

疗效与对照组相当,笔者认为疗效的差别主要在于对症状的改善和对心绞痛发作频率改善的差别。此种观点是否正确,还需要进一步研究。笔者认为可以对各个症状分别进行观察,采用症状积分的方式进行疗效评价。自拟方对患者各炎症因子的影响,也有待更深入研究。

### 参 考 文 献

- [1] 邵耕. 现代冠心病[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995: 65.
- [2] 国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病的命名及诊断标准[J]. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75-76.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则, 第一辑[S]. 1995: 41-45.
- [4] 石军民, 罗龙峰. 益气活血法治疗冠心病心绞痛 30 例临床观察[J]. 中国医药导报, 2007, 4(9): 103, 111.
- [5] 齐斌, 李俊毅, 张庚, 等. 解痹涤痰汤治疗血瘀寒凝型冠心病

- 心绞痛 225 例[J]. 环球中医药, 2009, 2(4): 282-284.
- [6] 张素丽. 舒血宁注射液治疗冠心病心绞痛高脂高黏血症的临床观察[J]. 中国医药导报, 2006, 3(32): 83.
- [7] 陈勇. 中药冠心一号方治疗冠心病 48 例临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2006, 23(2): 118-121.
- [8] 赵水平. 降低 LDL-胆固醇是冠心病防治的首要目标[J]. 老年医学与保健, 2005, 11(1): 8-11.
- [9] 段学忠, 王翔燕, 隋道敬, 等. 脉安舒颗粒对不稳定性心绞痛患者血清 hs-CRP、IL-6 的影响[J]. 环球中医药, 2011, 4(3): 183-185.
- [10] 李建军. C 反应蛋白与冠心病的关系[J]. 心血管病学进展, 1999, 14(5): 319.
- [11] 康兴霞, 范平. 怡心汤治疗冠心病心绞痛疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(7): 5-7.

(收稿日期: 2012-06-27)

(本文编辑: 刘群)

## 辨证论治联合泽泻汤加味方对高血压病中医症候积分的影响

王春华 高怡 陈建芝 李春禹 王长志 范洪亮

**【摘要】 目的** 观察辨证论治联合泽泻汤加味方对原发性高血压病患者中医症候积分影响, 明确此种治疗方式更适合何种中医证型的高血压病。**方法** 入选原发性高血压病患者 140 例, 信封法随机分为两组, 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, 汤剂口服治疗, 疗程 28 天, 观察不同天数各证型中医症候积分改善情况。**结果** 两组总体中医症候积分比较, 第 7 天无差异性( $P>0.05$ ), 第 14、21、28 天均有差异性, 以观察组症候积分下降为优, 并随治疗天数增加差异性日渐显著( $P_{14}<0.05$ 、 $P_{21}<0.01$ 、 $P_{28}<0.01$ )。两组同一证型间比较, 肝火亢盛证第 7、14、21、28 天无差异性( $P>0.05$ ), 其余 3 证型(阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证)第 7、14 天无差异性( $P>0.05$ ), 第 21、28 天有差异性, 且随治疗天数增加日渐显著; 其中, 阴虚阳亢证:  $P_{21}<0.05$ 、 $P_{28}<0.01$ , 痰湿壅盛证:  $P_{21}<0.05$ 、 $P_{28}<0.01$ , 阴阳两虚证:  $P_{21}<0.01$ 、 $P_{28}<0.01$ 。**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改善中医症候积分作用, 较适用于阴阳两虚证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证的原发性高血压病患者。

**【关键词】** 原发性高血压病; 辨证论治; 泽泻汤加味方; 中医症候积分

**【中图分类号】** R544.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.07.019

辨证论治治疗原发性高血压病是中医临床最具特色的主流方式。存在的主要问题是辨证分型尚未统一。理论上讲, 辨证分型数目再多, 亦不能避免“挂万漏一”。笔者采用

公认的《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup> 高血压中医分型标准, 以此为基础, 围绕原发性高血压病病程中普遍存在痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结的病机<sup>[2]</sup>, 统一联合施以具有利

作者单位: 065201 河北, 三河市燕郊人民医院中医科(王春华、陈建芝、李春禹), 内科(高怡); 河北联合大学中医学院(王长志); 北京通州区中西医结合骨伤医院国医馆(范洪亮)

作者简介: 王春华(1958-), 本科, 主治医师。主要从事中医内科临床。E-mail: yjmyy@163.com

通讯作者: 范洪亮(1963-), 博士, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 中医药防治高血压病。E-mail: fhl.2006@yahoo.com.cn

建议参考文献标引格式:

王春华, 高怡, 陈建芝等. 辨证论治联合泽泻汤加味方对高血压病中医症候积分的影响[J]. 环球中医药, 2012, 5(7): 538-540

水活血祛痰作用的泽泻汤加味方,进行了中医症候积分改善的临床观察,现报告如下。

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 例原发性高血压病 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,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。

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)/(90~109) mmHg 之间;中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>提出的中医高血压诊断分型标准(见表 1),辨证分为肝火亢盛证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证。各证型主症具备 1 项,次症具备 3 项及以上者,结合舌象、脉象,即可诊断。

表 1 高血压中医证候分型标准

	肝火亢盛证	阴虚阳亢证	痰湿壅盛证	阴阳两虚证
主证	眩晕,头痛,急躁易怒	眩晕,头痛,腰酸,膝软,五心烦热	眩晕,头痛,头重如裹,胸闷,呕吐痰涎	眩晕,头痛,腰酸,膝软,畏寒肢冷
次证	面红,目赤,口干,口苦,便秘,溲赤,舌红,苔黄,脉弦数	心悸,失眠,耳鸣,健忘,舌红,少苔,脉弦细而数	心悸,失眠,口淡,食少,舌胖,苔腻,脉滑	耳鸣,心悸,气短,夜尿频,舌淡,苔白,脉沉细弱

1.3 治疗方法

以信封法随机将入选患者分为观察组 70 例、对照组 70 例。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。共计 28 天。观察期间,所有病例不得增减正在服用的降压药、或添加新的降压药,否则按自动退出处理。

肝火亢盛证用龙胆泻肝汤加味方(每袋 100 ml,含生药:龙胆草 10 g、生地黄 10 g、夏枯草 10 g、泽泻 7 g、黄芩 7 g、决明子 7 g、栀子 5 g、白芍 5 g)、阴虚阳亢证用杞菊地黄汤加味方(每袋 100 ml,含生药:枸杞子 10 g、生地黄 10 g、北沙参 10 g、

丹皮 10 g、菊花 5 g、泽泻 5 g、怀牛膝 3 g、白芍 5 g、钩藤 3 g)、痰湿壅盛证用半夏白术天麻汤加味方(每袋 100 ml,含生药:清半夏 8 g、炒白术 7 g、天麻 8 g、陈皮 6 g、薏苡仁 10 g、茯苓 10 g、竹茹 5 g、砂仁 5 g)、阴阳两虚证用右归饮加味方(每袋 100 ml,含生药:熟地黄 10 g、山药 10 g、山茱萸 10 g、枸杞子 10 g、杜仲 10 g、肉桂 3 g、当归 5 g、附子 3 g)。

对照组给予以上辨证治疗。观察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 50 ml,含生药:泽泻 7 g、炒白术 3 g、泽兰 5 g、石菖蒲 5 g),每日 2 袋,分 2 次口服。

1.4 观察指标

偶测血压:使用国际标准水银柱血压计测量右臂坐位血压。给药前、给药后的第 7、14、21、28 天各测 3 次血压,取平均值。

中医症候积分:依据原发性高血压病中医各证型常见症状分级记分,主症各按无、轻、中、重记 0、3、6、9 分,次症各按无、轻、中、重记 0、2、4、6 分,分别于给药前、给药后的第 7、14、21、28 天进行全部病例及各证型症候积分统计。

1.5 统计学方法

全部数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,治疗前后血压比较与中医症候积分比较采用配对  $t$  检验。所有数据由 SPSS 11.5 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,两组偶测血压比较无差异性( $P>0.05$ ),具可比性;治疗后,两组偶测血压均明显降低,与治疗前比较收缩压、舒张压均差异性显著( $P<0.01$ )。两组同期比较,收缩压第 14、21、28 天均有差异性( $P_{14}=0.046<0.05$ ,  $P_{21}=0.004<0.01$ ,  $P_{28}=0.000<0.01$ ),舒张压第 21、28 天均有差异性( $P_{21}=0.012<0.05$ ,  $P_{28}=0.002<0.01$ ),均以观察组为优,其差异性随天数增加日渐显著。结果见表 2。

2.2 中医各证型症候积分比较

两组总体比较:治疗前中医症候积分无差异性( $P>0.05$ ),具可比性;治疗后与治疗前比较均差异性显著( $P<0.01$ );治疗后两组不同天数同期比较,第 7 天两组无差异性( $P>0.05$ ),第 14、21、28 天均有差异性,且以观察组中医症候积分下降为优,并随治疗天数增加其差异性日渐显著( $P_{14}=0.031<0.05$ ,  $P_{21}=0.001<0.01$ ,  $P_{28}=0.000<0.01$ )。

表 2 治疗前后偶测血压(mmHg)的比较( $\bar{x} \pm s$ )( $n=70$ )

组别	治疗前	第 7 天	第 14 天	第 21 天	第 28 天
对照组					
收缩压	157.26±8.89	151.30±8.12 <sup>a</sup>	146.38±7.56 <sup>a</sup>	141.80±7.21 <sup>a</sup>	137.50±7.01 <sup>a</sup>
舒张压	95.18±6.72	91.52±5.35 <sup>a</sup>	88.75±4.85 <sup>a</sup>	86.01±4.24 <sup>a</sup>	83.01±4.02 <sup>a</sup>
观察组					
收缩压	157.74±9.61	150.67±7.90 <sup>a</sup>	143.95±6.65 <sup>ab</sup>	138.50±6.21 <sup>ac</sup>	133.28±6.58 <sup>ac</sup>
舒张压	94.58±5.81	90.28±5.09 <sup>a</sup>	87.32±4.47 <sup>a</sup>	84.18±4.23 <sup>ab</sup>	80.33±4.31 <sup>ac</sup>

注:两组治疗后不同天数与治疗前对比:<sup>a</sup> $P<0.01$ ;观察组与对照组同期对比:<sup>b</sup> $P<0.05$ ,<sup>c</sup> $P<0.01$

表 3 原发性高血压患者治疗前后中医症候积分比较(  $\bar{x} \pm s$  )

组别	n	治疗前	第 7 天	第 14 天	第 21 天	第 28 天
对照组						
本组全部病例	70	31.98±7.56	24.07±6.30 <sup>c</sup>	15.24±4.59 <sup>c</sup>	8.57±4.50 <sup>c</sup>	6.17±4.07 <sup>c</sup>
肝火亢盛证	15	37.40±5.81	27.06±5.23 <sup>a</sup>	17.13±3.74 <sup>a</sup>	8.53±3.75 <sup>a</sup>	4.00±2.47 <sup>a</sup>
阴虚阳亢证	21	33.71±6.63	26.14±5.64 <sup>a</sup>	16.23±5.52 <sup>a</sup>	9.14±5.12 <sup>a</sup>	6.61±4.26 <sup>a</sup>
痰湿壅盛证	21	27.09±7.25	20.23±6.64 <sup>a</sup>	13.47±4.12 <sup>a</sup>	7.61±4.42 <sup>a</sup>	6.04±3.99 <sup>a</sup>
阴阳两虚证	13	30.84±6.58	23.46±5.44 <sup>a</sup>	14.30±3.66 <sup>a</sup>	9.23±4.63 <sup>a</sup>	8.15±4.56 <sup>a</sup>
观察组						
本组全部病例	70	33.30±7.64	22.47±5.73 <sup>c</sup>	13.55±4.55 <sup>cd</sup>	5.65±3.08 <sup>ce</sup>	3.22±2.79 <sup>ce</sup>
肝火亢盛证	13	37.15±7.79	23.69±6.83 <sup>a</sup>	13.84±5.45 <sup>a</sup>	6.23±2.31 <sup>a</sup>	2.77±3.34 <sup>a</sup>
阴虚阳亢证	18	36.33±6.64	24.83±5.60 <sup>a</sup>	14.55±4.63 <sup>a</sup>	6.00±3.74 <sup>ab</sup>	3.28±2.92 <sup>ac</sup>
痰湿壅盛证	24	30.75±7.66	20.79±5.07 <sup>a</sup>	13.04±4.73 <sup>a</sup>	5.16±2.59 <sup>ab</sup>	3.00±2.12 <sup>ac</sup>
阴阳两虚证	15	30.40±6.29	21.26±5.16 <sup>a</sup>	12.93±3.43 <sup>a</sup>	5.53±3.64 <sup>ab</sup>	3.93±3.21 <sup>ac</sup>

注: 两组同一证型治疗后与治疗前对比: <sup>a</sup> $P<0.01$ ; 观察组与对照组同期同一证型间对比: <sup>b</sup> $P<0.05$ , <sup>c</sup> $P<0.01$ ; 两组治疗前后总体对比: <sup>a</sup> $P<0.01$ ; 观察组与对照组同期总体对比: <sup>d</sup> $P<0.05$ , <sup>e</sup> $P<0.01$

两组同一证型间比较: 治疗前中医症候积分无差异性( $P>0.05$ ), 具可比性; 治疗后与治疗前比较均差异性显著( $P<0.01$ )。治疗后两组各证型不同天数同期比较, 肝火亢盛证第 7、14、21、28 天均无差异性( $P>0.05$ ), 其余 3 证型(阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证)第 7、14 天无差异性( $P>0.05$ ), 第 21、28 天有差异性, 均以观察组症候积分下降为优, 且随治疗天数增加日渐显著(阴虚阳亢证:  $P_{21}=0.038<0.05$ ,  $P_{28}=0.008<0.01$ , 痰湿壅盛证:  $P_{21}=0.026<0.05$ ,  $P_{28}=0.002<0.01$ , 阴阳两虚证:  $P_{21}=0.026<0.05$ ,  $P_{28}=0.008<0.01$ )。结果见表 3。

### 3 讨论

辨证论治是中医治疗原发性高血压病主流方法。存在问题: 辨证分型尚未统一, 体现在辨证分型依据、数目、种类的不一致性<sup>[3]</sup>。张昱等<sup>[4]</sup>总结了近年来高血压证的现状, 指出有以八纲辨证分型者、有据脏腑辨证分型者、亦有认为简单地脏腑八纲或其他辨证进行分型很难全面反映中医病机而主张复合辨证分型者。加之近年来有关“高血压证型与现代医学客观化指标相关性的研究”等<sup>[5]</sup>, 虽然在很大程度上丰富了中医辨证分型的内涵, 但终因其名目繁多, 使其辨证分型更难以把握。就目前临床实际而言, 辨证分本病为 3~8 型不等。理论上讲, 辨证分型数目再多, 亦不能避免“挂万漏一”。对于主证外的兼证及症, 多数学者主要采取联合其他治法及相应的对症药物进行应对, 既遵循了辨证论治原则, 又体现了个体化治疗。但由于灵活性过强, 不便掌握, 故普及性相对较弱。如何解决既遵循简捷、规范的辨证分型, 又能弥补简捷辨证分型后“不够用”的矛盾。笔者采用了公认的《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>高血压分型标准, 在此基础上, 紧紧抓住原发性高血压病程中贯穿始终的水浊内结、瘀血阻络、痰湿阻滞病机, 再联合施以具有利水活血祛痰作用的泽泻汤加味方进行治疗, 这或是解决上述矛盾的可选方法之一。

中医症候积分改善反映了患者生活质量。中医证型是疾病个性化的反映, 亦是个体化治疗的依据。本研究结果显示: (1) 比较两组全部病例的中医症候积分, 辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治具有较好的改善中医症候积分的作用, 且这种作用随治疗天数的增加日渐显著, 其原因与中药复方作用平稳、持久相关外, 另与痰湿病理存在、湿性粘滞特点有关。(2) 两组同一证型中医症候积分比较, 肝火亢盛证自始至终无差异性( $P>0.05$ ), 其余 3 证型(阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证)前 2 周无差异性, 3 周后始有差异性, 且随治疗天数增加日渐显著。表明辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治在改善中医证候方面对肝火亢盛证无意义, 对阴虚阳亢证、痰湿壅盛证有一定的作用, 对阴阳两虚证有较为肯定的积极作用。同时, 反证了肝火亢盛证没有或尚未形成明确的水浊内结、瘀血阻络、痰湿阻滞的病机, 而阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证正在形成或多已形成且客观存在着痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结病机。

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改善中医症候积分的作用, 尤其适用于辨证属于阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证的原发性高血压病患者。

### 参 考 文 献

- [1] 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: 228-231.
- [2] 范洪亮, 张连合. 祛痰湿活血利水法论治原发性高血压病[J]. 承德医学院学报, 2008, 25(1): 38-40.
- [3] 范洪亮. 内服中药治疗高血压病中医临床进展[J]. 承德医学院学报, 2007, 24(4): 383-386.
- [4] 张昱, 王阶. 高血压病中医证型的现代研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(1): 78-80.
- [5] 李莲静, 陈晓虎. 高血压病中医分型与实验室相关指标关系综述[J]. 江苏中医药, 2004, 25(3): 59-61.

(收稿日期: 2012-05-24)

(本文编辑: 秦楠)