

中图分类号: R969.4; R544.1 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2023)14-0095-04
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2023.14.021



天麻钩藤饮加减联合耳尖放血疗法治疗肝阳上亢型高血压临床观察*

邢军彪, 和会静[△], 王 妙, 李 静, 崔静娜

(河北省保定市唐县中医医院, 河北 保定 072350)

摘要:目的 探讨天麻钩藤饮加减联合耳尖放血疗法治疗肝阳上亢型高血压的临床疗效。方法 选取医院2020年1月至2022年1月收治的肝阳上亢型高血压患者300例,按随机抽签法分为对照组(100例)和观察组(200例)。两组患者均予耳尖放血疗法治疗,对照组患者加服硝苯地平控释片,观察组患者加服天麻钩藤饮(随证加减),两组均连续治疗4周。结果 观察组总有效率为93.50%,显著高于对照组的77.00%($P < 0.05$)。观察组患者治疗后的中医证候(头痛眩晕、恶心欲呕、胸闷乏力、失眠烦躁)积分均显著低于对照组($P < 0.05$),24 h平均收缩压、24 h平均舒张压、24 h动态血压标准差、动态动脉硬化指数均显著低于对照组($P < 0.05$),尿微量白蛋白、尿肌酐清除率及两者的比值均显著低于对照组($P < 0.05$)。观察组与对照组不良反应发生率相当(13.00%比8.00%, $P > 0.05$)。结论 天麻钩藤饮加减联合耳尖放血疗法治疗肝阳上亢型高血压,能改善患者的中医证候,减小血压波动,改善动脉硬化和肾功能损伤程度。

关键词: 高血压;肝阳上亢证;天麻钩藤饮;耳尖放血疗法;血压波动性;动态动脉硬化指数;中医证候积分;肾功能;临床疗效

Clinical Observation of Modified Tianma Gouteng Decoction Combined with Ear Tip Bloodletting in the Treatment of Hypertension with Liver – Yang Hyperactivity Syndrome

XING Junbiao, HE Huijing, WANG Miao, LI Jing, CUI Jingna

(Tangxian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Baoding, Hebei, China 072350)

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy of modified Tianma Gouteng Decoction combined with ear tip bloodletting in the treatment of hypertension with liver – Yang hyperactivity syndrome. **Methods** A total of 300 hypertensive patients with liver – Yang hyperactivity syndrome admitted to the hospital from January 2020 to January 2022 were selected and divided into the control group (100 cases) and the observation group (200 cases) by the random drawing method. The patients in the two groups were treated with ear tip bloodletting, on this basis, the patients in the control group were treated with Nifedipine Controlled – Release Tablets, while the patients in the observation group were treated with modified Tianma Gouteng Decoction. Both groups were treated continuously for four weeks. **Results** The total effective rate in the observation group was 93.50%, which was significantly higher than 77.00% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes (headache, dizziness, nausea, vomiting, chest tightness, fatigue, insomnia and irritability) in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the 24 – hour mean systolic blood pressure (24 hmSBP), 24 – hour mean diastolic blood pressure (24 hmDBP), standard deviation of 24 – hour ambulatory blood pressure and ambulatory

*基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目[2022519]。

第一作者:邢军彪,男,大学本科,副主任检验师,研究方向为中西医结合诊治心血管疾病,(电子信箱)xingjunbiao2022@163.com。

[△]通信作者:和会静,女,硕士,副主任中医师,研究方向为中西医结合诊治心血管疾病,(电子信箱)hehuijing2021@163.com。

- [5] CHAN EWC, LYE PY, WONG SK, et al. Phytochemistry, pharmacology, and clinical trials of *Morus alba* [J]. Chin J Nat Med, 2016, 14(1): 17 – 30.
- [6] 郑 明, 金情政, 胡卫南, 等. ICP – MS法同时测定半夏糖浆中6种重金属元素的含量[J]. 中国药师, 2018, 21(9): 1672 – 1674.
- [7] 李耀磊, 张志成, 金红宇, 等. ICP – MS法测定复方苦参注射液铜、砷、镉、汞、铅元素的残留量[J]. 药物分析杂志, 2018, 38(10): 1781 – 1787.
- [8] 钟振华, 涂明珠, 万 星. 微波消解 – 电感耦合等离子体质谱(ICP – MS)法测定梧丙酯原料药中的金属元素[J]. 中国药师, 2018, 21(9): 1590 – 1593.
- [9] 张 磊, 丁大中, 宋梓慧, 等. 吡啶酸片中元素杂质的电感耦合等离子体质谱法测定[J]. 中国药师, 2019, 22(3): 579 – 581.
- [10] 邱 婧, 王湘波, 李瑞莲, 等. ICP – MS法测定湖南特色中成药中的重金属及有害元素及相关风险评价[J]. 中南药学, 2006, 17(11): 1909 – 1913.
- [11] 李正艳, 周芸芸, 赵婷婷, 等. 复方乳酸钠葡萄糖注射液中12个元素杂质的质量研究[J]. 药物分析杂志, 2020, 40(12): 2186 – 2192.
- [12] 马 杰, 丁 野, 方 磊, 等. 电感耦合等离子体发射光谱法测定土牛膝中13种微量元素及相关性分析[J]. 中国药业, 2020, 29(17): 71 – 73.
- [13] 郭 雷, 宋 宇, 邵天舒, 等. 微波消解 – 电感耦合等离子体质谱法测定整蛋白型肠内营养剂中铁、锌、铜、锰元素含量[J]. 中国药业, 2020, 29(21): 72 – 74.
- [14] 毛 睿, 朱晓伟. ICP – MS法测定樱桃核中的重金属含量[J]. 中国药师, 2021, 24(4): 762 – 766.

(收稿日期: 2022 – 11 – 08; 修回日期: 2023 – 01 – 17)

arterial stiffness index (AASI) in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the urinary microalbumin (MAU), urinary creatinine clearance rate and urinary microalbumin / creatinine ratio (ACR) in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in the observation group was similar to that in the control group (13.00% vs. 8.00%, $P > 0.05$). **Conclusion** Modified Tianma Gouteng Decoction combined with ear tip bloodletting in the treatment of hypertension with liver - Yang hyperactivity syndrome can improve the TCM syndromes, reduce the blood pressure fluctuation, improve the arterial stiffness and renal dysfunction of patients.

Key words: hypertension; liver - Yang hyperactivity syndrome; Tianma Gouteng Decoction; ear tip bloodletting; blood pressure fluctuation; ambulatory arterial stiffness index; TCM syndrome score; renal function; clinical efficacy

高血压可累及心、脑、肾等器官,影响其功能或引发器质性损伤,也是导致心血管突发事件的重要因素^[1]。其中,原发性高血压尚缺乏有效的治疗手段,西医主要以药物控制血压,并辅以饮食控制及运动训练干预等^[2]。随着临床应用的增多,单纯西医治疗的血压控制效果渐弱,且长期服药易引起较多的不良反应及导致机体耐受^[3]。中医认为,高血压的病机为肝火亢盛、阴虚阳亢、痰湿壅盛、阴阳两虚,采取相应的治疗手段如耳尖放血或中药方剂内服等疗效较好^[4-5],而肝阳上亢型为其常见类型。本研究中探讨了天麻钩藤饮加减联合耳尖放血疗法治疗肝阳上亢型高血压的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:符合《中国高血压防治指南(2018年修订版)》中的诊断标准^[6]并确诊为高血压;中医辨证属肝阳上亢证,症见头痛眩晕、恶心欲呕、胸闷乏力、失眠烦躁等;年龄40~75岁;对本研究拟用药物无禁忌证或过敏反应;能耐受耳尖放血疗法。本研究经医院医学伦理委员会批准,患者及其家属签署知情同意书。

排除标准:合并其他心脑血管疾病;肝肾功能衰竭;凝血功能障碍;入组前已接受其他药物治疗;未严格执行治疗方案;基础资料、观察指标数据缺失或不完整。

脱落/剔除标准:中途因各种原因自愿退出;随访期间失访。

病例选择与分组:选取医院2020年1月至2022年1月收治的肝阳上亢型高血压患者300例,按随机抽签法分为观察组(200例)和对照组(100例)。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表1。

1.2 方法

两组患者均予耳尖放血疗法:将患者的耳轮处向耳屏对折处,耳廓上方顶端位置(即为耳尖穴位)确认为放血部位,然后由操作医师用拇指和食指按摩整个耳廓致其完全充血;以75%乙醇对患者针刺放血部位消毒,放血时先捏住耳廓,然后以采血针刺入耳尖穴

表1 两组患者一般资料比较

Tab.1 Comparison of the patients' general data between the two groups

组别	性别	年龄	体质指数	病程	高血压分级(例)	
	(男/女,例)	($\bar{X} \pm s$,岁)	($\bar{X} \pm s$,kg/m ²)	($\bar{X} \pm s$,年)	Ⅱ级	Ⅲ级
观察组(n=200)	97/103	61.97±10.26	23.79±2.93	10.18±2.95	109	91
对照组(n=100)	52/48	60.03±10.38	23.51±2.99	10.75±2.91	51	49
χ^2/t 值	0.327	1.537	0.775	1.585	0.328	
P值	0.568	0.125	0.439	0.114	0.567	

位,针刺深度1~2 mm,快速退针,适当挤压耳尖,出血10滴后按压针刺部位止血,完成放血操作。每日1次,采用双耳耳尖交替放血治疗,治疗后嘱患者休息。

对照组患者加服硝苯地平控释片(拜耳医药保健有限公司,国药准字J20180025,规格为每片30 mg)30 mg,每日1次。观察组患者加服天麻钩藤饮,基本组方:石决明18 g,天麻、川牛膝、钩藤各12 g,山栀子、杜仲、黄芩、益母草、桑寄生、夜交藤、朱茯神各9 g。随证加减^[7]:肝火亢盛型,加夏枯草、龙胆草各15 g,菊花12 g;阴虚阳亢型,加生地、珍珠母各15 g,白芍12 g;痰湿壅盛型,加茯苓15 g,法半夏、陈皮、瓜蒌各10 g;阴阳两虚型,加淫羊藿、熟地黄、怀牛膝各10 g。由药房统一配置成配方颗粒,开水冲服,每日1剂,分2次服用。两组患者的疗程均为4周。若降压效果不满意,则终止试验。

1.3 观察指标与疗效判定标准

观察指标:1)中医证候积分。包括头痛眩晕、恶心欲呕、胸闷乏力、失眠烦躁等,按程度分为无、轻、中、重,分别计0,1,2,3分,分值越低表明证候越轻。2)血压波动性及动态动脉硬化指标(AASI)。于每日7:00-19:00,19:00-7:00(次日)分别每隔30,60 min自动测量1次血压,血压监测期间嘱患者正常日常活动,并记录24 h平均收缩压(24 hmSBP)、24 h平均舒张压(24 hmDBP)、24 h动态血压标准差。以每次记录的舒张压为因变量、收缩压为自变量进行线性回归,AASI=1-回归系数,数值范围0~1,数值越大表明动脉硬化程度越重。3)肾功能指标。采集患者治疗前后清晨首次尿5 mL,以免疫比浊法测定尿微量白蛋白(MAU)、

尿肌酐清除率、尿微量白蛋白与肌酐的比值(ACR)。

疗效判定^[8]:显效,治疗后头晕、头痛、心悸等症状完全消退,收缩压、舒张压降至正常值范围,中医证候积分降幅>70%;有效,症状显著改善,收缩压、舒张压降低10~20 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),中医证候积分降幅30%~70%;无效,症状无改善,收缩压和舒张压均未明显下降,中医证候积分降幅<30%。总有效=显效+有效。

安全性:记录治疗期间患者恶心呕吐、食欲降低、血常规异常、腹泻腹痛等不良反应发生情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 26.0统计学软件分析。计量资料以 $\bar{X} \pm s$ 表

示,行 t 检验;计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

结果见表2至表6。

表2 两组患者临床疗效比较[例(%)]

Tab. 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups [case (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组($n=200$)	128(64.00)	59(29.50)	13(6.50)	187(93.50)
对照组($n=100$)	49(49.00)	28(28.00)	23(23.00)	77(77.00)
χ^2 值				17.188
P 值				0.000

表3 两组患者中医证候积分比较($\bar{X} \pm s$,分)

Tab. 3 Comparison of TCM syndrome score between the two groups ($\bar{X} \pm s$, point)

组别	头痛眩晕		恶心欲呕		胸闷乏力		失眠烦躁	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组($n=200$)	2.46±0.49	0.62±0.19*	2.41±0.59	0.69±0.20*	2.52±0.48	0.75±0.23*	2.45±0.49	0.81±0.25*
对照组($n=100$)	2.51±0.49	0.83±0.28*	2.50±0.48	0.91±0.29*	2.46±0.47	0.97±0.29*	2.53±0.41	1.04±0.30*
t 值	0.833	7.657	1.322	7.683	1.028	7.142	1.404	7.016
P 值	0.405	0.000	0.187	0.000	0.305	0.000	0.161	0.000

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。表4、表5同。

Note: Compared with those before treatment, * $P < 0.05$ (for Tab. 3 - 5).

表4 两组患者血压波动性指标及AASI比较($\bar{X} \pm s$)

Tab. 4 Comparison of blood pressure fluctuation indexes and AASI between the two groups ($\bar{X} \pm s$)

组别	24 hmSBP(mmHg)		24 hmDBP(mmHg)		24 h动态血压标准差(%)		AASI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组($n=200$)	166.42±19.27	132.52±15.83*	98.98±11.29	83.87±8.90*	24.51±4.98	13.71±4.13*	0.69±0.18	0.33±0.09*
对照组($n=100$)	167.12±18.26	142.37±15.08*	99.38±11.26	90.01±9.29*	24.96±4.91	18.27±4.79*	0.63±0.17	0.47±0.14*
t 值	0.302	5.160	0.289	5.551	0.741	8.539	1.386	10.470
P 值	0.763	0.000	0.772	0.000	0.459	0.000	0.167	0.000

表5 两组患者肾功能指标比较($\bar{X} \pm s$)

Tab. 5 Comparison of renal function indexes between the two groups ($\bar{X} \pm s$)

组别	MAU($\mu\text{g/g}$)		尿肌酐清除率($\text{g}/24\text{h}$)		ACR	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组($n=200$)	44.21±5.98	20.71±4.63*	2.98±0.89	1.98±0.49*	14.84±3.91	10.45±2.63*
对照组($n=100$)	44.93±6.10	30.10±4.81*	3.10±0.91	2.43±0.52*	14.49±4.10	12.39±2.81*
t 值	0.977	16.189	1.093	7.346	0.719	5.886
P 值	0.330	0.000	0.275	0.000	0.473	0.000

表6 两组患者不良反应发生情况比较[例(%)]

Tab. 6 Comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups [case (%)]

组别	恶心呕吐	食欲降低	血常规异常	腹泻腹痛	合计
观察组($n=200$)	6(3.00)	8(4.00)	6(3.00)	6(3.00)	26(13.00)
对照组($n=100$)	2(2.00)	2(2.00)	2(2.00)	2(2.00)	8(8.00)
χ^2 值					1.659
P 值					0.198

3 讨论

高血压为临床常见难治性慢性疾病,多数患者(尤其是原发性高血压患者)发病后会终身患病,当患者的血压长期处于较高水平时,会对心、脑、肝、肾等重要脏器产生不良影响,诱发一系列心脑血管疾病,严重威胁患者的生命健康。有报道显示,目前高血压发病有年轻

化趋势,已成为社会普遍关注的公共卫生问题^[9]。但其尚缺乏有效治疗手段。西医主要以药物控制血压,并辅以饮食控制及运动训练干预等^[2]。硝苯地平是经典的钙通道阻滞剂,可使心肌细胞、血管平滑肌细胞内的钙离子浓度下降,血管扩张而达到降压效果,是治疗高血压的常用药物^[10],但其疗效仍有提升空间。

高血压属中医“眩晕”“头痛”“中风”“肝阳”“风眩”等范畴,发病是由于患者先天禀赋不足,加之外感风热邪毒等导致的情志不遂、劳倦内伤,进一步导致肝阳上亢、肾精不足、气血亏虚、痰浊中阻、瘀血内阻型高血压^[11]。因此,中医治疗应以平肝熄风、清热解毒、活血祛瘀、补益肝肾为主要治疗原则^[12]。本研究结果显示,观察组患者临床疗效显著提升,表明该中西医结合治疗方案治疗高血压有良好效果。天麻钩藤饮可用于肝肾不足、肝阳偏亢、生风化热等类型疾病的治疗。组方中,天麻、钩藤平肝熄风、清热祛火,共为君药;石决明平肝潜阳、除热明目,与君药合用,加强平肝熄风之力,而川牛膝引血下行,并能活血利水,两者在方中共为臣药;杜仲和桑寄生均能补益肝肾,栀子、黄芩则是清肝降火之良药,益母草、川牛膝活血利水、平降肝阳,夜交藤、朱茯神宁心安神,共为佐药,以增强君药、臣药之功效^[13]。全方配伍合理,共奏平肝熄风、清热解毒、活血祛瘀、补益肝肾之功效,再根据患者辨证分型酌情加味,对肝火亢盛型加夏枯草、龙胆草、菊花以清热燥湿、清肝泻火、散结消肿,对阴虚阳亢型加白芍、生地、珍珠母以养血调经、养阴生津、平肝潜阳,对痰湿壅盛型加法半夏、陈皮、茯苓、瓜蒌以燥湿化痰、利水渗湿;对阴阳两虚型加淫羊藿、熟地黄、怀牛膝以补肾益阳、益气养阴。此外,本研究中还采取耳尖放血疗法,通过放血泻火,降低血液黏度,改善微循环,调整血管舒缩功能,发挥良好的降压、镇静、清热解毒功效^[14]。

高血压病情的进展也会对患者其他靶器官造成损伤,其中常见的是动脉内皮硬化及肾脏功能指标的异常。AASI是反映动脉硬化程度的新指标,能很好地预测心血管疾病的发生与预后^[15]。MAU是肾小管标志性蛋白,其为小分子物质,绝大部分不能通过滤过膜,尿中MAU含量升高标志着滤过膜电荷选择性屏障损伤,故MAU对肾小球早期损害有重要诊断价值。MAU不仅是肾脏损害的敏感指标,亦能反映高血压早期的微血管损伤程度,是全身性血管内皮受损的标志物^[16]。本研究中观察组患者治疗后的24 hmSBP、24 hmDBP、24 h动态动脉血压标准差水平、AASI、MAU、尿肌酐清除率及ACR显著低于对照组,表明中西医结合疗法能改善高血压引起的靶器官损伤,并能改善预后。且观察组不良反应未显著增加,提示中医疗法安全性较好。本研究也存在一定不足,如高血压患者需终身治疗,而由于时间限制,本研究中采用的中西医结合疗法是否具有长期的依从性,尚未进行随访,该中医联合疗法对患者血液相关指标的影响及如何预防放血处感染等问题也有待进一步研究。

综上所述,天麻钩藤饮加减联合耳尖放血疗法治疗肝阳上亢型高血压,能改善患者的中医证候,减小血压波动性,改善动脉硬化和肾功能损伤程度。

参考文献

- [1] 王梦瑛,李 佳,申晓或. 血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂LCZ696治疗高血压的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(5):780-782.
- [2] 刘桂剑,程 宽,朱文青,等. 高血压的药物治疗进展[J]. 中国临床药理学与治疗学,2022,27(4):422-424.
- [3] 李 勇,祝冬梅,王娅俐,等. 阿托伐他汀钙联合缬沙坦与依那普利治疗高血压肾病临床观察[J]. 中国药业,2021,30(18):88-90.
- [4] 赵倩倩,李媛媛,陈 聪,等. 中医药治疗原发性高血压的作用机制研究现状与展望[J]. 中华中医药杂志,2020,35(4):293-295.
- [5] 涂启明,吴同玉. 基于“阳杀阴藏”理论探讨阴虚阳亢型高血压的中医治疗思路[J]. 中医药通报,2020,19(3):34-35.
- [6] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中华医学会心血管病学分会,等. 中国高血压防治指南(2018年修订版)[J]. 中国心血管杂志,2019,24(1):24-56.
- [7] 王 森,郑贵森,陈也佳,等. 天麻钩藤饮防治原发性高血压的研究现状[J]. 中国临床药理学杂志,2021,37(11):421-424.
- [8] 中国老年医学学会高血压分会,国家老年疾病临床医学研究中心中国老年心血管病防治联盟. 中国老年高血压管理指南2019[J]. 中国心血管杂志,2019,24(1):1-23.
- [9] BEAUDOIN J, SZYMONIFKA J, LAVENDER Z, et al. Relationship of soluble ST2 to pulmonary hypertension severity in patients undergoing cardiac resynchronization therapy [J]. Journal of Thoracic Disease, 2019, 11(12):5362-5371.
- [10] 谭阳晖,薛小军. 难治性高血压经硝苯地平缓释片,厄贝沙坦片,特拉唑嗪三联药物治疗效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(5):221-224.
- [11] 罗 懿,陈改玲,姜斯佳,等. 基于数据挖掘探讨老年高血压的中医辨证用药规律[J]. 中日友好医院学报,2021,35(2):293-295.
- [12] 卢 静,蒙 霞,刘鸿雁. 高血压中医辨证分型及辨证治疗进展[J]. 四川中医,2020,29(12):281-285.
- [13] 孟 醒,熊兴江. 初发高血压病,青年高血压病的中医认识及天麻钩藤饮的临床治疗体会[J]. 中国中药杂志,2020,45(12):811-817.
- [14] 丁 丽,张闻东,朱 涛,等. 天麻钩藤饮联合耳穴埋豆治疗原发性高血压肝阳上亢证的临床观察[J]. 中华中医药杂志,2020,29(11):288-291.
- [15] 李 露,李 佳,王玉玲,等. 同型半胱氨酸及动态动脉硬化指数对高血压病人早期肾损害的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(11):429-432.
- [16] 张翠萍,洪墨纳,吴祁红,等. 动脉粥样硬化性肾动脉狭窄患者24小时动态血压特征及靶器官损害相关研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2020,22(3):224-227.

(收稿日期:2022-07-22;修回日期:2022-12-09)