同时也为制定针对性的干预措施提供依据, 提高临床疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 ①失眠组: 2012 年 8 月—2014 年 9 月于本院心理门诊及中医科门诊、住院部确诊为失眠症的患者, 共纳入 172 例, 男 72 例, 女 100 例, 年龄 22~70 岁, 平均(39.51±9.85)岁。②健康对照组: 同时间段于本院体检中心体检正常的人群, 共纳入 132 例, 男 58 例, 女 74 例, 年龄 23~68 岁, 平均(36.13±8.45)岁。将调查对象的年龄按年龄段分为 5 组, 受教育程度自小学到大学以上分为 5 类, 将调

[收稿日期] 2015-03-20

[基金项目] 梅州市科技计划项目 (2013B125)

[作者简介] 黄清苑 (1977-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 中医治未病, 中医药防治心脑血管疾病。