

# 天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减治疗原发性高血压合并高血脂 40 例临床观察

王新宇<sup>1</sup>, 杜绍山<sup>2</sup>

1. 天津市津南区葛沽镇卫生院国医堂, 天津 300352; 2. 天津市咸水沽医院, 天津 300353

**【摘要】**目的: 探讨天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减治疗原发性高血压合并高血脂的疗效及对血管内皮功能的影响。方法: 将 80 例患者随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组给予氨氯地平, 阿托伐他汀钙片。观察组采用天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减, 每天 1 剂, 常规水煎分 2 次服用。2 组疗程均为 8 周。检测治疗前后血脂水平, 测定患者血压, 肝火亢盛证评分, 检测治疗前后血清一氧化氮 (NO) 和内皮素-1 (ET-1) 水平。结果: 2 组治疗后收缩压 (SBP) 和舒张压 (DBP) 均较治疗前下降 ( $P < 0.01$ )。血压控制总有效率对照组 85.0%, 观察组 87.5%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。中医证候总有效率对照组 70.0%, 观察组 95.0%, 观察组优于对照组, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。降脂总有效率观察组 95.0%, 对照组 77.5%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ), 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 较治疗前升高 ( $P < 0.01$ ); 治疗后观察组 TG 水平低于对照组, HDL-C 水平高于对照组, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。治疗后 2 组 ET-1 较治疗前下降, NO 水平上升 ( $P < 0.01$ ), 治疗后观察组 ET-1 水平低于对照组, NO 水平高于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减对改善原发性高血压合并高血脂患者血压、血脂、中医证候均具有显著疗效, 并能调节患者血管内皮功能。

**【关键词】** 原发性高血压; 高脂血症; 天麻钩藤饮; 瓜蒌薤白半夏汤

**【中图分类号】** R544.1

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 0256-7415 (2014) 07-0032-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.015

高血压与血脂异常是目前公认的心脑血管疾病的重要危险因素, 这 2 种危险因素往往同时存在, 且两者之间相互影响、相互促进, 具有密切关系, 进一步增加心血管疾病的危险性<sup>[1]</sup>。高血压和高脂血症两者的发病率呈正相关, 我国目前高血压患者已超过 1.6 亿, 18 岁以上成人约有 1.6 亿血脂异常患者, 约有一半的患者二者兼有<sup>[1-2]</sup>。因此同时控制血压与血脂异常是理想的治疗策略, 调整异常血脂有利于血压的控制, 降压同时降脂有利于减少血管损伤, 对防治心血管疾病将产生更多的效益<sup>[3,4]</sup>。但目前只有少数患者被推荐同时使用降压及降脂药物。中医药的作用往往是综合的, 具有多层次、多靶点的特点, 本研究探讨了天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减治疗原发性高血压合并高血脂的临床疗效。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为天津市津南区葛沽镇卫生院 2012 年 4 月~2013 年 10 月原发性高血压合并高血脂患者, 共 80 例。采用随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。对照组男 18 例, 女 22 例; 年龄 37~68 岁, 平均(50.3±6.2)岁; 病

程 0.5~3 年, 平均(1.70±0.85)年; 曾经采用降脂治疗 12 例, 降压治疗 27 例; 体重指数 25.90±2.91。观察组男 20 例, 女 20 例; 年龄 35~71 岁, 平均(51.7±7.1)岁; 病程 1~4 年, 平均(1.90±0.93)年; 曾经采用降脂治疗 15 例, 降压治疗 24 例; 体重指数 26.20±3.05。2 组一般资料比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 1.2 诊断标准

1.2.1 原发性高血压诊断标准 参照《中国高血压防治指南 2010》<sup>[5]</sup>诊断标准: 不同日 3 次测得收缩压(SBP)140~159 mmHg 和(或)舒张压(DBP)90~99 mmHg。

1.2.2 高脂血症诊断标准 参照《中国成人血脂异常防治指南》<sup>[6]</sup>的标准判定, 符合下列条件之一者为血脂异常: 甘油三酯(TG)≥2.26 mmol/L, 总胆固醇(TC)≥6.22 mmol/L, 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)≤1.04 mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)≥4.14 mmol/L。

1.2.3 肝火亢盛证辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>制定: 主症: 眩晕, 头痛, 急躁易怒; 次症:

**【收稿日期】** 2014-02-25

**【作者简介】** 王新宇 (1980-), 男, 主治医师, 研究方向: 脂肪肝, 高脂血症, 增生性膝关节炎。

面红目赤,口干口苦,便秘,溲赤,舌红、苔黄,脉弦数。

1.3 纳入标准 ①符合原发性高血压1级和2级及高脂血症的西医诊断标准;②符合肝火亢盛证型者;③年龄30~75岁;④患者知情同意。

1.4 排除标准 ①3级高血压或继发性高血压或恶性高血压;②继发性高脂血症患者;③近4周服用西药降压或(和)降脂治疗者;④合并严重肝、肾功能损害患者,恶性肿瘤患者,精神异常患者;⑤妊娠或哺乳期妇女及计划怀孕者。

## 2 治疗方法

2组患者治疗期间均给以低脂、低盐饮食。戒烟限酒,适当加强体育锻炼。

2.1 对照组 给予氨氯地平(络活喜,辉瑞制药有限公司),5mg,每天1次;阿托伐他汀钙片(立普妥,辉瑞制药有限公司),20mg,晚饭前口服。

2.2 观察组 天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减,药物组成:杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神、栀子、薤白、黄芩、法半夏、天麻各10g,钩藤(后下)、川牛膝各12g,石决明(先煎)、瓜蒌各20g,山楂、丹参各15g。阴虚火旺加枸杞子、知母、制何首乌各12g;兼痰湿加白术、泽泻各15g。每天1剂,常规水煎分2次服用。

2组疗程均为8周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①检测治疗前后血脂水平,包括TC、TG、LDL-C、HDL-C;②于治疗前、治疗后测定患者血压(不同日3次);③肝火亢盛证:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>,根据无、轻、中、重程度分别记0、2、4、6分,次症分别记录0、1、2、3分。④血管内皮功能检测:血清一氧化氮(NO)和内皮素-1(ET-1)水平。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计分析软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 血压疗效评定标准<sup>[9]</sup> 显效:舒张压下降10mmHg以上,并达到正常范围;或舒张压虽未降至正常但已经下降20mmHg以上。有效:舒张压下降10mmHg以内,但已达到正常范围;或舒张压较前下降10~19mmHg,但未达到正常范围;或收缩压较前下降30mmHg以上。无效:未达到以上标准。

4.2 降脂疗效<sup>[9]</sup> 临床控制:治疗后血脂检测恢复正常;显效:治疗后血脂检测达到以下任何一项者:TC下降 $\geq 20\%$ ,TG下降 $\geq 40\%$ ,或HDL-C上升 $\geq 0.26$ mmol/L;有效:血脂检查达到以下任何一项者:10% $\leq$ TC下降 $< 20\%$ ,20% $\leq$ TG下降 $< 40\%$ ,0.104mmol/L $\leq$ HDL-C上升 $< 0.26$ mmol/L;无效:血脂检测未达到以上标准者。

4.3 中医证候疗效标准<sup>[9]</sup> 显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:临床症状、体征均有好转,证

候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%。

4.4 2组治疗前后SBP和DBP水平比较 见表1。2组治疗后SBP和DBP均较治疗前下降( $P < 0.01$ )。

表1 2组治疗前后SBP和DBP水平比较 $(\bar{x} \pm s)$  mmHg

组别	n	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	157.5 $\pm$ 8.8	136.4 $\pm$ 7.5 <sup>①</sup>	96.7 $\pm$ 6.5	87.4 $\pm$ 5.5 <sup>①</sup>
观察组	40	155.2 $\pm$ 9.1	138.9 $\pm$ 7.1 <sup>①</sup>	97.1 $\pm$ 6.2	89.3 $\pm$ 5.1 <sup>①</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.01$

4.5 2组血压疗效比较 见表2。治疗后血压控制总有效率对照组85.0%,观察组87.5%,2组比较,差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。

表2 2组血压疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	21	13	6	85.0
观察组	40	18	17	5	87.5

4.6 2组中医证候疗效比较 见表3。中医证候总有效率对照组70.0%,观察组95.0%,观察组优于对照组,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组中医证候疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	13	15	12	70.0
观察组	40	25	13	2	95.0 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.7 2组降脂疗效比较 见表4。总有效率观察组95.0%,对照组77.5%,2组比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表4 2组降脂疗效比较 例

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	9	10	12	9	77.5
观察组	40	8	19	11	2	95.0 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.8 2组血脂各项指标比较 见表5。治疗后2组TC、TG、LDL-C均较治疗前下降( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ),HDL-C较治疗前升高( $P < 0.01$ );治疗后观察组TG水平低于对照组,HDL-C水平高于对照组,差异均有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。

4.9 2组治疗前后ET-1、NO比较 见表6。治疗后2组ET-1较治疗前下降,NO水平较治疗前上升( $P < 0.01$ ),观察组ET-1水平低于对照组,NO水平高于对照组( $P < 0.01$ )。

## 5 讨论

高血压和高脂血症通过损害动脉血管,引起大中型动脉发生粥样硬化斑块,导致心脑血管严重并发症。高血压患者一旦

表 5 2 组血脂各项指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	mmol/L			
		TC	TG	LDL-C	HDL-C
对照组	治疗前	6.12±0.65	3.19±0.73	5.24±0.87	1.09±0.24
	治疗后	5.24±0.53 <sup>③</sup>	2.83±0.62 <sup>③</sup>	2.90±0.74 <sup>③</sup>	1.26±0.25 <sup>③</sup>
观察组	治疗前	6.07±0.71	3.26±0.77	5.19±0.92	1.11±0.26
	治疗后	5.35±0.56 <sup>③</sup>	2.15±0.68 <sup>③④</sup>	3.08±0.83 <sup>③</sup>	1.51±0.30 <sup>③④</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.01$

表 6 2 组治疗前后 ET-1、NO 比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	NO( $\mu\text{mol/L}$ )	
			ET-1( $\text{ng/L}$ )	NO( $\mu\text{mol/L}$ )
对照组	40	治疗前	78.5±14.27	46.3±11.58
		治疗后	63.1±12.36 <sup>①</sup>	56.9±12.83 <sup>①</sup>
观察组	40	治疗前	80.1±13.75	45.7±10.76
		治疗后	46.7±14.58 <sup>①②</sup>	65.3±11.41 <sup>①②</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

合并有高血脂症, 则可加速动脉粥样斑块的发生、发展, 从而促进了严重的心脑血管事件, 如心绞痛、心肌梗死、脑卒中等产生<sup>[7]</sup>。高血压与血脂异常的合并存在将增加动脉粥样硬化及心血管疾病的患病率及病死率, 可以使心血管疾病的风险增加 3~4 倍<sup>[8]</sup>。控制血压可以大幅度降低脑卒中的发病率和病死率, 但对冠心病发病率和病死率的降低不够理想。《中国高血压防治指南 2010》<sup>[9]</sup>指出高血压是一种“心血管综合征”, 应对心血管总体风险进行评估以决定治疗措施, 应对多种心血管危险因素进行综合性干预。血脂异常可损害血管内皮功能、影响血压水平, 氧化型低密度脂蛋白(Ox-LDL)改变了内皮的多种功能, 使 NO 水平下降和 ET-1 水平升高, 引起血压增高; 血脂异常通过影响细胞膜结构及受体功能影响血压; 血脂异常通过影响血管紧张素 II 影响血压<sup>[10]</sup>。因此降压同时降脂对于改善临床预后具有协同作用, 对异常血脂代谢紊乱的调整有利于血压的控制, 降压同时降脂对于减少血管损伤具有协同性<sup>[11]</sup>。

他汀类药物是临床最常用的降脂药物, 临床疗效确切, 除了降血脂作用外, 他汀类药物还可以改善内皮功能, 抗血小板聚集, 稳定粥样斑块, 减轻炎症反应, 但多能引起肝肾功能受损、横纹肌裂解、新发肿瘤和糖尿病等不良反应, 停药后大多亦有反跳现象<sup>[12]</sup>。

高血压病机多为脏腑阴阳失调, 气血不和, 气机升降失常, 风火内生, 痰瘀交阻所致。其病位在肝、脾、肾。高血脂症属于中医学痰浊、血瘀等范畴, 多因过食膏粱厚味、嗜酒过度、劳逸失当, 致脾虚气弱, 升降失常, 运化停滞, 清浊难分, 酿湿成痰, 痰湿壅滞气机, 阻于血脉, 浊脂沉积血府, 日久浸淫脉道, 终致痰阻络瘀。其病位也在肝、脾、肾。高血压

病和高血脂症两者之间的中医病因病机存在着密切的相关性, 其主要与肝失疏泄, 脾失健运, 肾气虚衰, 情志抑郁等相关。

天麻钩藤饮是中医治疗肝阳上亢型高血压病的代表方, 瓜蒌薤白半夏汤具有祛痰宽胸、行气开郁之功, 现代学者以该方加减治疗高血脂症疗效显著<sup>[13]</sup>。本组方中以天麻、钩藤、石决明平肝熄风, 栀子、黄芩清热泻肝火, 益母草活血利水, 川牛膝引血下行, 杜仲、桑寄生能补益肝肾, 夜交藤、茯神安神定志, 丹参配益母草以化瘀通络, 法半夏燥湿化痰, 瓜蒌、薤白豁痰通阳, 山楂消积化滞。全方共奏平肝熄风、化痰理气、化痰消浊之功。

本组资料显示, 天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减的降压效果与氨氯地平加阿托伐他汀钙片相比较疗效相当; 观察组对患者 TG、HDL-C 控制效果优于对照组, 其降脂总有效率达 95.0%, 优于对照组 77.5%, 提示了天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减降脂效果优于阿托伐他汀钙片; 进一步的研究显示, 治疗后观察组 ET-1 水平低于对照组, NO 水平高于对照组, 提示了天麻钩藤饮合瓜蒌薤白半夏汤加减对血管内皮功能的调节作用优于对照组用药, 这可能是其降压、调节脂代谢的作用机制。

#### [参考文献]

- 叶平, 孙晓楠. 高血压与血脂异常[J]. 中国实用内科杂志, 2007, 27(12): 914-916.
- 吴应红, 周晓芳. 高血压与高血脂症的相关性[J]. 实用医院临床杂志, 2011, 8(3): 162-164.
- Derosa G, Maffioli P. Effects of amlodipine plus atorvastatin association in hypertensive hypercholesterolemic patients[J]. Expert Review of Cardiovascular Therapy, 2010, 8(6): 835-843.
- 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.
- 中国成人血脂异常防治指南制定联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(5): 401-407.
- 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: 73-81.
- 隋在云, 徐霞, 盛国良, 等. 复方降脂软胶囊对高血脂症大鼠血液流变学的影响[J]. 河南中医, 2009, 29(4): 353-354.
- 陈清杰, 杨毅宁. 他汀类药物不良反应的研究进展[J]. 心血管病学进展, 2013, 34(2): 279.
- 赵喜锦. 瓜蒌薤白半夏汤加味治疗高血脂症 60 例[J]. 河南中医, 2003, 23(7): 8.

(责任编辑: 马力)