

临床研究

辨证论治联合泽泻汤加味方治疗高血压病
70例临床观察王春华¹ 高怡¹ 陈建芝¹ 李春禹¹ 王长志² 范洪亮³

(1 三河市燕郊人民医院,065201; 2 河北联合大学中医学院; 3 北京通州区中西医结合骨伤医院)

摘要 目的:观察辨证论治联合泽泻汤加味方对高血压病患者降压效果,明确此种治疗方式更适合何种高血压病。方法:原发性高血压病患者140例随机分为2组,一组给予辨证论治方,另一组给予辨证论治方联合泽泻汤加味方,口服治疗,疗程28d,观测不同阶段偶测血压。结果:2组偶测血压较治疗前均明显下降($P < 0.01$)。其中,治疗组与对照组同期比较SBP第14、21、28d均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),DBP同期比较第21、28d均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗组与对照组相同病史组间第28d同期比较,病史 ≤ 5 年组、5年 $<$ 病史 ≤ 10 年组间SBP、DBP均无差异($P > 0.05$),10年 $<$ 病史 ≤ 15 年组、病史 > 15 年组间SBP、DBP均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),其差异随病史延长而日渐显著;治疗组与对照组相同证型组间第28d同期比较:肝火亢盛证SBP、DBP均无差异($P > 0.05$),阴虚阳亢证SBP无差异($P > 0.05$)、DBP有差异($P < 0.05$),痰湿壅盛证、阴阳两虚证SBP、DBP均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治具有更好的降压效果,尤其适用于病史较长、中医证型属于痰湿壅盛证、阴阳两虚证的高血压病患者。

关键词 辨证论治;泽泻汤加味方;高血压;临床观察

Diagnosis and treatment combine with Alisma The Decoction side treatment of hypertension 70 cases of clinical observation

Wang Chunhua¹, Gao Yi¹, Chen Jianzhi¹, et al.

(1. The People's Hospital of Yanjiao in Sanhe City, Sanhe, Hebei, China. 065201; 2. Hebei Union University of Traditional Chinese Medicine, Tangshan, Hebei)

Abstract Objective: To observe the diagnosis and treatment combine with Alisma The Decoction side antihypertensive effect in patients with hypertension, clear that such treatment is more suitable for the circumstances of hypertension. **Methods:** Selected patients with primary hypertension in 140 cases were randomly divided into two groups, one group was given the diagnosis and treatment side, the other group was given the diagnosis and treatment side combine with Alismataceae Decoction side, oral therapy, course of treatment is 28 days, observing the different stages of casual blood pressure. **Results:** Two groups of casual blood pressure before treatment were significantly decreased ($P < 0.01$). Among them, the observation group and the control group compared SBP on the fourteenth day, the twenty-first day and the twenty-eighth day are of difference ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), DBP earlier on the twenty-first day and the twenty-eighth day are of difference ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The observation group and the control group with the same history between groups twenty-eighth days earlier, less than five years of history, five years of history group is less than ten years between group SBP, DBP were no difference ($P > 0.05$), ten years less than or equal to fifteen years group, $<$ History History $>$ fifteen years between group SBP, DBP showed difference ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), with a history extending its difference and more significantly; the observation group and the control group with the same syndrome between groups twenty-eighth days earlier: the SBP and DBP of anger hyperactivity permit was of no difference ($P > 0.05$), the SBP is of no difference ($P > 0.05$) and DBP is different ($P < 0.05$) of syndrome of hyperactivity of Yang due to Yin deficiency, the SBP of DBP are of differences ($P < 0.05$ or $P < 0.01$) of phlegm dampness card and deficiency of both Yin and Yang. **Conclusion:** The diagnosis and treatment combine with Alisma The Decoction side has a better antihypertensive effect than a simple diagnosis and treatment, especially suitable for the history long, TCM syndrome of phlegm dampness card syndrome of deficiency of both Yin and Yang in hypertensive patients.

Key Words Diagnosis and treatment; Alisma The Decoction side; Hypertension; Antihypertensive effect; Clinical observation

通讯作者:范洪亮,主任医师,中医博士,硕士研究生导师。主要从事中医药防治高血压病的研究。通讯地址:北京市通州区车站路89号,北京通州区中西医结合骨伤医院,101100

辨证论治是中医最具特色的诊疗方式,但存在辨证分型尚未统一的问题。理论上讲,辨证分型数目再多,亦不能避免“挂万漏一”。本研究采用公认的《中

药新药临床研究指导原则》高血压分型标准,以此为基础,围绕EH(原发性高血压)病程中普遍存在水浊内结、痰湿阻滞、瘀血阻络的病理,统一联合施以具有利水活血祛痰作用的泽泻汤加味方,进行了降压效果的临床观察,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 入选2011年1月至2012年3月燕郊人民医院中医科、心血管内科门诊共140例EH I、II级患者,年龄35~70岁,平均(56.5±9.8)岁,其中男性患者83例,女性患者57例,病程1~22年,平均(11.2±8.1)年;其中1~5年12例,6~10年35例,11~15年46例,15年以上47例。中医辨证分型中,肝火亢盛证28例、阴虚阳亢证39例、痰湿壅盛证45例、阴阳两虚证28例。随机分为2组,治疗组、对照组各70例,2组一般资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 依据《中国高血压防治指南》(2010年修订版)高血压诊断标准,排除继发性高血压、糖尿病及其他心、肝、肾脏疾病患者,血压在140~179/90~109mmHg之间(1mmHg=0.133kPa);中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》提出的中医高血压诊断分型标准,辨证分为肝火亢盛证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证。

1.3 治疗方法 中医各证型分别用其辨证论治主方浓缩水煎剂,每日2袋,分早晚2次口服。其中,对照组:肝火亢盛证用龙胆泻肝汤加减方(每袋100mL,含生药为龙胆草10g、生地黄10g、夏枯草10g、泽泻7g、黄芩7g、决明子7g、栀子5g、白芍5g),阴虚阳亢证用杞菊地黄汤加减(每袋100mL,含生药为枸杞子10g、生地黄10g、北沙参10g、牡丹皮10g、菊花5g、泽泻5g、怀牛膝3g、白芍5g、钩藤3g),痰湿壅盛证用半夏白术天麻汤加减(每袋100mL,含生药为清半夏8g、炒白术7g、天麻8g、陈皮6g、薏苡仁10g、茯苓10g、竹茹5g、砂仁5g),阴阳两虚证用右归饮加减(每袋100mL,含生药为熟地黄10g、山药10g、山茱萸10g、枸杞子10g、杜仲10g、肉桂3g、当归5g、附子3g)。治疗组各证型在此基础上,同时服用泽泻汤加味方浓缩水煎剂(每袋

50mL,含生药:泽泻7g、炒白术3g、泽兰5g、石菖蒲5g),每日2袋,分2次口服,共计28d。观察期间,所有病例不得增减原有的降压药或添加新的降压药,否则按自动退出处理。

1.4 观察指标 偶测血压:使用国际标准水银柱血压计(台式血压计GB-3053-93江苏鱼跃医疗设备有限公司),测量右臂坐位血压,以korotff I为SBP,以korotkoff V为DBP。给药前、给药后的第7、14、21、28d各测3次血压,取平均值。

1.5 疗效判定(偶测高血压疗效判定标准) 显效:治疗后血压达到以下任何一项者。舒张压下降 ≥ 10 mmHg并降至正常范围;舒张压虽未下降至正常,但已下降 > 20 mmHg以上。有效:以下三项中任何一项者。舒张压下降 < 10 mmHg,但已达到正常范围;舒张压较治疗前下降10~19mmHg,但未达到正常范围;收缩压较治疗前下降 ≥ 30 mmHg或已达到正常范围。无效:未达到上述标准者。

1.6 统计学方法 全部数据以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用配对t检验,计数资料采用 χ^2 检验。所有数据由SPSS11.5统计软件进行处理分析。

2 结果

2.1 不同天数的偶测血压比较 治疗前,2组偶测血压比较无统计学意义($P > 0.05$),具可比性。治疗后,2组偶测血压均明显降低,与治疗前比较SBP、DBP均有统计学意义($P < 0.01$);2组同期比较,SBP第14、21、28d均有差异($P_{14} = 0.046 < 0.05$, $P_{21} = 0.004 < 0.01$, $P_{28} = 0.000 < 0.01$),DBP第21、28d均有差异($P_{21} = 0.012 < 0.05$, $P_{28} = 0.002 < 0.01$),均以治疗组为优,其差异性随天数增加日渐显著。结果见表1。

2.2 偶测血压疗效比较 第28d对照组显效28例,有效31例,无效11例,总有效率84.29%;治疗组显效37例,有效29例,无效4例,总有效率94.29%。2组总有效率比较无差异($P > 0.05$),见表2。

2.3 不同高血压病史偶测血压比较 治疗前,治疗组与对照组相同病史间的偶测血压比较均无差异($P > 0.05$),具可比性。治疗后,2组相同病史的偶测血压与治疗前比较明显降低,均有差异($P < 0.01$)。其中,

表1 治疗前后偶测血压的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	0d	第7d	第14d	第21d	第28d
对照组	70	SBP 157.26±8.89	151.30±8.12**	146.38±7.56**	141.80±7.21**	137.50±7.01**
		DBP 95.18±6.72	91.52±5.35**	88.75±4.85**	86.01±4.24**	83.01±4.02**
治疗组	70	SBP 157.74±9.61	150.67±7.90**	143.95±6.65***	138.50±6.21**△△	133.28±6.58**△△
		DBP 94.58±5.81	90.28±5.09**	87.32±4.47*	84.18±4.23***	80.33±4.31**△△

注:2组治疗后不同天数与治疗前对比:** $P < 0.01$;治疗组与对照组同期对比:* $P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

治疗组与对照组病史 ≤ 5 年组、5 年 < 病史 ≤ 10 年组间 SBP、DBP 第 28d 同期比较均无差异 ($P > 0.05$), 10 年 < 病史 ≤ 15 年组、病史 > 15 年组的 SBP、DBP 第 28d 同期比较均有差异 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 均以治疗组为优, 且其差异性随病史延长而日渐显著, 10 ~ 15 年高血压病史治疗组与对照组 SBP、DBP 的差异性: $P = 0.042$ 和 $P = 0.029$; 15 年以上高血压病史治疗组与对照组 SBP、DBP 的差异性: $P = 0.000$ 和 $P = 0.013$ 。结果见表 3。

表 2 治疗后第 28d 偶测血压疗效比较(例)

组别	例数	显效%	有效%	无效%	总有效率%
对照组	70	28(40.00)	31(44.29)	11(15.71)	63(84.29)
治疗组	70	37(52.86)	29(41.43)	4(5.71)	66(94.29)

注: 括号内单位为%, $P > 0.05$ 。

2.4 不同证型治疗前后偶测血压比较 治疗前, 治疗组与对照组同一证型间的偶测血压比较无差异 ($P > 0.05$), 具可比性。治疗后, 2 组各证型的偶测血压与治疗前比较明显降低, 均有统计学意义 ($P < 0.01$)。其中, 治疗组与对照组相同证型第 28d 同期比较: 肝火亢盛证 SBP、DBP 均无差异 ($P > 0.05$); 阴虚阳亢证 SBP 无差异 ($P > 0.05$)、DBP 有差异 ($P = 0.029 <$

0.05); 痰湿壅盛证 SBP ($P = 0.005 < 0.01$), DBP ($P = 0.017 < 0.05$) 均有差异; 阴阳两虚证 SBP ($P = 0.024 < 0.05$)、DBP ($P = 0.014 < 0.05$) 均有差异。结果见表 4。

3 讨论

中医经典论著中, 有关痰湿、瘀血、水浊与眩晕关系的论述较多。《丹溪心法》认为“此症属痰者多, 盖无痰不作眩”, 《医学正传》“血瘀致眩”, 《素问·痹论》“病久入深, 营卫之行涩, 经络时疏, 故不通”, 《血证论》“水病不离乎血, 血病不离乎水”。表明了痰湿、瘀血、水浊与头晕直接相关, 三种病理交互缠绵, 共同影响疾病发展进程, 使之经久不愈、兼症丛生。中西医研究表明, EH 患者痰浊中阻和瘀血阻络是与 EH 体质及并发症密切相关的常见或相兼证候^[1]; 高血压病患者有血瘀者约占 76.7%, 且各期均出现不同程度血瘀证候, 并以 III 期 > II 期 > I 期为趋势^[2]; “土湿侮木”亦是高血压常见病机, “湿浊内结”是高血压发生发展的关键因素之一^[3]。故本研究以辨证论治为原则, 根据以往学者水浊、瘀血、痰湿相互转化、相兼为病的认识, 抓住痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结是 EH 共同的兼证及病理改变核心环节。并依据泽泻汤加味方药物组成(泽泻、白术、泽兰、石菖蒲), 作用利水活血祛痰,

表 3 不同高血压病史治疗前后偶测血压的比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	高血压病史(年)	例数	治疗前		治疗后第 28d	
			SBP	DBP	SBP	DBP
对照组	T ≤ 5	7	154.85 ± 3.58	92.14 ± 6.36	134.28 ± 5.96**	81.28 ± 3.86**
	10 ≥ T > 5	24	152.66 ± 7.82	91.83 ± 5.45	133.83 ± 6.12**	85.33 ± 4.12**
	15 ≥ T > 10	21	157.42 ± 9.73	96.95 ± 6.17	138.19 ± 7.13**	83.61 ± 3.35**
	T > 15	24	161.25 ± 8.44	97.04 ± 7.20	140.58 ± 6.48**	85.33 ± 4.12**
治疗组	T ≤ 5	5	150.00 ± 6.44	89.40 ± 3.36	134.00 ± 8.64**	77.40 ± 4.50**
	10 ≥ T > 5	23	155.88 ± 7.95	91.76 ± 5.57	132.23 ± 5.48**	82.08 ± 4.48**
	15 ≥ T > 10	25	157.92 ± 9.54	95.16 ± 5.35	133.92 ± 6.67***	81.04 ± 4.40***
	T > 15	24	160.60 ± 10.56	97.17 ± 5.53	133.21 ± 5.92**△△	82.08 ± 4.48***

注: 2 组同相同病史病例治疗前后对比: ** $P < 0.01$; 治疗组与对照组相同病史第 28d 同期对比: * $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$ 。

表 4 中医各证型治疗前后偶测血压的比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	中医证型	例数	治疗前		治疗后第 28d	
			SBP	DBP	SBP	DBP
对照组	肝火亢盛证	15	156.53 ± 7.73	91.60 ± 6.26	135.93 ± 5.66**	81.20 ± 3.52**
	阴虚阳亢证	21	155.04 ± 9.29	95.04 ± 7.31	135.57 ± 6.87**	81.57 ± 3.09**
	痰湿壅盛证	21	157.90 ± 9.80	96.09 ± 6.05	139.80 ± 8.38**	84.23 ± 3.89**
	阴阳两虚证	13	160.61 ± 7.46	96.66 ± 5.85	138.69 ± 5.36**	85.46 ± 4.52**
治疗组	肝火亢盛证	13	155.46 ± 7.91	90.61 ± 4.39	133.69 ± 8.07**	79.00 ± 3.78**
	阴虚阳亢证	18	155.72 ± 10.79	94.38 ± 6.35	133.00 ± 7.02**	81.44 ± 4.81***
	痰湿壅盛证	24	159.16 ± 8.90	95.58 ± 5.29	133.20 ± 5.94**△△	81.20 ± 4.25***
	阴阳两虚证	15	159.86 ± 10.55	98.07 ± 6.11	133.40 ± 6.29***	81.06 ± 4.18***

注: 2 组同相同证型病例治疗前后对比: ** $P < 0.01$; 治疗组与对照组同期同一证型间对比: * $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$ 。

采用辨证论治联合泽泻汤加味方治疗模式,对 EH 患者进行了降压效果对比观察。

《金匱要略》泽泻汤原方由泽泻、白术(用量比例为 5:2)二药组成。泽泻利水渗湿,白术健脾制水,合用既可消除已成之水浊,又可防止水浊之邪再生。我们在充分考虑到 EH 形成因素及共同病理、兼证的前提下,以《金匱要略》泽泻汤原方为基础,加用活血利水的泽兰、豁痰祛湿的石菖蒲组成了利水法为主、利水活血祛痰三法合一的泽泻汤加味方。

现代药理表明,泽泻具有降压、利尿、降血脂、抗动脉硬化、增加冠状动脉血流等作用。泽泻对心血管系统药理作用与其活性成分“萹”有关,萹具有抗实验性高血压的作用,该作用不仅与 Ca^{2+} 阻滞有关,还有抑制交感神经元释放去甲肾上腺素的作用^[4]。白术具有利尿作用,其水煎剂能促进电解质,尤其是钠的排出,而不影响垂体后叶激素的抗利尿作用^[5]。其机理可能与主要不影响水的重吸收,而是电解质量吸收减少有关^[6]。泽兰对血浆比黏度、全血低切比黏度和全血高切比黏度有一定的降低作用^[7]。石菖蒲配冰片可使脑组织内皮素含量明显下降,降钙素基因肽含量明显升高,有舒张脑血管,改善脑供血作用^[8]。

偶测血压因受多种因素(情绪变动、饮酒、运动等)影响,其准确性相对较差。但因其方便、快捷、易于掌握等,目前仍不失为一有效的检测血压手段。本研究结果显示:1)2 组偶测血压较治疗前均明显下降($P < 0.01$),表明单一辨证论治及联合泽泻汤加味方均具有较好的降压作用。其中,治疗组与对照组同期比较 SBP 第 14、21、28d 均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),DBP 第 21、28d 均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),以治疗组降压效果为优,表明辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治对 EH 患者降低 SBP、DBP 效果更佳,侧面印证了 EH 较为广泛地存在着痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结病理的事实。2)治疗组与对照组第 28d 同期比较,病史 ≤ 5 年组、5 年 $<$ 病史 ≤ 10 年组间 SBP、DBP 均无差异($P > 0.05$),10 年 $<$ 病史 ≤ 15 年组、病史 > 15 年组的 SBP、DBP 均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),以治疗组降压效果为优,表现为病史越长差异性越显著,表明辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治对病史较长 EH 患者降压效果更好,其原因或与 EH 病史较长的患者普遍存在着痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结病理的比率相对更高有关。3)治疗组与对照组第 28d 同期比较,肝火亢盛证 SBP、DBP 均无差异($P > 0.05$);阴虚阳亢证 SBP 无差异($P >$ 万方数据

0.05)、DBP 有差异($P < 0.05$);痰湿壅盛证、阴阳两虚证 SBP、DBP 均有差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),以治疗组降压效果为优,表明辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治对肝火亢盛证无意义,对阴虚阳亢证有一定作用,对痰湿壅盛证、阴阳两虚证有较为肯定的积极作用,其原因有二:其一是泽泻汤加味方本身具有利水活血祛痰作用,相对符合痰湿壅盛证的病机,故可协同半夏白术天麻汤化痰方治疗作用;其二是阴虚阳亢证、阴阳两虚证均可因虚致实,较易形成或更多地存在着痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结病理。现代医学认为,肾脏是血压长期调节的核心器官,血容量的增加及外周阻力血管改变是血压升高的重要机制,泽泻汤加味方具有加强肾脏水液代谢,降低血脂的作用,故其降压机制可能与本方加强肾脏水钠代谢、改善外周阻力相关。

总之,辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治具有更好的降压效果,尤其适用于病史较长、中医证型属于痰湿壅盛证、阴阳两虚证的 EH 患者。反证了 EH 较为广泛地存在着痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结的病理。这种病理客观性尤其体现在病史较长、中医证型属于痰湿壅盛证、阴阳两虚证的 EH 患者中。尚需说明的是,本研究观察期间,坚持了“所有病例不得增减原有的降压药、或添加新的降压药”,且多数病例实际正在服用相应的降压西药,只是因为降压效果不理想、临床症状改善不显著而参加本试验观察,因此,辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治具有更好的降压效果,是与不同降压西药共同作用结果。

参考文献

- [1]蔡光先,朱克俭,韩育明,等.高血压病常见证候临床流行病学观察[J].中医杂志,1999,40(8):492-493.
- [2]高辉.活血化痰防治高血压的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2002,11:2076-2078.
- [3]张焱,何立人.从湿浊内结、土湿侮木辨治高血压病[J].上海中医药杂志,2006,40(6):2.
- [4]Yamahara J, et al. JPhar-maco-bio-Dyn, 1990, 13: 50-52.
- [5]江苏新医学院,中药大辞典.上海:上海科学技术出版社,1996:670-674.
- [6]陈敏珠.白术的利尿作用[J].生理学报,1961,24(3/4):227-237.
- [7]饶凡,陈宇,杨宁宁.五种中药对血液粘度降低作用实验研究 WESTCHINAMEDIC-ALJOURNAL, 2001, 16(3).
- [8]王淑英,陈弈芝,方若鸣,等.石菖蒲配伍冰片对高脂血症大鼠内皮素和降钙素基因肽的影响[J].实用中医药杂志,2003,19(12):619.

(2012-05-21 收稿)