

龙胆泻肝汤加减干预社区肝火亢盛型高血压短期降压及症状改善研究

田艳军

北京市怀柔区龙山街道社区卫生服务中心 北京 100400

【摘要】：目的：探讨社区高血压患者(肝火亢盛型)联合应用西药和龙胆泻肝汤加减治疗对其短期降压效果和临床症状改善的影响。方法：选取 2024 年 1 月至 2025 年 12 月本社区卫生服务中心收治的肝火亢盛型高血压患者共 60 例，随机分成两组，每组各 30 例。对照组给予苯磺酸氨氯地平常规治疗，观察组在常规治疗的基础上加用龙胆泻肝汤加减，均治疗 4 周。比较两组治疗前后的收缩压、舒张压、中医症状积分、临床总有效率以及不良反应。结果：治疗后两组 SBP、DBP 及各项中医症状积分均较前显著降低 ($P<0.05$)，观察组 SBP、DBP 及各项症状积分均显著低于对照组 ($P<0.05$)。观察组降压总有效率、中医症状有效率均高于对照组 ($P<0.05$)；观察组不良反应发生率低于对照组，但组间比较 $P>0.05$ 。结论：龙胆泻肝汤加减联合西药可以明显提高短期降压效果、改善临床症状，安全性好，适合社区推广。

【关键词】：高血压；龙胆泻肝汤加减；症状改善；肝火亢盛型

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.058

引言

高血压是慢性病，若未科学进行治疗，随着病情的加重，易诱发心脑血管疾病^[1]。我国成人高血压患病率已经超过了 29%，社区患者居多，社区卫生服务中心担负着筛查、诊断、治疗、长期管理和健康教育工作^[2]。西医主要使用降压药物，虽然可以有效地控制血压，但是部分患者单用西药血压控制不理想，并且容易出现不良反应，对临床症状的改善作用不大。中医将高血压归为“头痛”、“眩晕”等范畴，其和劳逸失度、情志失调等因素有关，治疗中注重辩证论治、整体调节，故中医药治疗高血压不仅能改善临床症状，还能增强患者生活质量。肝火亢盛型是肝胆湿热证中最常见的一种，以头痛、眩晕、面红目赤、口苦口干、心烦失眠、大便秘结、小便黄赤为主。龙胆泻肝汤是治疗该证的代表方剂，有清泻肝胆实火、清利肝经湿热的作用^[3]。

本文探讨临床治疗社区高血压患者(肝火亢盛型)中联合应用西药和龙胆泻肝汤加减对症状改善、短期降压效果的影响，旨在给中医药在社区高血压防治中应用提供临床证据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

在本社区卫生服务中心选取研究对象，即肝火亢盛型高血压患者，2024 年 1 月至 2025 年 12 月共选取 60 例，其均符合《中国高血压防治指南》内高血压的诊断标准，同时符合中医病证诊断疗效标准中肝火亢盛型的辨证标准。

纳入标准为年龄在 35-75 岁之间、原发性高血压 1 级或者 2 级、中医辨证为肝火亢盛型、近 2 周内没有使用过其他降压药物、患者及其家属同意并签署知情同意书。

排除标准为继发性高血压患者、高血压 3 级或者合并严重

心、脑、肾、肝等脏器并发症者、对本研究所用药物过敏者、妊娠或者哺乳期妇女、精神疾病患者或者不能配合治疗者。

1.2 分组方法

所有研究对象用随机数字表法分组。

对照组：组内共 30 例，包括 17 例男性、13 例女性；病程：1~15(6.8±3.2)年；最小者 38 岁，最大者 72 岁，平均(56.4±8.7)岁；病情严重程度：组内有 18 例 1 级患者、12 例 2 级患者。

观察组：组内共 30 例，包括 16 例男性、14 例女性；病程：1~16(7.1±3.5)年；最小者 36 岁，最大者 74 岁，平均(57.1±9.2)岁；病情严重程度：组内有 17 例 1 级患者、13 例 2 级患者。

比较 2 组患者基础资料 $P>0.05$ ，无统计学意义。

1.3 治疗方法

对照组用西药治疗，选用的药物是苯磺酸氨氯地平片，早餐后口服 5mg，1 次/d。

观察组联合应用西药(同对照组)、龙胆泻肝汤加减干预，龙胆泻肝汤组方是：黄芩、柴胡、当归、龙胆草以及栀子，每味药各 10g，车前子和生地黄的，每味药各 15g，泽泻 12g，木通和甘草，每味药各 6g。加减法，头痛甚者加川芎 10g、菊花 10g；眩晕甚者加天麻 10g、钩藤 15g(后下)；面红目赤甚者加夏枯草 15g、决明子 15g；烦躁易怒甚者加郁金 10g、合欢皮 15g；便秘甚者加大黄 6g(后下)。每日 1 剂，水煎取汁 400ml，分早晚 2 次温服。

两组患者均行低盐低脂饮食、戒烟限酒、适量运动、情绪稳定、不劳累、不激动的护理，共 4 周。

1.4 观察指标

(1)血压指标，治疗前及治疗 4 周后，患者安静休息 10min

后用水银柱血压计测量患者血压，袖带均缠绕在右上臂肱动脉部位，共测量3次，最后取收缩压（SBP）和舒张压（DBP）的平均值。

（2）中医症状积分，同期对头痛、眩晕、面红目赤、口苦口干、烦躁易怒等主要症状按无、轻、中、重4级分别计0、1、2、3分，积分越高症状越重。

（3）临床疗效用治疗4周后血压变化评定降压疗效，用症状积分变化评定中医症状疗效。

（4）不良反应：记录两组治疗期间不良反应。

1.5 疗效判定标准

（1）降压效果判定：若DBP下降幅度在10mmHg及以上，且恢复正常，或者DBP下降幅度在20mmHg及以上，则是显效；若DBP下降幅度在10mmHg以内，且恢复正常，或者DBP下降幅度在10mmHg以上，但未达到19mmHg，或者SBP下降幅度在30mmHg及以上，则是有效；未达到上述各标准，则是无效。

（2）中医症状疗效判定：显效为症状积分减少 $\geq 70\%$ ；有效为减少30%~69%；无效为减少 $< 30\%$ 。总有效率=（显效+有效）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法

用SPSS24.0软件处理数据，计数资料用百分比表示，并用 χ^2 值检验，计量资料用标准差表示，并用t值检验，若 $P < 0.05$ ，则有统计学意义。

2 结果

2.1 血压水平对比

SBP以及DBP，2组治疗前对比 $P > 0.05$ 。治疗4周后，两组患者的SBP、DBP水平均比治疗前下降（ $P < 0.05$ ），观察组的SBP、DBP水平比对照组低（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组患者治疗前后血压水平比较（ $\bar{x} \pm s$, mmHg）

组别	例数	时间点	SBP	DBP
对照组	30	治疗前	156.8 $\pm$ 10.2	95.4 $\pm$ 6.3
		治疗后	138.5 $\pm$ 8.7*	86.2 $\pm$ 5.1*
观察组	30	治疗前	157.2 $\pm$ 10.5	95.8 $\pm$ 6.5
		治疗后	129.6 $\pm$ 7.8*#	79.5 $\pm$ 4.6*#

注：同一组治疗前后比较得到* $P < 0.05$ ；2组比较得到# $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后中医症状积分比较

中医症候积分，治疗前2组对比 $P > 0.05$ 。经过四周的干

预后，所有的研究对象的头痛、眩晕、面红目赤、口苦口干和烦躁易怒等主要症状的评分均比基线水平有明显的下降，而且统计学上是显著的（ $P < 0.05$ ）。与对照组相比，观察组各个症状评分改善情况更好，并且有统计学上的意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 中医症候积分对比（ $\bar{x} \pm s$, 分）

症状	对照组(n=30)		观察组(n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
头痛	2.4 $\pm$ 0.6	1.2 $\pm$ 0.5*	2.5 $\pm$ 0.7	0.5 $\pm$ 0.3*#
眩晕	2.3 $\pm$ 0.7	1.1 $\pm$ 0.4*	2.4 $\pm$ 0.6	0.4 $\pm$ 0.2*#
面红目赤	2.1 $\pm$ 0.5	1.0 $\pm$ 0.4*	2.2 $\pm$ 0.6	0.3 $\pm$ 0.2*#
口苦口干	2.5 $\pm$ 0.6	1.3 $\pm$ 0.5*	2.6 $\pm$ 0.7	0.6 $\pm$ 0.3*#
烦躁易怒	2.2 $\pm$ 0.7	1.1 $\pm$ 0.5*	2.3 $\pm$ 0.6	0.5 $\pm$ 0.3*#

注：同一组治疗前后比较得到* $P < 0.05$ ；2组比较得到# $P < 0.05$ 。

2.3 治疗总有效率比较

治疗4周后，观察组的降压总有效率为93.33%，显著高于对照组的73.33%（ $\chi^2=4.320$, $P < 0.05$ ）；观察组的中医症状总有效率为96.67%，显著高于对照组的70.00%（ $\chi^2=7.680$, $P < 0.01$ ）。详见表3。

表3 两组患者临床疗效比较（例，%）

疗效类型	降压疗效		中医症状疗效	
	对照组	观察组	对照组	观察组
例数	30	30	30	30
显效	11(36.67)	18(60.00)	9(30.00)	20(66.67)
有效	11(36.67)	10(33.33)	12(40.00)	9(30.00)
无效	8(26.67)	2(6.67)	9(30.00)	1(3.33)
总有效率	22(73.33)	28(93.33)#	21(70.00)	29(96.67)##

注：与对照组比较，# $P < 0.05$ ，## $P < 0.01$

2.4 两组患者不良反应发生率比较

对照组：轻度头晕2例、轻度乏力1例；观察组：轻度腹泻1例、1例轻度恶心；观察组（6.67%）不良反应发生率低于对照组（10.00%），但组间比较（ $\chi^2=0.218$, $P > 0.05$ ），无统

计学意义。

2组患者均未出现严重不良反应,出现的均是轻度不良反应,无需进行特殊处理,治疗结束后均自行消失,未导致治疗中断。

3 讨论

高血压发病机理繁杂,牵涉到神经、内分泌、血管等诸多系统,西药大多聚焦于单个靶点,很难从根本上解决。中医认为其发病与肝、肾、脾等脏腑功能失调有关,主要是肝失疏泄。情志不遂导致肝气郁结化火,或者暴怒伤肝、肝火上炎,都会引起气血上逆而致眩晕、头痛。肝火亢盛型高血压多见于中青年,由于精神紧张、情绪不稳定、过度劳累等原因所引起的疾病^[4]。龙胆泻肝汤是治疗肝胆实火上炎的常用方剂,方中龙胆草泻肝胆实火为君药,而臣药是栀子和黄芩,具有泻火燥湿的功效,和木通、泽泻共同使用能起到清热利湿的作用,生地黄和当归能起到养血滋阴的效果,甘草调和诸药,共奏清泻肝火、清利湿热之功^[5]。现代药理学研究表明,方中龙胆苦苷扩张血管、降低外周阻力,黄芩苷抑制血管紧张素转换酶活性,栀子苷降低交感神经活性,柴胡皂苷有降压调脂作用,诸药合用具有抗炎、抗氧化、改善微循环和调节自主神经功能等综合效应^[6]。

本研究结果表明,治疗4周后,观察组SBP、DBP水平比对照组低,降压总有效率(93.33%)比对照组高(73.33%),

各项中医症状积分及症状总有效率(96.67%)也比对照组高(70.00%),说明龙胆泻肝汤加减联合西药可以明显提高短期降压效果,有效改善头痛、眩晕、面红目赤、口苦口干、烦躁易怒等临床症状,两组无严重不良反应,安全性好。

社区卫生服务中心是高血压防治的主阵地,社区患者多、分布广,以中老年人居多,并常伴有多种慢性病。中医药治疗高血压具有简、便、验、廉的特点,适合在社区推广应用。龙胆泻肝汤加减治疗肝火亢盛型高血压,可较好地控制血压,改善症状、提高生活质量、减少西药用量、降低不良反应,有重要的临床应用价值。

本研究存在如下不足之处,样本量小,随访时间短,没有对它的长期效果做系统评价,对于龙胆泻肝汤加减方治疗高血压的作用机理也不够清楚。未来的科研可以利用多中心、大样本量的前瞻性队列研究来证明该方剂改善高血压患者临床症状以及提高安全性的有效性,也可以从生物学角度对它的潜在分子调节作用以及作用机制进行全方位的解析。

4 结论

综上所述,社区高血压患者(肝火亢盛型)联合应用苯磺酸氨氯地平片和龙胆泻肝汤加减治疗效果显著,既能有效增强短期降压效果,还能有效改善患者临床症状,安全可靠,适合在社区卫生服务中心推广使用。

参考文献:

- [1] 许芳.龙胆泻肝汤与氢氯噻嗪在高血压中的治疗效果及安全性研究[J].婚育与健康,2025,31(21):106-108.
- [2] 张朕溪,邓伟.龙胆泻肝汤现代临床应用及作用机制研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2025,27(09):203-207.
- [3] Mou X D,Wu D X,Zhao Q N,et al.[Longdan Xiegan Decoction and its interpretation from the perspective of meridians].[J].Zhonghua yi shi za zhi(Beijing,China:1980),2024,54(1):10-16.
- [4] 李苗花.高血压患者应用氢氯噻嗪联合龙胆泻肝汤治疗的临床效果分析[J].北方药学,2024,21(03):131-133+136.
- [5] 李瑜.龙胆泻肝汤对肝火上炎型高血压的干预效果[J].中国城乡企业卫生,2023,38(03):119-121.
- [6] 杨丽娟,孔乐亭,王培培.龙胆泻肝汤加减联合耳穴压豆辅助常规西药治疗不寐合并原发性高血压病临床研究[J].新中医,2022,54(23):198-202.