

中医药治疗高血压临床定位思考与探析

高铸烨¹ 黄敏² 杨坤杰³

(1 中国中医科学院西苑医院,北京,100091; 2 湖南方盛制药股份有限公司,长沙,410205;

3 中国中医科学院中医药信息研究所,北京,100700)

摘要 高血压是常见的全身性、终身性疾病,是心脑血管病最主要的危险因素,已成为公共卫生的重大问题。中药治疗高血压具有良好的效果,不仅可以降低血压,还可以缓解症状,改善患者生活质量,具有多靶点、多途径的作用特点和对重要脏器的保护效应。但中药干预的优势定位和治疗特点仍未有一个清晰而明确的答案。故通过理清高血压概念和国内外循证管理指南的发展与演变,分析中药治疗高血压目前的研究现状,将传统中医和现代医学发展相结合,对高血压的中药干预研究提出针对性意见,以期评价中药治疗的综合和系统效应,并为中药科学、合理、精准的临床应用提供循证医学证据。

关键词 中医药;高血压;循证医学指南;辨证论治;临床定位

Analysis of TCM in the Treatment of Hypertension and Clinical Orientation

Gao Zhuye¹, Huang Min², Yang Kunjie³

(1 Xiyuan hospital of China Academy of Chinese Medicine Sciences, Beijing 100091, China; 2 Hunan Fangsheng

Pharmaceutical co., LTD, Changsha 410205, China; 3 Institute of information of China Academy

of Chinese Medicine Sciences, Beijing 100700, China)

Abstract Hypertension is a common and life long disease which will affect the whole body. It is the most danger factor in cardiovascular and cerebrovascular diseases and extremely difficult to treat. Traditional Chinese Medicine(TCM) has good performance in treating hypertension from lowering blood pressure, relieve symptoms and improve the life quality of patients. It can target hypertension from various points and through different methods. However, its orientation edge and treating characteristics were still unknown. Therefore, it is important to investigate the methods used domestically and overseas and clarify the main treating rules. Through combining traditional medicine and modern development, it is possible to provide medical support for further treatment and experiment of hypertension.

Key Words Traditional Chinese Medicine; Hypertention; Evidence-based guideline; Syndrome differentiation and treatment; Clinical Orientation

中图分类号:R285.6 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.03.045

高血压是一种病因未完全阐明的慢性全身性疾病,也是心脑血管病的第一危险因素。与血压升高本身对人健康的危害相比,其对相关靶器官的损伤和由此而引起的并发症(包括脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等)显得严重的多。心、脑、肾、血管等器官发生损害后所导致的高致残、致死率,给社会带来了巨大的经济负担,成为公共卫生的重大问题。国内外研究和实践表明高血压是可以预防 and 控制的,有效降低血压可明显减少冠心病和脑血管疾病的发病与死亡风险^[1]。

中医药针对高血压的药理实验、机理探索和临床研究越来越多,尤其是临床研究的随机对照试验,

既有单独应用中药产品与化学药品对比者,也有与联合用药对比者,相关研究结果均表明中医药具有一定的临床疗效。但中医药的治疗作用仍未能明确阐述和表达,且未获得循证医学诊疗和实践指南的认可与推荐。高血压的数字化定义“收缩压 ≥ 140 mmHg 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg”看起来较为简单,但其按血压水平的分类、分级以及按心血管风险的分层等众多因素决定了降压治疗策略制定的综合性、系统性和复杂性。而中医药在其中所能发挥的作用以及对高血压目标人群的精准定位,是开展中药治疗高血压研究的关键。通过对这一问题的探讨和分析,将为中药干预高血压的相关研究提供思路,

基金项目:国家自然科学基金青年基金“冠心病中西药联用交互评价的方法学研究”(编号:81303150)

通信作者:黄敏(1981—),男,江西上饶人,中西医结合医学硕士,执业医师、执业药师,研究方向:中医药新药研发与临床评价,Tel:(0731) 88997124, E-mail:hminykjie@163.com

也为高血压治疗的临床决策和中药的科学合理应用提供参考。

1 高血压概念与临床流行病学数据

血压作为人体 4 大生命指征之一,其概念的本质应包括 3 方面内容:一是在循环系统整体功能上,是人体器官能够得到有效血流供应的主要保障因素;二是在循环调节机制上,是系统的主要控制参数;三是在血流动力学上,是血液流动的主要动力^[2]。高血压的定义随着医学科学的发展在不停演变。1994 年《世界卫生组织高血压控制专家组报告》^[3]指出:“高血压的定义是人为制定的,人群血压水平曲线呈连续的钟型分布,在正常血压与高血压之间无法划出绝对的界线。……因此只能根据流行病学调查和干预试验结果确定降低血压所带来的获益,并据此拟定一个血压值或划分一条血压界线”。2009 年美国高血压学会(American Society of Hypertension,ASH)将高血压描述为“由复杂和关联病因引起的一种进展性心血管综合征”,并应区分血压升高和高血压病的差别^[4]。2011 年发布的《中国高血压防治指南 2010》^[1]将高血压简明定义为“未使用降压药的情况下非同日测量血压 3 次,收缩压 ≥ 140 mmHg 或/和舒张压 ≥ 90 mmHg”,同时也认为其是一种“心血管综合征”、一种“生活方式病”。

近两年欧洲、美国高血压学术组织相继发布了高血压循证管理指南和临床诊疗指南。2013 年欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology,ESC)和欧洲高血压学会(European Society of Hypertension,ESH)联合发布了《2013ESH/ESC 高血压管理指南》^[5],延续了前两版指南(2003 年和 2007 年)关于高血压的概念和分类;2014 年美国高血压预防、检测和治疗联合委员会(The Joint National Committee on Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure,JNC)发布了《2014 成人高血压循证管理指南》^[6],专家组虽然强调第 7 版指南规定的高血压定义与水平(140/90 mmHg)仍然有效,但针对 ≥ 60 岁人群推荐血压达到 150/90 mmHg 才开始降压治疗。

对于血压值的界定本身而言,可用于定义患病与否并判断病情的严重程度。但这人为规定的血压值仅是一个生物学标志,随着科学的发展和医学的进步,应使其更加紧密的联系疾病本质,演变为更好的高血压概念。在目前这个标准界值定义的基础上,对于一般人群而言,高血压总的患病率随着年龄的增长而增加。根据《中国心血管病报告 2013》的

描述,全国心血管病患者约为 2.9 亿,其中高血压占绝大多数,为 2.7 亿,约占全球高血压总人数的 1/5 多。但国内高血压的知晓率、治疗率、控制率较低,分别为 48.4%、38.5%、9.5%,治疗控制率为 24%。同时,我国高血压流行有一个显著特点:南北区域性差异,从南到北,高血压患病率呈现逐渐递增趋势。在高血压人群中,轻度高血压约占 60% 左右,中度高血压约占 30% 左右,而血压正常高值人群所占比例不断增多,已经从 1991 年的 29% 增加到 2002 年的 34%。

2 高血压管理相关证据与指南的更新

从上世纪 50 年代以来,全世界范围内开展了众多的高血压临床试验。通过对不同研究结果的综合归纳和系统分析,建立了高血压治疗与管理的理论基础。在高血压的治疗中,其主要目的是最大可能地降低靶器官损害。因此,高血压治疗应包括非药物治疗(生活方式干预)和药物治疗两类方法,对可逆性心血管危险因素(如吸烟、高胆固醇血症、糖尿病等)进行有效干预,并且需要长期甚至终身坚持治疗。在高血压的综合管理中,血压的定期监测和治疗的规范依从,是有效控制血压的基础。

高血压治疗的首要目标是降压达标,并期望藉此取得预防、延迟心脑血管和肾脏等并发症发生的获益。良好降压效果的获取包括两方面内容:早期达标和优质达标,尤其是对优化治疗的选择和残留风险的控制。通过几十年的降压药物开发与临床研究,包括不同种类药物之间的比较试验、不同联合给药方案之间的比较研究,归纳出目前常用的降压化学药物主要有受体阻滞剂、钙离子拮抗剂、血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)和利尿剂五大类,当然还包括上述药物组成的固定复方制剂。根据高血压患者的合并基础疾病、靶器官损害、危险因素等个体化差异情况,合理使用和优先选择上述降压药物的类别,并通过分析降压效果,决定药物的剂量调整和联合用药模式的开启。

虽然高血压的诊疗较为规范,但其相关循证医学管理指南在近两年密集的修订和推出也说明了本病的防治指南还未达到一个高度认可的统一状态,对于高血压诊断标准值和降压目标值还存在一定的争议和讨论。除了上述的 ESC 和 ESH 联合发布的《2013ESH/ESC 高血压管理指南》^[5]、JNC8 发布的《2014 成人高血压循证管理指南》^[6],国际高血压学会(International Society of Hypertension,ISH)和 ASH

也共同发布了《高血压临床实践指南》^[7]。这些新发布指南都经过了较长时间的制定过程,收集的证据大多来自于随机对照多中心临床试验,并对证据级别和推荐程度都进行了评价。JNC8 委员会自 2008 年成立以来,历经了 6 年的时间,才于 2014 年正式发布新修订指南;其特点是仅根据随机对照试验的证据,针对 3 个核心问题给出 9 条推荐意见。相比较于前版内容,变化主要在于:一是设定了以 60 岁为分界点的不同治疗时机和降压目标值,二是根据不同种族和是否合并慢性肾脏病推荐不同的起始治疗药物。而 2013 年 ESH/ESC 指南则重点更新了起始治疗时机、降压靶标值、单药治疗起始药物的选择顺序、两药联合治疗方案的选择、特殊情况和特殊人群的降压治疗推荐、老年和老老年降压治疗策略、长期管理新方法等内容。

除了上述指南之外,高血压相关管理指南众多,如英国《成人原发性高血压管理指南》、加拿大《高血压教育计划》、日本《高血压管理指南》、澳大利亚《成人高血压管理指南》、拉丁美洲《高血压管理指南》等^[8]。各指南虽然都对高血压的诊疗作了基本的规定和推荐,但各专家组也强调,尽管各指南对高血压的治疗策略(治疗时机、治疗方案、治疗目标等)作出了推荐,但其并不能完全替代临床决策,在具体诊疗时必须考虑不同患者的个体化差异情况。

3 中医药辨证治疗高血压现状浅析

高血压属于中医“眩晕”“头痛”“肝风”等病证范畴,历代医籍多阐述其发病由肝风、风痰、痰火、瘀阻、阴虚等引起。中医药治疗总的辨证原则当首分虚实,参考中医药诊疗相关指南和方案^[9-12],本病的中医证候主要可分为:肝阳上亢证、风痰上扰证、瘀血内阻证、阴虚阳亢证、肝肾阴虚证、阴阳两虚证。同时中药治疗高血压的临床研究很多,相关研究结果表明中药不仅可以降低血压,还可以缓解症状,改善患者生活质量,具有多靶点、多途径的作用特点和对其他相关脏器的保护作用。

中药治疗是在辨证的基础上,立法遣方用药。从高血压中医证候类型、证候特点的角度出发,近几年有相关研究挖掘和分析疾病的证型分布和证候要素^[13-15],结果提示肝阳上亢、肝肾阴虚和瘀血内阻三个证型较为常见,临床研究文献也较多。针对上述三个代表证型,评价其临床常用中成药,以分析中药临床应用的研究数据、进展以及下一步应补充、加强的研究方向。

肝阳上亢证临床常用中成药有天麻钩藤制剂

(颗粒)、全天麻制剂(胶囊、片)、清脑降压制剂(颗粒、胶囊、片)。天麻钩藤制剂临床研究文献较多,有循证医学 Meta 分析结果表明,单用本品与钙通道阻滞剂比较^[16],降压效果相当;本品与 ACEI 联用和单用 ACEI 进行比较^[17-18],联合治疗方案降压效果好于单用 ACEI 者,临床有效率是单用 ACEI 的 1.15 ~ 1.18 倍,收缩压、舒张压较单用 ACEI 多下降 4.78-5.37 mmHg、4.32 ~ 4.85 mmHg,且安全性较好。全天麻制剂和清脑降压制剂的临床研究文献不多,且多为临床观察性研究。虽然清脑降压制剂的处方来源于天麻钩藤饮,且在中华中医药学会发布的《高血压中医诊疗指南》^[10]中是阴虚阳亢证的推荐用药,但其目前研究数据仍不充分,尚需开展科学、严谨的大样本随机对照试验,为临床应用提供更好的支持。

肝肾阴虚证临床常用中成药为六味地黄制剂(丸、片、胶囊等)。作为经典的补阴代表方,本品临床应用范围极广,针对高血压的治疗,则多以联合用药的形式出现。系统评价结果表明^[19],六味地黄丸联合化药组的疗效优于单用化药组(所用化药主要是钙通道阻滞剂和 ACEI),治疗后收缩压合并效应量 95% 可信区间为(-10.68, -5.91) mmHg,治疗后舒张压合并效应量 95% 可信区间为(-11.03, -4.69) mmHg,2 组差异均有统计学意义,说明联合给药组的收缩压和舒张压下降幅度大于单用化药组。

瘀血内阻证临床常用中成药有松龄血脉康制剂(胶囊)、心可舒制剂(片、胶囊、颗粒等)、心血宁制剂(片、胶囊)。上述三个制剂均为小复方,其共同特点是临床主治疾病并不限于高血压,还能用于冠心病和/或高血脂的治疗。松龄血脉康制剂临床研究文献较多,虽然多数为非随机、盲法的单中心观察性研究,但也有部分随机对照临床试验。有系统评价结果表明^[20],松龄血脉康胶囊联用 ARB 较单用 ARB 的治疗效果更好,其降压有效率、收缩压和舒张压降低幅度均优于单用 ARB 组。但也存在样本量偏少以及其他的偏倚因素影响,虽能对药物的临床应用提供一定的支持,但其指导意义和认可程度仍有待通过更深入、更进一步的研究给予强化。心可舒制剂和心血宁制剂临床文献不多,其循证医学研究仍需加强。

4 中医药治疗高血压临床定位的思考与研究策略

随着循证医学理念的普及和方法学的发展,疾病的临床治疗决策需要更多的循证医学证据支持。中医药治疗高血压的循证医学分析结果提示,因为相关研究文献数量和质量的影响以及研究设计存在

着一定的不足和缺陷,导致了结果外推的受限和临床应用的低认可度。当然,不可否认的是,中药在高血压的治疗和临床应用过程中也发挥着越来越重要的作用,近些年发表的临床文献也越来越多。但中药干预的优势定位和治疗特点仍未有一个清晰而明确的答案。这对进一步开展中药治疗高血压的临床研究提出了更高的要求。

中药对高血压的干预研究应着重体现符合中医理论的优势和特点,其研究的设计可以从以下几个方面考虑:1)对目标治疗人群(血压水平)精确定义的研究。根据高血压的分类、分级标准,对于正常血压高值和1级高血压,探索单用中药干预的临床治疗价值。对于2级及以上高血压人群,评价不同中西药联合给药方案的有效性、安全性差异及其最佳中西药用药组合。同时,根据老年和高龄高血压的疾病特点,在老年人群“多虚”“多瘀”的基础上,探索补虚与化瘀中药的干预作用;2)对降压、症状改善和生活质量提高综合作用的研究。临床上有相当部分高血压患者伴有全身不适症状,并影响生活和工作,而这应该是中药治疗效应的重点评价方向。通过对目标人群生活满意度、情感状态、工作情况、认知功能、躯体症状等多维度指标以及相关生活质量量表的分析,探索中药干预的综合作用优势;3)对血压变异性与中医证候的关联度分析及中药调节作用的评价。对高血压治疗效果的评价,除了监测收缩压和舒张压之外,对于血压变异性(变异系数)也应关注。血压的昼夜以及长期(周、月)变异程度可作为脑卒中、冠心病事件发生的独立预测因素。基于中医整体观念和证候本质与特点的差异性,可探索血压变异(收缩压变异、舒张压变异、日间血压变异、夜间血压变异)与中医不同证型的关联性,并藉此评价相应“对证”中药的治疗特点和效用;4)对靶器官损害预防和缓解作用的评价。血压升高对血管和相关脏器的损伤是显而易见的。遵循中医血、脉理论及《素问·调经论》“病在脉,调之血,病在血,调之络”的论述,可评价长期使用中药对血管功能损伤和结构改变的干预效应,尤其是血管内皮功能,可作为高血压综合管理和心脑血管病风险控制的重要参数进行研究;5)对不同证型所用中药与不同种类化药之间的关联性研究。目前临床一线常用化药根据不同作用机理分为5类,基于不同中医证候具有不同病理变化的特点,探索和评价不同中医证候分型用药与不同种类降压化药之间的关联性,如肝阳上亢证所用中药天麻钩藤制剂和清脑降压制剂与钙通道

阻滞剂、ACEI等的相关性(差异性)及其程度差异,也从另一个侧面探究中药的作用机理;6)临床研究方法的多样性。不同的研究方法有各自的适用范围和优缺点。理想世界研究(如随机对照临床试验)虽然通过严格的随机分配、盲法措施和苛刻的纳排标准具有很高的内在效力,但恰恰因为这个特点,其外推性会受到一定的限制。真实世界研究(如医院注册登记式研究)则与此相反,更多的是强调遵循临床实际诊疗过程,较为真实的评价药物的干预效应及相互作用。在设计中药临床研究时应注意采用多种研究方法和不同研究设计方法的应用顺序,真实世界研究也能达到较好的评价效果^[21]。

中药制剂组方中所包含的“病-证-方-药”体系体现了方剂中主要药物组成与其所主治病证的相互对应关系。中药成方制剂因其处方配伍和药效物质的复杂性以及临床目标人群的不精确性,影响了临床优势的定位和作用特点的发挥。虽然高血压相关研究在全球范围内开展的很多,其循证医学管理指南的修订和更新很频繁,这其实恰恰说明了高血压还有很多地方需要更加深入的研究和探索,而这也是中药发挥作用的契机和空间。借鉴高血压概念和国内外循证管理指南的发展与演变,参考中药治疗高血压目前的研究现状和文献数据,将传统中医和现代医学发展相结合,对高血压的中药干预研究,其设计应以“差异化定位和作用”为出发点,以终为始,以期评价中药治疗的综合和系统效应,并能为中药治疗高血压的临床科学、合理、精准应用提供循证医学证据支持和推荐。

参考文献

- [1] 刘力生. 中国高血压防治指南 2010 [S]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701.
- [2] 苏镇培. 高血压概念与指南 [S]. 中华高血压杂志, 2014, 22(9): 801-803.
- [3] World Health Organization. Hypertention control report of a WHO expert committee [R]. World Health Organ Tech Rep Ser, 1996 (862): 1-83.
- [4] Giles TD, Masterson BJ, Cohn JN, et al. Definition and classification of hypertension: an update [J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2009, 11(11): 611-614.
- [5] Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [J]. J Hypertens, 2013, 31(7): 1281-1357.
- [6] James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the

- panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC8) [J]. JAMA, 2014, 311(5):507-520.
- [7] Weber MA, Schiffrin EL, White WB, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension [J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2014, 16(1):14-26.
- [8] 霍勇. 国际高血压防治指南及解读 [S]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [9] 中国中医科学院. 中医循证临床实践指南-中医内科 [S]. 北京: 中国中医药出版社, 2011:233-234.
- [10] 中华中医药学会. 高血压中医诊疗指南 [S]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(23):108-109.
- [11] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南-西医疾病部分 [S]. 北京: 中国中医药出版社, 2008:63-66.
- [12] 韩学杰. 高血压病中医诊疗方案(初稿) [J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(7):611-612.
- [13] 杨晓忱, 熊兴江, 王阶. 高血压病辨证分型及证候客观化研究概况与展望 [J]. 中国中药杂志, 2014, 39(2):157-160.
- [14] 戴霞. 高血压与高血压前期中医证候分布规律研究进展 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(6):161-162.
- [15] 祁怡馨, 谢雁鸣, 黎元元. 基于文献分析的高血压中医证候及证候要素的研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(11):732-735.
- [16] 黄方斌. 天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型高血压临床疗效的 Meta 分析 [J]. 中国中医药科技, 2013, 20(6):702-703.
- [17] 周倩仪, 马楷奇, 郭意欣, 等. 天麻钩藤饮联合血管紧张素转化酶抑制剂治疗原发性高血压的 Meta 分析 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(4):206-212.
- [18] 周倩仪, 马楷奇, 郭意欣, 等. 天麻钩藤饮联合卡托普利治疗原发性高血压的系统评价和 Meta 分析 [J]. 安徽中医学院学报, 2013, 32(4):12-16.
- [19] 郭意欣, 陈新林, 丘振文, 等. 六味地黄丸联合西药治疗高血压病的 Meta 分析和系统评价 [J]. 中国中医急症, 2013, 22(2):189-191.
- [20] 胡文利, 唐榕, 陈路佳, 等. 松龄血脉康胶囊联合血管紧张素 II 受体拮抗剂治疗高血压的系统评价 [J]. 中国药业, 2014, 23(4):22-25.
- [21] 董珍宇, 高颖, 吴圣贤. 基于真实世界的松龄血脉康胶囊治疗原发性高血压研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(3):274-275.

(2015-06-03 收稿 责任编辑: 张文婷)

(上接第 540 页)

考虑; 针对血糖控制不良反复尿路感染患者, 养阴清热也可酌情使用。

2.3 注重巩固治疗和日常调护 除了需辨证论治, 反复尿路感染患者还需巩固治疗和日常调护。针对症状消失、实验室检查正常的反复尿路感染患者, 仍鼓励适当延长治疗期, 进行一定时间的巩固治疗, 此时治疗策略应以扶正或补益为主, 当病情稳定一段时间(如 ≥ 3 个月)后, 可逐渐减药或停药。此外, 日常调护同样重要, 如注意尿道口周围局部卫生, 避免辛辣刺激食物, 避免着凉感冒, 避免情志过度波动, 养成多饮水、定时排尿的习惯等, 这些在一定程度避免尿路感染诱发因素的同时, 也能增强患者抵抗能力, 减少或避免尿路感染的复发。

3 小结

中医药在治疗反复尿路感染方面具有一定优势, 如减轻症状、提高生活质量, 减少复发次数、降低复发率, 缩短疗程、减少抗生素用量, 预防发作、降低器官损伤风险。在中医药治疗时, 提倡明确病因病机, 根据不同分期进行辨证论治, 同时进行巩固治疗和日常调护。

参考文献

- [1] 芳宁, 劳力陶. 杨霓芝教授治疗老年尿路感染经验临证拾零 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2010, 11(1):5-6.
- [2] 袁素民, 李怀斌, 王丽. 地肤子汤加减治疗老年女性泌尿系感染 45 例 [J]. 山东中医药杂志, 2013, 32(6):406-407.
- [3] 占永立, 李秀英, 吴圣贤, 等. 复方石韦片治疗尿路感染的临床观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(3):249-251.
- [4] 颜明根, 马小兵. 萆薢分清丸治疗复发尿路感染的疗效观察 [J]. 海军医学杂志, 2010, 31(3):228-229.
- [5] 第二届全国肾脏病学术会议组. 尿路感染的诊断、治疗标准 [S]. 中华肾脏病学杂志, 1985, 1(4):13.
- [6] 王伟明, 王磊, 彭建中. 双肾盂、双输尿管畸形伴反复发作性尿路感染案 [J]. 世界中医药, 2014, 9(5):611-612.
- [7] 吴青秀. 清心莲子饮治疗复发性尿路感染 33 例 [J]. 现代中医, 2011, 31(6):29-30.
- [8] 安海燕, 王暴魁. 反复尿路感染的中西医结合治疗 [J]. 中国临床医生, 2013, 41(4):9-10.
- [9] 杜伟, 满宁. 中西医结合治疗女性糖尿病患者反复泌尿系感染的临床研究 [J]. 中外医疗, 2012, 10(33):127-129.
- [10] 简桂花, 蒋金根, 李军辉, 等. 复发性尿路感染的中西医结合治疗的临床研究 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2011, 12(2):127-131.
- [11] 王伟明, 王磊, 苏全新, 等. 彭建中从肺辨治疑难病验案举隅 [J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(3):25-27.

(2015-07-26 收稿 责任编辑: 徐颖)