天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢证高血压病疗效观察及对血脂、血清Hcy水平的影响

陈杰，陈菲菲，唐绍北

苍南县中医院内一科，浙江 苍南 325800

［摘要］**目的：**观察天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢证高血压病的临床疗效及对血脂、血清同型半胱氨酸（Hcy）水平的影响。**方法：**选取90例肝阳上亢证高血压病患者，按随机掷硬币法将患者分为常规组和中药组各45例。常规组给予硝苯地平控释片治疗，中药组在常规组基础上加用天麻钩藤饮加减治疗。比较2组临床疗效，以及治疗前后中医证候评分、血压［收缩压（SBP）、舒张压（DBP）］、血脂［总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）］、Hcy水平。**结果：**中药组总有效率为95.56%（43/45），常规组为82.22%（37/45），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组证候评分低于常规组（$P<0.05$）。治疗后，2组SBP、DBP水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组SBP、DBP水平低于常规组（$P<0.05$）。治疗后，2组TC、TG、LDL-C水平均较治疗前降低（$P<0.05$），HDL-C水平均较治疗前升高（$P<0.05$）；且中药组TC、TG、LDL-C水平均低于常规组（$P<0.05$），HDL-C水平高于常规组（$P<0.05$）。治疗后，2组Hcy水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组Hcy水平低于常规组（$P<0.05$）。**结论：**天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢证高血压病疗效显著，可以有效改善患者血压、血脂及血清Hcy水平，降低心血管疾病发生的风险。

［关键词］高血压病；肝阳上亢证；硝苯地平控释片；天麻钩藤饮；血脂；同型半胱氨酸

［中图分类号］R544.1^{+}1　　［文献标志码］A　　［文章编号］0256-7415（2025）14-0025-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.14.005

Observation of Therapeutic Effect of Modified Tianma Gouteng Decoction on Hypertension with Ascendant Hyperactivity of Liver Yang Syndrome and Its Impact on Blood Lipids and Serum Hcy Levels

CHEN Jie, CHEN Feifei, TANG Shaobei

The First Department of Internal Medicine, Cangnan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Cangnan Zhejiang 325800, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Tianma Gouteng Decoction in the treatment of hypertension with ascendant hyperactivity of liver yang syndrome and its effects on blood lipids and serum homocysteine (Hcy) levels. **Methods:** A total of 90 hypertension patients with ascendant hyperactivity of liver yang syndrome were selected and divided into the conventional group and the Chinese medicine group according to the random coin toss method, with 45 patients in each group. The conventional group was treated with Nifedipine Controlled-Release Tablets, while the Chinese medicine group was treated with modified Tianma Gouteng Decoction in addition to the treatment of the conventional group. The clinical effects were compared between the two groups. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, blood pressure [systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP)], blood lipids [total cholesterol (TC), triglycerides (TG), low-density lipoprotein

［收稿日期］2024-04-24
［修回日期］2025-04-19
［作者简介］陈杰（1982-），男，主治医师，E-mail：chenjie19820101@163.com。

cholesterol (LDL-C), and high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C)], and Hcy levels were compared between the two groups before and after treatment. **Results**: The total effective rate in the Chinese medicine group was 95.56%(43/45), while that in the conventional group was 82.22%(37/45), with the difference being significant ($P<0.05$). After treatment, TCM syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the TCM syndrome scores in the Chinese medicine group were lower than those in the conventional group ($P<0.05$). After treatment, the levels of SBP and DBP in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the levels of SBP and DBP in the Chinese medicine group were lower than those in the conventional group ($P<0.05$). After treatment, the levels of TC, TG, and LDL-C in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), while the levels of HDL-C were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$); the levels of TC, TG, and LDL-C in the Chinese medicine group were lower than those in the conventional group ($P<0.05$), and the level of HDL-C in the Chinese medicine group was higher than that in the conventional group ($P<0.05$). After treatment, the Hcy levels in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the Hcy level in the Chinese medicine group was lower than that in the conventional group ($P<0.05$). **Conclusion**: The modified Tianma Gouteng Decoction has a significant therapeutic effect on hypertension with ascendant hyperactivity of liver yang syndrome. It can significantly improve patients' blood pressure, blood lipids, and serum Hcy levels, and reduce the risk of cardiovascular diseases.

Keywords: Hypertension; Ascendant hyperactivity of liver yang syndrome; Nifedipine Controlled-Release Tablets; Tianma Gouteng Decoction; Blood lipids; Homocysteine

高血压病是一种发病率呈上升趋势的慢性疾病，如果病情得不到有效控制，容易诱发心脑血管疾病，对患者的生活质量和健康状况造成严重影响[1]。因此，目前对高血压病的治疗已经从单一的降压目标转变为全面的心血管保护[2]。中医学认为，高血压的发生与肝阳上亢有着密切的关系，肝阳上亢证是高血压病证体系中的一种证型，其特点是患者表现出头晕目眩、头痛偏盖、耳鸣耳聋、面赤目赤、口苦咽干、怒视易怒、胁痛胸闷等症状[3]。天麻钩藤饮具有清肝熄风、平肝潜阳的功效，其在防治心血管疾病上备受重视。临床研究表明，天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢证高血压病具有良好的疗效，可明显地降低患者的血压水平，改善心脑血管功能，减轻临床症状[4]。本研究观察天麻钩藤饮加减对肝阳上亢证高血压病患者血压、血脂及血清同型半胱氨酸(Hcy)水平的影响，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国高血压防治指南2018年修订版》[5]中高血压的诊断标准。临床表现为患者在未使用降压药时，收缩压(SBP)≥140 mmHg(1 mm Hg≈0.133 kPa)和或舒张压(DBP)≥90 mmHg。

1.2 辨证标准 符合《高血压中医诊疗指南》[6]中肝阳上亢证辨证标准。主症：头痛头晕，急躁易怒；次症：面红，目赤，口干口苦，便秘溲赤；舌脉：舌红苔黄，脉弦数。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准；病历资料完整；治疗依从性良好；患者及其家属均知情同意。

1.4 排除标准 治疗期间同时接受其他治疗者；存在凝血及肝、肾功能异常者；伴有恶性肿瘤者；有意识、认知功能障碍，难以沟通者。

1.5 一般资料 选取2021年1月—2023年6月苍南县中医院收治的90例肝阳上亢证高血压病患者作为研究对象，运用随机掷硬币法将患者分为常规组和中药组，每组45例。常规组男26例，女19例；年龄52～69岁，平均(60.36±4.56)岁；病程4～11年，平均(7.69±1.97)年；高血压病分级[5]：Ⅰ级13例，Ⅱ级17例，Ⅲ级15例。中药组男27例，女18例；年龄54～71岁，平均(60.74±4.35)岁；病程5～12年，平

均(7.84±1.82)年；高血压病分级：Ⅰ级15例，Ⅱ级16例，Ⅲ级14例。2组基线资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究已获得了苍南县中医院医学伦理委员会审批通过。

2 治疗方法

2.1 常规组 硝苯地平控释片(扬子江药业集团有限公司，国药准字H20223165)口服，每次30 mg，每天1次。连续治疗1个月。

2.2 中药组 在常规组基础上联合天麻钩藤饮加减治疗。处方：石决明30 g，杜仲20 g，钩藤、川牛膝、槲寄生、何首乌藤、葛根各15 g，茯神、川芎、白芍各12 g，天麻、黄芩各10 g，栀子9 g。每天1剂，水煎取汁200 mL，分早晚2次温服。连续治疗1个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]评估。于治疗前后分别对头痛头晕、急躁易怒、面红目赤、口干口苦、便秘溲赤等中医证候进行评分，按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分，分数与症状严重情况呈正比，见表1。②血压水平。于治疗前后测量2组患者在静息状态下的血压，连续3次，中间间隔5 min，取平均值。③血脂水平。于治疗前后采集2组患者空腹静脉血2 mL，采用全自动化学发光免疫分析仪检测总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平。④血清Hcy水平。于治疗前后于清晨采集2组患者空腹静脉血4 mL，分离血清，采用酶标仪检测血清Hcy水平。

表1 中医证候评分表

证候	0分	2分	4分	6分
头痛头晕	无症状	轻度不适，可以忍耐，不影响日常生活和工作	有明显不适，但休息或服药后缓解	剧烈不适，伴有恶心呕吐，需紧急就医
急躁易怒	无症状	出现短暂症状，可通过自我调节或休息缓解	症状持续时间较长，会影响日常生活和人际关系，需寻求专业治疗	在任何情况下都容易发怒，情绪强烈，难以控制，甚至有攻击行为，需尽快进行专业治疗
面红目赤	无症状	面部皮肤轻微发红，眼睛稍有充血，不会对生活造成影响	面部皮肤明显发红，眼睛充血较严重，会对生活造成一定困扰	面部皮肤潮红或红紫色，眼睛充血严重，甚至会影响到视觉
口干口苦	无症状	偶尔感到口腔干燥，口中有苦味，但症状较轻，不会影响日常生活	口干舌燥症状加重，口苦明显，会持续一段时间，会影响日常生活	口干舌燥、口苦症状严重，伴有咀嚼吞咽困难，持续时间长，严重影响生活质量
便秘溲赤	无症状	未出现明显的排便困难，尿液呈淡黄色至深黄色，无其他明显症状	存在轻微排便困难，尿液呈深黄色至琥珀色，伴有轻微的尿道不适	有明显排便困难，伴有肛门疼痛，尿液呈深黄色至琥珀色，有强烈的尿频、尿急等尿道不适

3.2 统计学方法 采用SPSS21.0统计学软件分析数据。计数资料以百分比(%)表示，组间比较采用χ^2检验；计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用两独立样本t检验；组内比较采用配对样本t检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《2004年中国高血压防治指南(实用本)》[8]中高血压病疗效评定标准。显效：DBP降低10 mmHg以上，降至正常值(90 mmHg)；或DBP虽没有恢复正常水平，但已经降低20 mmHg及以上。有效：DBP降低少于10 mmHg，但仍在正常范围(90 mmHg)内；或与治疗前相比，DBP降低10～19 mmHg，但仍没有恢复到正常值；或SBP比治疗前降低30 mmHg。无效：达不到上述标准。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。中药组总有效率为95.56%，常规组为82.22%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
常规组	45	15	22	8	82.22
中药组	45	27	16	2	95.56
χ^2值					4.050
P值					0.044

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表3。治疗前，2组头晕头痛、急躁易怒、面红目赤、口干口苦、便秘溲赤等中医证候评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组上述各项证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组各项评分均低于常规组（$P<0.05$）。

表3 2组治疗前后中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

证候	常规组（例数=45）		中药组（例数=45）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
头痛头晕	4.55±0.94	1.13±0.21①	4.52±0.89	0.97±0.15①②
急躁易怒	4.39±1.12	1.57±0.31①	4.31±1.09	1.01±0.16①②
面红目赤	4.45±0.81	1.75±0.39①	4.48±0.83	0.98±0.25①②
口干口苦	4.42±0.94	1.97±0.34①	4.38±0.95	1.25±0.36①②
便秘溲赤	4.48±0.58	1.98±0.51①	4.51±0.61	1.26±0.34①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与常规组治疗后比较，$P<0.05$。

4.4 2组治疗前后血压水平比较 见表4。治疗前，2组SBP、DBP水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组SBP、DBP水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组SBP、DBP水平低于常规组（$P<0.05$）。

表4 2组治疗前后血压水平比较（$\bar{x}\pm s$） mmHg

组别	例数	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	45	175.36±28.45	148.63±23.51①	110.69±16.94	98.63±12.64①
中药组	45	172.75±29.84	131.67±17.54①②	111.74±15.23	90.01±10.47①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与常规组治疗后比较，$P<0.05$。

4.5 2组治疗前后血脂水平比较 见表5。治疗前，2组TC、TG、LDL-C、HDL-C水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组TC、TG、LDL-C水平均较治疗前降低（$P<0.05$），HDL-C水平均较治疗前升高（$P<0.05$）；且中药组TC、TG、LDL-C水平均低于常规组（$P<0.05$），HDL-C水平高于常规组（$P<0.05$）。

4.6 2组治疗前后血清Hcy水平比较 见表6。治疗前，2组血清Hcy水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组Hcy水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且中药组Hcy水平低于常规组（$P<0.05$）。

表5 2组治疗前后血脂水平比较（$\bar{x}\pm s$） mmol/L

组别	时间	例数	TC	TG	LDL-C	HDL-C
常规组	治疗前	45	6.36±0.57	2.98±0.28	4.16±0.49	1.25±0.09
	治疗后	45	5.74±0.41①	2.24±0.23①	3.92±0.21①	1.36±0.27①
中药组	治疗前	45	6.39±0.58	2.93±0.27	4.19±0.52	1.23±0.12
	治疗后	45	4.61±0.32①②	1.69±0.12①②	3.21±0.19①②	1.57±0.14①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与常规组治疗后比较，$P<0.05$。

表6 3组治疗前后血清Hcy水平比较（$\bar{x}\pm s$） μmol/L

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
常规组	45	20.25±3.98	11.63±3.65	10.708	<0.001
中药组	45	21.36±3.01	9.35±3.01	18.926	<0.001
t值		1.492	3.233		
P值		0.139	<0.001		

5 讨论

目前，临床上常用西药通过调节神经内分泌系统，松弛血管平滑肌和调节水盐代谢来降低血压，可以在短时间内迅速降低血压，缓解高血压带来的不适，但是长期使用会产生耐药性和依赖性，使得药物疗效降低，若多种药物联合应用，则存在增加不良反应的风险[9]。中医学认为，高血压的发病机制通常与阴阳失衡、气机运行不畅、脏腑功能失调等有关。《黄帝内经》中有“诸风掉眩，皆属于肝”的记载，认为高血压与肝功能的失调存在密切联系。肝阳上亢证作为高血压的常见类型，患者常表现为头目眩晕、面红目赤等症状，一般认为多因肝肾阴虚，未能制约阳气，导致肝风内动、肝阳偏亢所致，治疗宜清热平肝、潜阳熄风。本研究采用天麻钩藤饮加减治疗，方中以天麻、钩藤为君药，天麻平肝熄风、止痉定眩；钩藤清热平肝、熄风定惊。以石决明、川牛膝为臣药，石决明平肝潜阳、清肝明目；川牛膝引血下行、活血利水。以杜仲、栀子、黄芩、葛根、川芎、白芍为佐药，杜仲补益肝肾；栀子清热泻火；黄芩清肝降火；葛根解肌生津；川芎活血行气；白芍养血柔肝。以茯神、何首乌藤为使药，茯神宁心安神；何首乌藤养血安神。诸药合用，共奏清热平肝、潜阳熄风、活血利水、安神定志之效。本研究结果显示，治疗后中药组总有效率高于常规组，中医证候评分、血压水平均低于常规组，提示天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢型高血压病可提高临床疗效，进一步改善中医证候，降低血压水平。

动脉粥样硬化是高血压及心血管疾病的主要病理学基础，评估血脂指标可以了解患者的动脉粥样硬化及心血管疾病风险，且部分药物降血压的同时也会降低血脂水平，通过评估血脂水平可以调整降压药物，实现降压和调脂的双重效果[10]。Hcy是心脑血管疾病发生的独立危险因素，其水平异常升高对心血管内皮细胞造成损伤，诱发炎症反应和血小板聚集，导致血管壁损伤和血栓形成，故通过评估Hcy水平可预测心血管疾病风险，为制定治疗方案提供依据[11]。本研究结果显示，治疗后中药组TC、TG、LDL及Hcy水平低于常规组，HDL水平高于常规组。提示天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢型高血压可以下调血脂、血清Hcy水平，从而降低心脑血管疾病发生的风险。分析其原因，可能是天麻钩藤饮加减方中所含中药具有调脂、调节代谢及抗氧化应激等药理作用，如中、低剂量的天麻粉具有降血脂、降血糖作用，高剂量的天麻粉具有减肥作用[12]；石决明所含多种矿物质和微量元素可通过促进脂质代谢和减少胆固醇吸收来调节血脂[13]；何首乌藤所含乙酸乙酯萃取物、正丁醇萃取物等活性成分具有良好的体内外抗氧化活性和减肥降脂活性[14]；茯苓可有效降低大鼠血浆内TG、TC、LDL-C水平[15]；黄芩、栀子可清除体内的湿热和毒素，有利于改善代谢环境，降低Hcy水平[16]；葛根可通过改善代谢，间接降低Hcy水平[17]；川芎可通过改善血液循环，减少Hcy在血管壁的沉积[18]；白芍可通过调节肝脏功能，影响Hcy的代谢[19]。

综上所述，天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢证高血压病疗效显著，可以明显改善血压、血脂及血清Hcy水平，有效降低心血管疾病发生的风险。

[参考文献]

[1] 邓慧芳，张六燕，冯彩玲，等. 平调颗粒对肝阳上亢型原发性高血压患者生活质量的影响[J]. 广州中医药大学学报，2023，40(3)：576-581.

[2] 杨晓萍，张冯佐，黄燕莉，等. 益气活血方联合依那普利对老年原发性高血压血管内皮功能的影响[J]. 世界中医药，2023，18(6)：828-833.

[3] 沈源基，相宇峰，黄斌，等. 中医外治法治疗肝阳上亢型高血压亚急症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志，2023，32(15)：2132-2135.

[4] 邢军彪，和会静，王妙，等. 天麻钩藤饮加减联合耳尖放血疗法治疗肝阳上亢型高血压临床观察[J]. 中国药业，2023，32(14)：95-98.

[5] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南2018年修订版[J]. 心脑血管病防治，2019，19(1)：1-44.

[6] 中华中医药学会. 高血压中医诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育，2011，9(23)：108-109.

[7] 郑筱萸. 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，2002：383-385.

[8] 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]. 高血压杂志，2004，12(6)：483-486.

[9] 张庆，郭麦平，姚姗姗，等. 六味地黄滴丸联合常规西药治疗原发性高血压阴虚阳亢证的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2023，21(12)：2273-2277.

[10] 戚尧，孙赞，陈春伟，等. 麝香保心丸治疗中青年难治性高血压冠状动脉微血管功能障碍的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2023，21(16)：3022-3026.

[11] 李刘文，白红艳，李岗峰. 依普利酮联合依那普利叶酸治疗H型高血压合并慢性心衰的疗效及对血清NT-proBNP、Hcy水平的影响[J]. 医学临床研究，2021，38(2)：199-201，205.

[12] 于滨左，增艳，孔维佳. 天麻粉对高脂饲料喂养大鼠降脂减肥作用的实验研究[J]. 中国医药导报，2014，11(30)：8-11.

[13] 庄培钧，郝二伟，李泽宇，等. 基于文献挖掘技术的海洋中药药对“石决明-牡蛎”应用规律及作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志，2023，29(19)：211-219.

[14] 万林. 首乌藤活性成分的提取及减肥降脂活性的研究[D]. 广州：华南理工大学，2019.

[15] 李骥，王松. 茯苓与有氧运动联合干预对大鼠动脉粥样硬化进程的影响[J]. 哈尔滨师范大学自然科学学报，2013，27(6)：74-77.

[16] 张行行，赵麓，孙欠欠，等. 基于网络药理学与实验验证探讨黄芩苷/栀子苷抗脑缺血后血管内皮功能障碍的作用及其机制[J]. 中国药理学与毒理学杂志，2023，37(Z1)：19.

[17] 李新，刘肖莹，蒋蕾，等. 基于网络药理学及分子对接技术分析丹参-川芎-葛根抗高血压的分子机制[J]. 药学研究，2022，41(6)：357-364，372.

[18] 陈启庭，林洪，陈利捷，等. 基于GEO数据库联合网络药理学研究川芎-赤芍药对治疗动脉粥样硬化的药理过程及分子机制[J]. 中国医院用药评价与分析，2024，24(6)：655-661.

[19] 黄晴，施春燕. 基于网络药理学研究白芍治疗肝纤维化的作用机制[J]. 药学实践与服务，2023，41(8)：485-491.

(责任编辑：冯天保，邓乔丹)