



· 论 著 ·

泽泻汤加减治疗痰湿壅盛型高血压病 30 例临床疗效

李砚颖 (北京市大兴区西红门镇金星卫生院 100162)

摘要:目的 观察泽泻汤治疗痰湿壅盛型高血压病的疗效。方法 选择 60 例痰湿壅盛型高血压病患者,随机分为两组,对照组 30 例给予常规西药治疗,治疗组 30 例在常规西药治疗的基础上,给予泽泻汤加减治疗,所有病例均积极宣教,合理膳食,规律作息,调畅情志,注意保暖,比较 2 组疗效并分析治疗用药对治疗组患者的治疗作用。结果 治疗组 30 例中,痊愈 9 例,显效 11 例,有效 6 例,无效 5 例,总有效率 83.33%,对照组 30 例中,痊愈 5 例,显效 8 例,有效 8 例,无效 9 例,总有效率 70%,2 组比较差异有统计学意义,治疗组在改善临床症状、体征等方面均有显著疗效。结论 泽泻汤治疗痰湿壅盛型高血压病,治疗效果优于单纯使用西药治疗。

关键词:泽泻汤 痰湿壅盛型 高血压病

中图分类号:R259 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)05-056-02

高血压是以体循环动脉压增高为表现的临床综合征,是一种常见的慢性心血管疾病,脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病是其重要并发症,存在着患病率高、死亡率高、致残率高的特点,目前我国患病人数已多达 2 亿,是我国重点监测和预防的疾病,其发展势头不容小觑^[1]。在我国乃至全球,高血压等慢性病正慢慢吞噬着越来越多人的健康和生命,已成为人类死亡的主要因素之一^[2]。虽然现有的降压药物能使 90% 以上的高血压将至正常水平,然而血压的控制情况并不理想^[3]。笔者一年来,应用泽泻汤加减治疗 30 例痰湿壅盛型高血压病患者,疗效较为满意,现进行报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》中高血压病的中医诊断标准、痰湿壅盛证的中医证候诊断标准^[4]。

1.1.2 西医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》中高血压病的诊断标准^[4]。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:符合高血压病西医诊断标准及中医证候诊断标准;发病 3 个月以上,年龄 35 岁~60 岁之间;二期原发性高血压患者;未用药或服用高血压药物但停药 2 周后;每位患者均签署知情同意书。

排除标准:年龄在 35 岁以下或 60 岁以上;妊娠或哺乳期妇女;继发性高血压;合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重的原发性疾病、精神病患者;过敏体质或对多种药物过敏者^[4]。

1.3 一般资料

选取 2017 年 1 月—2017 年 12 月,北京市大兴区西红门镇金星卫生院中医科门诊收治的 60 例痰湿壅盛型高血压患者,随机分为中药治疗组和对照组,治疗组 30 例中,男性 16 例,女性 14 例,年龄 38 岁至 58 岁,病程 1.5 年至 7 年;对照组 30 例,男性 15 例,女性

15 例,年龄 37 岁至 59 岁,病程 1 年至 6.5 年。两组病例的性别、年龄、病程等一般资料采用 t 检验比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性,见表 1。

表 1: 2 组患者一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
治疗组	30	16	14	41.00±6.86	3.49±1.23
对照组	30	15	15	43.50±6.27	3.52±1.65
t 值				0.185	0.11
P 值				>0.05	>0.05

1.4 方法

1.4.1 对照组:对照组患者给予口服苯磺酸氨氯地平片治疗,5mg/次,1次/日,4 周为 1 个疗程。

1.4.2 治疗组:在对照组治疗基础上,配合应用泽泻汤加减治疗。方药组成:泽泻 15g 白术 6g 半夏 9g 天麻 3g 陈皮 6g 茯苓 9g 炙甘草 6g。水煎每日 1 剂,分温 2 次服用。4 周为 1 个疗程。若眩晕较甚,呕吐频作,视物旋转,加代赭石、竹茹、生姜、旋复花;若胸闷纳呆,加砂仁、白蔻仁;若痰郁化火,头胀头痛,心烦口苦,渴不欲饮,加黄连、枳实。

2 组患者均积极宣教,合理膳食,规律作息,调畅情志,在 1 个疗程结束后观察疗效。

1.5 观察指标及疗效判定

1.5.1 主要临床症状:参照《中药新药临床研究指导原则》中痰湿壅盛型高血压病的症状分级量化表,将眩晕、胸闷、呕吐痰涎、心悸、口淡等五个主要症状,按症状程度分别计分,无症状 0 分、轻度 1 分、中度 2 分、重度 3 分^[4],观察五个症状治疗前后的评分情况,见表 2。

表 2: 痰湿壅盛型高血压症状分级量化评分表

症状	0 分	1 分(轻度)	2 分(中度)	3 分(重度)
眩晕	无	头晕眼花,时作时止	视物旋转,不能行走	眩晕欲仆,不能站立
胸闷	无	轻微胸闷	胸闷明显,时见太息	胸闷如室
呕吐痰涎	无	恶心偶见痰涎清稀	干呕时吐痰涎如唾	呕吐痰涎量多
心悸	无	偶见轻微心悸	心悸阵作	心悸怔忡
口淡	无	口中轻微无味	口淡较重	口淡不欲饮食

1.5.2 治疗后 24 小时动态血压

1.5.3 临床疗效判定:参照《中药新药临床研究指导原则》中的判定标准进行疗效判定^[4]。根据临床症状是否改变、体征是否消失、证候积分减少的百分比,血压下降的情况,将疗效分为显效、有效、无效。

1.5.3.1 血压疗效判定标准显效:①舒张压下降 10mmHg 以上,并达到正常范围;②舒张压虽未降至正常,但已下降 20mmHg 或以上;有效:①舒张压下降不及 10mmHg,但已达到正常范围;②舒张压较治疗前下降 10~19mmHg,但未达到正常范围;③舒张压较治疗前下降 30mmHg 以上;须具备其中一项;无效:未达到以上标准者。

1.5.3.2 证候疗效判定标准显效:临床症状、体征明显改善,证

候积分减少≥70%;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥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%。

积分计算公式为尼莫地平法:【(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分】×100%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后主要症状评分比较



治疗前,两组患者眩晕、胸闷、呕吐痰涎、心悸、口淡五个症状评分进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组治疗前后各主要症状评分比较,差异有统计学意义($t_{\text{眩}}=3.22$, $t_{\text{胸}}=2.97$, $t_{\text{吐}}=2.55$, $t_{\text{心}}=2.66$, $t_{\text{口}}=2.46$, $P<0.05$);对照组治疗前后各主要症状

评分比较,差异有统计学意义($t_{\text{眩}}=2.76$, $t_{\text{胸}}=2.58$, $t_{\text{吐}}=2.43$, $t_{\text{心}}=2.49$, $t_{\text{口}}=2.52$, $P<0.05$);治疗后治疗组眩晕、胸闷、呕吐痰涎、心悸、口淡五个症状的评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3: 两组患者治疗前后主要症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别 例数	眩晕		胸闷		呕吐痰涎		心悸		口淡	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 30	2.46 $\pm$ 0.72	0.77 $\pm$ 0.43	2.37 $\pm$ 0.70	1.06 $\pm$ 0.27	1.64 $\pm$ 0.63	0.87 $\pm$ 0.43	1.87 $\pm$ 0.69	0.96 $\pm$ 0.33	1.89 $\pm$ 0.71	1.44 $\pm$ 0.71
对照组 30	2.35 $\pm$ 0.63	1.26 $\pm$ 0.43	2.46 $\pm$ 0.53	1.27 $\pm$ 0.53	1.57 $\pm$ 0.57	0.94 $\pm$ 0.53	2.04 $\pm$ 0.71	1.38 $\pm$ 0.42	1.91 $\pm$ 0.76	1.51 $\pm$ 0.73
t 值	0.35	2.39	0.55	2.94	0.82	3.19	0.72	2.96	0.62	2.99
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后24小时动态血压比较

治疗前,两组患者24小时动态收缩压、舒张压比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组治疗前后24小时动态收缩压、舒张压比较,差异有统计学意义($t_{\text{收}}=3.13$, $t_{\text{舒}}=3.19$, $P<0.05$);对照组治疗前后24小时动态收缩压、舒张压比较,差异有统计学意义($t_{\text{收}}=3.21$, $t_{\text{舒}}=2.99$, $P<0.05$);治疗后治疗组24小时动态收缩压、舒张压低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表4: 两组患者治疗前后24小时动态血压比较($\bar{x}\pm s$)

组别 例数	收缩压(mmHg)		舒张压(mmHg)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 30	163.8 $\pm$ 6.4	128.7 $\pm$ 4.7	98.1 $\pm$ 4.0	75.4 $\pm$ 2.8
对照组 30	162.9 $\pm$ 6.5	137.2 $\pm$ 4.6	97.4 $\pm$ 4.1	83.8 $\pm$ 3.0
t 值	0.862	3.156	0.962	3.952
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者临床疗效比较

治疗组患者总有效率高于对照组,差异有统计学意义(χ^2 值=6.457, $0.01<P<0.05$),见表5。

表5: 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	30	16	9	5	83.33
对照组	30	10	11	9	70.00

3 讨论

高血压多相当于中医“眩晕”的范畴。眩晕是以头晕、眼花为主症的一类疾病。眩是指眼花或眼前发黑,晕是指头晕甚或感觉自身或外界景物旋转。二者常同时并见,故称为“眩晕”。轻者闭目即止,重者如坐舟车,旋转不定,不能站立,或伴有恶心、呕吐、汗出,甚则仆倒等症[5]。历代医家对本病的论述颇多。《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝”[6];汉代张仲景认为,痰饮是眩晕的重要致病因素之一,《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说:“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之。”[5]《丹溪心法·头眩》则强调“无

痰则不作眩”,提出了痰水致眩学说[5]。眩晕的基本病理变化,不外虚实两端,而实证以痰湿壅盛为多见。脾为后天之本,脾失健运,痰浊中阻,或风阳夹痰,上扰清窍,均可发为眩晕[5]。

泽泻汤是治疗痰湿的专方,有泽泻、白术两药,重用泽泻利水除饮渗湿,与健脾利水之白术共同祛痰除饮[7];半夏能走能散,能燥能润,功于燥湿化痰,佐以茯苓,益心脾、利水湿[7],陈皮理气健脾、燥湿化痰[7];天麻润而不燥,主入肝经,长于平肝熄风,凡肝风内动、头目眩晕之症,不论虚实,均为要药[7];炙甘草健脾和胃,调和诸药[7];代赭石以重镇降,既镇胃降气而止呕,又镇肝降压、平肝熄风,旋复花消痰平喘、降气止呕,二药宣降合法,共奏镇逆降气、下气化痰之效[7];砂仁辛散温通、醒脾和胃,白蔻仁温中化湿、健胃止呕[7];黄连清胃和胃止呕,用于寒热互结、湿热中阻,枳实苦寒降气,用于脾失健运、气机受阻、水湿痰饮为患[7]。

治疗痰饮,当以温药和之,综上所述,泽泻汤加减治疗痰湿壅盛型高血压可谓切中病机,方证合拍,诸药合用,相互协同,相得益彰,取得了良好的疗效,不失为一剂治疗高血压的良方。

参考文献

- [1] 郑金洋、聂丽、苏玉文等. 高血压的社区医学防治[J]. 科技世界, 2014, (02): 324.
- [2] 韩艳梅、张红杰、魏会敏等. 老年高血压209例治疗依从性分析[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(6): 828-829.
- [3] 杨修民. 高血压病治疗探讨[J]. 黑龙江医药, 2013, (4): 662-664.
- [4] 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, 2000: 73-77.
- [5] 吴勉华、王新月. 中医内科学[M]. 第9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 273-279.
- [6] 王洪图、贺娟. 黄帝内经素问白话解[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 379.
- [7] 吕景山. 施今墨对药[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 76、84、126、128、129、130、172、177.

(上接第55页)

有助于医生更加直观的对渗透液的性质进行观察,为接下来的治疗提供良好的依据;而且造口袋可以一直持续的对渗透液进行收集,这样减轻的护理人员的工作量,同时换药的频率以及换药的时间都有了一定程度的缩短,这样提升了患者对于治疗的舒适程度,减轻了由于频繁的换药而给患者带来的疼痛;应用造口袋也减少了无菌纱布的使用,节约医疗资源的同时,较少了被褥、床单的更换频率,提高了患者伤口的愈合速度,减轻了患者的医疗费用,有助于患者的康复。有效地使用造口袋可以为治疗腹部渗漏伤口提供了较为简单的方法,和以往传统的方式相比,有一定优势,因此值得在临床上广泛的使用并推广。

参考文献

- [1] 杨素琴. 造口袋对伤口渗液收集的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017(52):46-47.
- [2] 曹晓丽. 造口袋在腹部伤口护理中的应用探讨[J]. 人人健康, 2017(10):164-165.
- [3] 赵梦云. 规范化护理管理对伤口造口患者的应用效果研究[J]. 心理医生, 2017, 23(29):298-299.
- [4] 孙丽娟. 巧妙粘贴造口袋联合透明贴在结肠样式造口护理的应用效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017(54):10577-10578.
- [5] 马艳萍, 李慧敏. 规范化伤口造口管理在临床护理工作中的应用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(33):6448-6448.
- [6] 李娟. 伤口造口护理小组对临床压疮预防与治疗的应用研究[J]. 特别健康, 2017(22):57-61.