

安脑片治疗肝火亢盛型原发性高血压眩晕临床观察

许建平

杭州市余杭区良渚医院内科, 浙江 杭州 311113

[摘要] 目的:观察安脑片治疗肝火亢盛型原发性高血压眩晕临床疗效。方法:筛选在本院就诊的原发性高血压患者110例,随机分为对照组55例和治疗组55例;2组参照《中国高血压防治指南2010》相关标准给予非药物治疗。对照组口服马来酸依那普利片及苯磺酸氨氯地平片。治疗组在对照组治疗方案的基础上口服安脑片,所有患者疗程均为8周。比较2组临床疗效。运用欧洲眩晕评价量表(EEV)评价2组眩晕程度。结果:总有效率治疗组94.55%,高于对照组78.18%,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组间中医症状评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗4周和治疗8周,治疗组EEV评分分别低于同期对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:在西医治疗基础上,安脑片治疗肝火亢盛型原发性高血压可明显改善患者眩晕,提高临床疗效,值得临床借鉴。

[关键词] 原发性高血压;眩晕;肝火亢盛型;安脑片

[中图分类号] R544.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415(2016)06-0036-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.016

原发性高血压病为临床最常见的疾病之一,也是心脑血管系统心脑血管病主要诱发因素,若不及时控制,可引起脑卒中、心肌梗死等严重疾病,不仅致残、致死率高,且极大消耗医疗和社会资源。其中眩晕为原发性高血压常见症状之一,目前,原发性高血压能够被有效预防和控制,但眩晕症状却未能得到有效好转,且反复眩晕发作又可引起血压波动,对患者的日常生活造成严重困扰^[1]。研究发现,中医药在治疗原发性高血压病的同时,对患者眩晕症状改善具有独到的疗效^[2]。本研究对肝火亢盛型原发性高血压患者采取安脑片干预,在缓解高血压同时对改善眩晕起到良好治疗效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 原发性高血压诊断标准 根据《中国高血压防治指南2010》^[3]相关标准拟定;在未服抗高血压药前提下,收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg;1级高血压(轻度):收缩压140~159 mmHg,舒张压90~99 mmHg;2级高血压(中度):收缩压160~179 mmHg,舒张压100~109 mmHg;3级高血压(重度):收缩压 ≥ 180 mmHg,舒张压 ≥ 110 mmHg。

1.2 肝火亢盛证辨证标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]相关标准拟定:①主症:眩晕,头痛,急躁易怒;②次症:面红,目赤,口干,口苦,便秘,溲赤,舌红苔黄,脉弦数。

1.3 纳入标准 ①符合原发性高血压诊断标准者;②符合肝火亢盛证辨证标准者;③年龄40~65岁;④病程1~6年;⑤高血压分级为2级者;⑥患者自愿加入,且签署协议书。

1.4 排除标准 ①合并肺、肝、肾、内分泌系统等严重障碍及精神病患者;②继发性高血压者;③依从性差者;④近期服用中药治疗者;⑤过敏体质者。

1.5 一般资料 筛选2013年5月—2015年1月在本院就诊的原发性高血压病患者,共110例,随机分为对照组55例和治疗组55例。对照组男29例,女26例;年龄44~65岁,平均(57.82 \pm 7.67)岁;病程1~5.5年,平均(3.22 \pm 0.43)年;合并高血脂8例,冠心病2例,糖尿病5例。治疗组男31例,女24例;年龄45~64岁,平均(58.13 \pm 7.92)岁;病程1.5~6年,平均(3.35 \pm 0.49)年;合并高血脂7例,冠心病1例,糖尿病6例。2组患者性别、年龄、病程及合并症等资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 依据《中国高血压防治指南2010》^[3]相关标准给予非药物治疗,包括:减少钠盐摄入、控制体重、戒烟限酒、定期体育锻炼、减轻精神压力,保持心理平衡。

2.2 对照组 马来酸依那普利片(Merck Sharp Dohme Limited,国药准字H20100756),每次10 mg,每天1次;苯磺酸氨氯地平片(琪宝制药有限公司,国药准字H20103720),

[收稿日期] 2016-01-10

[作者简介] 许建平(1981-),男,主治医师,主要从事内科临床工作。

每次 5 mg, 每天 1 次, 口服。

2.3 治疗组 在对照组治疗方案的基础上服用安脑片(哈尔滨蒲公英药业有限公司, 国药准字 Z23020125), 每次 4 片, 每天 3 次。

2 组患者疗程均为 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2 组中医症状评分及临床疗效, 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]症状分级量表, 参评指标有眩晕、头痛、急躁易怒、面红目赤、口干口苦; 参照上述症状严重程度计分: 无计 0 分, 轻度计 1 分, 中度计 2 分和重度计 4 分。②2 组眩晕程度评价: 参照欧洲眩晕评价量表(European evaluation of vertigo scale, EEV)^[6], 分值范围为 0~20 分, 分值越高, 提示眩晕越重; 分别于治疗前及治疗后 4 周、8 周进行评价。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS17.0 统计学软件包进行分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 *t* 检验; 计数资料采取百分率表示, 组间比较采用 χ^2 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)》^[4]相关标准。显效: 舒张压下降 >10 mmHg, 且符合正常范围; 舒张压虽未达到正常, 但已下降 20 mmHg 或以上; 眩晕等临床症状、体征明显改善, 证候积分较治疗前积分减少 $\geq 70\%$ 。有效: 舒张压下降 <10 mmHg, 但已符合正常范围; 舒张压较治疗前下降 10~19 mmHg, 但未达到正常范围; 收缩压比治疗前下降 30 mmHg 以上, 需具备其中 1 项; 眩晕等临床症状、体征均有改善, $30\% \leq$ 证候积分减少 $<70\%$ 。无效: 血压有所降低, 但未达到上述标准; 眩晕等临床症状、体征无改善, 甚或加重, 证候积分减少 $<30\%$ 。总有效率 = 显效率 + 有效率。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 94.55%, 对照组 78.18%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

组别	n	2 组临床疗效比较			总有效率(%)
		显效	有效	无效	
对照组	55	15	28	12	78.18
治疗组	55	20	32	3	94.55 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组 EEV 评分比较 见表 2。治疗后, 2 组患者 EEV 评分均比治疗前降低, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗 4 周和治疗 8 周, 治疗组 EEV 评分分别低于同期对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

5 讨论

原发性高血压病属中医学眩晕、头痛范畴, 其基本病理为人体阴阳平衡失调、脏腑气血功能逆乱; 肝脏经脉直达巅顶,

表 2 2 组 EEV 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周
对照组	17.13 \pm 2.04	13.01 \pm 1.88 ^①	6.52 \pm 0.85 ^①
治疗组	17.09 \pm 2.09	10.15 \pm 1.27 ^{①②}	1.97 \pm 0.26 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

肝在志为怒, 怒则气上逆, 肝风亢逆, 夹痰上扰清窍, 上扰巅顶导致气血逆乱, 因而诱发眩晕。其病机重在肝阳上亢, 实指肝气升发太过, 肝脏之血循经上冲, 血不归肝, 逆而上行, 不易下降; 故确立清热凉血、涤痰化瘀、开窍醒神之治疗法则。

安脑片源于《温病条辨》, 由牛黄、麝香、水牛角浓缩粉、朱砂、黄连、黄芩、雄黄、栀子、冰片、郁金、珍珠、猪胆汁粉、石膏、代赭石、珍珠母组成; 方中以赭石苦寒质重, 寒能泻火, 且入肝经, 故可平肝阳、清肝火; 珍珠母性寒, 入肝、心经, 两者合用平肝潜阳、降逆肝火; 辅以黄芩、黄连、栀子、石膏、猪胆汁粉苦寒泄降, 泻火解毒; 牛黄清热、熄风豁痰开窍; 水牛角浓缩粉清营凉血、安神定惊; 麝香通达经络、开窍醒神; 雄黄解毒豁痰; 冰片、郁金通窍醒神、化痰开郁; 朱砂、珍珠清心镇静安神、化痰熄风止痉定惊; 如此则痰者消之、风者熄之、瘀者化之、火者清之, 使邪去正安。现代药理学研究表明, 安脑片具有解热、抗炎等功效, 能够通过抑制炎症反应、减少神经细胞凋亡、促进神经元再生等起到脑保护作用, 目前, 临床常用于治疗头痛、眩晕、烦躁、失眠等疾病^[7]。

本研究在常规西医基础上, 对 55 例肝火亢盛型原发性高血压眩晕患者给予安脑片干预, 结果显示: 加用安脑片治疗组患者的眩晕、头痛、急躁易怒、面红目赤、口干口苦等中医症状评分在治疗前后变化均不明显, 提示中医药在本组研究中发挥了积极效果; 针对 2 组患者眩晕改善情况, 笔者观察了治疗前后所有患者 EEV 评分, 结果发现, 治疗 4 周和治疗 8 周, 治疗组 EEV 评分分别低于对照组同期($P < 0.01$); 故加用安脑片可促进肝火亢盛型原发性高血压患者眩晕康复; 治疗 8 周, 结果提示, 治疗组总有效率 94.55%, 优于对照组 78.18% ($P < 0.05$)。

本研究从中医症状量表、欧洲眩晕评价量表及总体疗效三方面均证实, 安脑片治疗肝火亢盛型原发性高血压眩晕疗效确切。能改善中医症状、降低眩晕量表评分、提高临床疗效, 值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 许伟源, 郭航远, 彭放. 眩晕宁对原发性高血压合并眩晕的症状改善及血浆内皮素-1 的影响[J]. 中国医师进修杂志, 2012, 35(16): 54-56.

- [2] 张玉焕, 徐士欣, 朱亚萍, 等. 合用舒脑欣滴丸对眩晕(高血压)炎症因子水平的影响[J]. 中成药, 2014, 36(10): 2055- 2059.
- [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]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(7): 579- 615.
- [4] 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- 77.
- [5] Duracinsky M, Mosnier I, Bouccara D, et al. Literature review of questionnaires assessing vertigo and dizziness, and their impact on patients' quality of life[J]. Value Health, 2007, 10(4): 273- 284.
- [6] 李为民, 何华, 李鲤. 李鲤运用保和丸化裁治疗原发性高血压病眩晕经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(4): 472- 473.
- [7] 杨桦, 罗永丽. 安脑片治疗脑卒中后血管性痴呆的临床疗效[J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(8): 132- 133.

(责任编辑: 刘淑婷)

清热化痰活血法联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察

许建华

宁波市鄞州区第三医院内科, 浙江 宁波 315191

[摘要] 目的: 观察清热化痰活血法联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重期患者的临床疗效。方法: 将100例患者随机分为对照组与观察组各50例。对照组予抗菌消炎、化痰平喘等常规治疗, 治疗组在对照组的基础上加用清热化痰活血中药治疗。观察2组患者治疗前后血气分析及肺功能、临床症状评分变化, 统计2组临床疗效、不良反应及随访6月的复发情况。结果: 治疗后2组患者氧分压(PO_2)、1秒用力呼气容积(FEV_1)/用力肺活量(FVC)均较治疗前上升($P < 0.05$), 二氧化碳分压(PCO_2)、 FEV_1 较治疗前下降($P < 0.05$); 且观察组上述各项指标改善较对照组更显著($P < 0.05$)。治疗后2组临床症状评分均较治疗前显著下降($P < 0.05$), 且观察组各症状评分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。总有效率观察组为94.0%, 对照组为62.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。随访6月, 复发率观察组为4.3%, 对照组为32.3%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 清热化痰活血法联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者, 疗效优于单纯西药治疗, 且复发率较低。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 中西医结合疗法; 清热化痰活血

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0038-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.017

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续气流受限为主要特征的可防治性疾病, 该疾病进行性发展的气流受限与患者气道及肺组织对烟雾等有害气体或颗粒的慢性炎症反应增强有紧密联系^[1]。目前尚未完全清楚该疾病发病机制, 然气道慢性炎症为临床医学所认可的发病机制。现代医学认为, 急性加重期常见原因是受细菌或病毒感染所致患者气道炎症加重, 因此治疗应以抗生素、控制性氧疗及支气管舒张药等为主, 其虽可改

善患者临床症状, 但效果并不理想且长期应用易产生耐药性, 增加治疗难度^[2]。中医学对COPD认识由来已久, 且治疗取得一定成效。临床上, 中西医联合用药则可弥补各自不足, 最大限度改善患者预后。本次研究应用清热化痰活血法联合西药治疗COPD急性加重期患者, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指

[收稿日期] 2015-12-03

[作者简介] 许建华(1971-), 男, 副主任医师, 主要从事内科临床工作。