

# 稳压1号方联合苯磺酸氨氯地平片治疗肝阳上亢型1级高血压的临床疗效观察※

● 曾 滨<sup>1</sup> 林辉辉<sup>1</sup> 杨红梅<sup>1</sup> 刘中勇<sup>2▲</sup>

**摘 要** 目的:观察稳压1号方联合苯磺酸氨氯地平片治疗肝阳上亢型1级高血压的临床疗效。方法:将肝阳上亢型1级高血压患者80例随机分为治疗组和对照组各40例,对照组患者予以苯磺酸氨氯地平片治疗,治疗组患者予以稳压1号方联合苯磺酸氨氯地平片治疗,观察两组患者治疗前后临床症状、动态血压、同型半胱氨酸(Hcy)的变化。结果:经过8周的治疗,治疗组总有效率92.5%,对照组总有效率70%,治疗组的疗效明显优于对照组( $P < 0.01$ );治疗组患者临床积分明显改善,较对照有显著统计学差异( $P < 0.01$ );两组患者的24h、白昼及夜间收缩压、舒张压均值均有明显的下降( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ ),且治疗组患者的24h、白昼及夜间收缩压、舒张压均值下降程度大于对照组患者( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ );治疗组患者同型半胱氨酸值的改善程度优于对照组( $P < 0.05$ )。结论:稳压1号方联合苯磺酸氨氯地平片对肝阳上亢型1级高血压患者的降压疗效确切,并能明显改善临床症状和同型半胱氨酸值,降低高血压危险水平。

**关键词** 稳压1号方 苯磺酸氨氯地平片 肝阳上亢型 1级高血压 同型半胱氨酸

高血压是最常见的慢性疾病,同时也是心脑血管病最主要的危险因素,脑卒中、心力衰竭、心肌梗死及慢性肾脏病是其主要并发症。中医应用整体观念和辨证论治,通过调和人体阴阳气血的平衡以达到降压的效果。稳压1号方为江西中医药大学第一附属医院院内制剂(组成:天麻10g,钩藤10g,决明子15g,桑叶10g,荷叶10g,川芎10g,丹皮10g,丹参10g,田七6g,川牛膝15g,川杜仲10g等),具有平肝潜阳、清热活血等功效,用于肝阳上亢、血压偏高、眩晕头痛、烦躁口苦等症。本研究从动态血压、临床症状和同型半胱氨酸方面对稳压1号方联合苯磺酸氨氯地平片治疗肝阳上亢型1级高血压的临床疗效进行评价。

※基金项目 江西中医药大学研究生创新基金项目(No. JZYC14B02)

▲通讯作者 刘中勇,男,教授,博士研究生导师。主要从事心血管病的临床及实验研究。E-mail: lzyongmail@163.com

• 作者单位 1. 江西中医药大学2013级硕士研究生(330006); 2. 江西中医药大学第一附属医院(330006)

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取2014年1月~2016年1月在江西中医药大学第一附属医院心内科住院和门诊部诊断为肝阳上亢型1级高血压病患者80例,随机分为对照组和治疗组各40例。治疗组男性23例,女性17例;其中年龄最小为36岁,最大为60岁,平均年龄( $49 \pm 7.8$ )岁。对照组男性21例,女性19例;最小年龄为38岁,最大年龄为64岁,平均年龄为( $50 \pm 8.2$ )岁。两组患者在性别、年龄、病程等差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 西医诊断标准** 参考《中国高血压防治指南》<sup>[1]</sup>:在未服降压药情况下,非同日3次测量收缩压(SBP)  $\geq 140$  mmHg 和(或)舒张压(DBP)  $\geq 90$  mmHg; 1级:SBP 140~159 mmHg 和(或)DBP 90~99 mmHg。

**1.3 中医辨证标准** 参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>:主症:眩晕、头痛、急躁易怒;次症:面赤、目赤、口苦、口干、便秘、溲赤、舌红苔黄、脉弦数。

**1.4 纳入标准**<sup>[2]</sup> ①符合高血压的西医诊断标准

及中医辨证标准;②年龄 18~65 岁;③原发性高血压病,1 周内不同 3 次测血压,血压达到诊断标准;④未曾服高血压药物,或服用高血压药物但停药两周后;⑤自愿签署知情同意书。

1.5 排除标准<sup>[2]</sup> ①年龄 <18 岁或 >65 岁者;②妊娠或哺乳期妇女;③继发性高血压者;④合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发疾病、精神病患者;⑤过敏体质或对多种药物过敏者。

1.6 治疗方法 ①对照组患者予以苯磺酸氨氯地平片(安内真)治疗,每天晨起服用 1 次,1 次 5mg。②治疗组患者在对照组用药基础上,加服稳压 1 号方(组成:天麻 10g,钩藤 10g,决明子 15g,桑叶 10g,荷叶 10g,川芎 10g,丹皮 10g,丹参 10g,田七 6g,川牛膝 15g,川杜仲 10g 等),每日服用 2 次,早晚餐后半小时各服用 1 次,每次服用 150mL。两组患者均治疗 8 周,期间均未加服其它降压药物。

## 1.7 观察指标

1.7.1 动态血压 采用美国美林公司生产的动态血压监测仪连续测量 24h 血压,检测时间从每日 8~9 时至次日 8~9 时,每 30 分钟自动充气测右上臂血压 1 次,要求患者在测压时不得挤压上臂,并详细记录监测过程中的活动情况。

1.7.2 肝阳上亢证症候积分<sup>[2]</sup> ①主证:眩晕(头晕眼花、时作时止 2 分,视物旋转、不能行走 4 分,眩晕欲扑、不能站立 6 分),头痛(轻微疼痛、时作时止 2 分,头痛可忍、持续不解 4 分,头痛难忍、上冲颠顶 6 分),急躁易怒(心烦偶燥 2 分,心烦急躁、遇事易怒 4 分,烦躁易怒、不能自止 6 分)。②次证:面红

(面微红赤 2 分,面赤明显 4 分,面赤如妆 6 分),目赤(轻微目赤 2 分,目赤明显 4 分,目赤如鸠眼 6 分),口干(口微干 2 分,口干少饮 4 分,口干时饮水 6 分),口苦(晨起口苦 2 分,口苦食不知味 4 分,口苦而涩 6 分),便秘(大便干、每日 1 行 2 分,大便秘结、两日 1 行 4 分,大便艰难、数日 1 行 6 分),溲赤(小便稍黄 2 分,小便黄而少 4 分,小便黄亦不利 6 分)。

1.7.3 同型半胱氨酸含量检测 采用化学发光法。患者于清晨空腹时,取外周静脉血 3mL~5mL,将血液放置于 EDTA 抗凝试管中,4℃ 保存,并于 1h 内离心(3000r/min, 15min)取出血浆标本,立刻送检。Hcy 参考值为 4.72~10.00μmol/L。

1.8 症候疗效标准<sup>[2]</sup> 显效:临床症状和体征明显改善,治疗后证候积分较疗前减少 70% 以上者;有效:临床症状和体征均好转,治疗后证候积分较治疗前减少 30%~70% 者;无效:临床症状和体征基本没有改善或者加重,治疗后证候积分较治疗前减少不足 30%。

1.9 统计学处理 所有数据采用 SPSS16.0 进行分析和处理,数据均以平均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计量资料比较采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗前后症候疗效比较 治疗组总有效率 92.5%,对照组总有效率 70%,治疗组的疗效明显优于对照组( $P < 0.01$ )。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后症候疗效(n·%)

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
治疗组	40	30(75)	7(17.5)	3(7.5)	0(0)	37(92.5) <sup>▲</sup>
对照组	40	9(22.5)	19(47.5)	11(27.5)	1(2.5)	28(70)

注:与对照组比较,▲ $P < 0.01$ 。

## 2.2 两组患者治疗前后肝阳上亢证症候积分比较

治疗前,两组患者肝阳上亢证症候积分差异无显著性( $P > 0.05$ )。治疗后,两组患者肝阳上亢证症候积分均下降(均  $P < 0.01$ ),且治疗组患者较对照组患者下降更明显( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肝阳上亢证症候积分( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	24.15 ± 3.89	7.63 ± 4.35 <sup>▲,▲</sup>
对照组	40	24.27 ± 4.08	15.45 ± 5.70 <sup>▲</sup>

注:与同组治疗前比较,▲ $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.01$ 。

2.3 两组患者治疗前后动态血压变化情况比较 两组患者治疗前,24h、白昼及夜间收缩压、舒张压均值差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组患者的24h、白昼及夜间收缩压、舒张压均值均有明显的下降

( $P<0.01, P<0.05$ ),且治疗组患者的24h、白昼及夜间收缩压、舒张压均值下降程度大于对照组患者( $P<0.01, P<0.05$ )。见表3。

表3 两组患者治疗前后动态血压数变化情况( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	治疗前后	24hSBP	24hDBP	DSBP	DDBP	NSBP	NDBP
治疗组 (n=40)	治疗前	144.78±8.36	92.95±11.24	154.88±10.03	99.10±12.53	135.98±6.78	84.85±9.61
	治疗后	125.12±5.13 <sup>△,▲</sup>	78.00±8.62 <sup>△,▲</sup>	129.65±5.05 <sup>△,▲</sup>	82.45±8.32 <sup>△,▲</sup>	120.10±4.82 <sup>△,▲</sup>	74.23±9.06 <sup>△,▲</sup>
对照组 (n=40)	治疗前	144.50±8.13	93.40±10.94	155.55±9.28	99.45±11.71	136.25±6.18	85.15±9.69
	治疗后	135.85±6.08 <sup>△△</sup>	86.15±10.58 <sup>△△</sup>	144.78±6.31 <sup>△△</sup>	92.73±9.57 <sup>△△</sup>	126.32±5.99 <sup>△△</sup>	80.62±9.97 <sup>△△</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P<0.01$ ,<sup>△△</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P<0.01$ ,<sup>▲▲</sup> $P<0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后同型半胱氨酸含量比较 治疗前,两组患者同型半胱氨酸含量差异无显著性( $P>0.05$ )。治疗后,两组患者同型半胱氨酸含量均下降( $P<0.05$ ),且治疗组患者同型半胱氨酸含量较对照组患者下降更显著( $P<0.05$ )。见表4。

表4 两组患者治疗前后同型半胱氨酸含量( $\bar{x} \pm s$ ,  $\mu\text{mol/L}$ )

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	14.32±3.12	7.09±1.23 <sup>△,▲</sup>
对照组	40	14.10±2.65	11.36±2.61 <sup>△</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

### 3 讨论

高血压属于中医的“眩晕”、“头痛”等范畴,随着生活节奏的加快、无形压力的增大等因素导致越来越多的人出现血压升高。肝阳上亢型是1级高血压的常见证型,临床表现主要呈昼高夜低的特点<sup>[3]</sup>。其多见病因病机是由于肝气不疏,则渐郁而化成病理之火热;气郁日久则血行不畅,继而形成血分之瘀热,最终导致肝阳上亢、血压升高。稳压1号方中天麻、钩藤、桑叶、决明子平肝潜阳;肝主疏泄,不可一味镇肝平肝,故佐以川芎行气疏肝;荷叶有健脾、升清阳、化湿浊、散瘀的功效,现代中药的研究结果表明荷叶中提取的荷叶碱能够扩张血管,起到降血压的作用;丹皮、田七、丹参、川芎、川牛膝活血化瘀,清瘀热;川牛膝又能引血热下行;肝体阴用阳而内寄相火,故以冬桑叶、丹参兼养阴血和川

杜仲补肝肾使肝阳得以潜藏。

现代研究表明高同型半胱氨酸不但可以导致血压升高,而且两者一起协同作用可增加心脑血管事件的风险<sup>[4]</sup>。通过临床观察发现虽然肝阳上亢型1级高血压患者的同型半胱氨酸数值不是很高<sup>[5]</sup>,但是Fallon等<sup>[6]</sup>通过前瞻性流行病学调查结果得出:Hcy每升高4.7 $\mu\text{mol/L}$ ,脑血管事件发生率就会增加20%~40%。故有效的控制Hcy水平可以减少心血管事件的发生和死亡率。

通过本次临床研究,初步肯定了稳压1号方联合苯磺酸氨氯地平片治疗肝阳上亢型高血压的临床疗效,不但动态血压、同型半胱氨酸值均得到很好的改善,降低了心脑血管事件的风险,而且还大大减轻了临床症状,提高了生活质量。

### 参考文献

- [1]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].中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:73-76.
- [3]周虹,邢之华,卫平,等.动态血压分析天麻钩藤饮的降压效果[J].湖南中医学院学报,2005,25(4):40-41.
- [4]冯蕾,倪锐志.高同型半胱氨酸与高血压相关性的研究进展[J].科技信息,2011(23):823-824.
- [5]唐娜娜,方险峰,刘中勇.H型高血压与中医证型的相关性及其动态血压特点研究[J].中国全科医学,2015(11):1240-1244.
- [6]Fallon UB, Virtamo J, Young I, et al. Homocysteine and Cerebral Infarction in Finnish Male Smokers[J]. Stroke, 2003, 34(6):1359-1363.