

柴芩温胆汤加减治疗高血压合并肝郁痰火型失眠患者的效果分析

赵平艳¹, 魏琦²(通讯作者)

1. 志丹县中医医院 针灸科, 陕西 志丹 717500; 2. 周至路加医院 中医科, 陕西 周至 710400

【摘要】目的:研究柴芩温胆汤加减治疗高血压+肝郁痰火型失眠患者的效果。**方法:**选择本院2021.04-2022.03收治的40例高血压+肝郁痰火型失眠患者,应用随机方式分组,对照组、试验组均为20例,前者使用常规治疗,后者使用常规治疗+柴芩温胆汤加减治疗,对比2组疗效。**结果:**对照组治疗后收缩压、舒张压均比实验组低;治疗1、2个月后实验组中医证候积分、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)各指标评分比对照组低($P<0.05$)。**结论:**柴芩温胆汤加减治疗高血压合并肝郁痰火型失眠患者效果明显,可显著改善患者睡眠质量,有效控制血压,值得使用。

【关键词】肝郁痰火; 柴芩温胆汤; 高血压; 失眠; 中医症候

【中图分类号】R289

【文献标识码】A

【文章编号】1008-0430(2023)03-0286-03

高血压是临幊上比较常见的病症,该疾病的病因较多,例如,生活习惯因素、环境因素、精神因素,包含长期焦虑、精神紧张等因素,均可导致高血压发生^[1-2]。高血压患病率较高,且具有较高的失眠率。有学者认为,高血压失眠的原因大部分与情绪相关,由于情绪过于激动或者心情低落,或在工作压力较大的情况下,都有可能导致失眠状况的发生。失眠症状的出现在不利于高血压患者血压控制,因而对高血压患者开展失眠干预具有必要性。一项关于高血压并存失眠患者的研究发现,此类失眠患者大多数属于肝郁痰火型,因而对其实施失眠状态的改善过程中,对于肝郁痰火型的改善要求更高^[3-4]。临幊中常使用柴芩温胆汤对肝郁痰火型失眠患者进行救治,具有一定改善效果,但是目前对于高血压并存肝郁痰火型失眠患者的研究还较少^[5-7]。鉴于此。本研究探析柴芩温胆汤加减治疗高血压+肝郁痰火型失眠患者的效果,为未来临幊治疗此类疾病提供有利依据,使更多此类疾病患者受益,现将详情报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共纳入本院2021.04-2022.03收治的40名高血压+肝郁痰火型失眠病人,选择随机法分组。对照组男性、女性各13例,7例,年龄:21-52岁,均值(33.35±4.46)岁;实验组男性、女性各11例,9例,年龄:21-52岁,均值(33.48±4.39)岁,2组基本资料无差别,能实施对比。入选标准:(1)属于原发性高血压;(2)不存在精神障碍的患者;(3)认知能力正常的患者;(4)言语交流能力正常的患者;(5)年龄低于21岁的患者。排除标准^[8]:(1)妊娠、哺乳期病例;(2)并存呼吸系统疾病的患者;(3)存在糖尿病的患者;(4)依从性低下的患者;(5)中途退出本研究的患者。

1.2 方法

(1)对照组实施常规治疗。三级高血压患者使用缬沙坦(丽珠集团丽珠制药厂;国药准字H20000622;规格为80毫克),一天口服80毫克,一天一次;此外,一级高血压可口服卡托普利、尼群地平等,二级服用倍他乐克、比索洛尔等降压药物。

(2)实验组实施常规治疗+柴芩温胆汤治疗。常规治疗方式同对照组。柴芩温胆汤组成:茯苓10g、柴胡10g、半夏8g、竹茹8g、枳壳6g、甘草5g、黄芩10g。对于多梦者,可加用牡蛎、龙骨;对于头晕者,可加用白芷。一天服用一剂,使用600毫升水煎煮,取出250毫升药汁,于早、晚口服一次,共治疗一个月。

1.3 观察指标

(1)对比组间血压水平(舒张压、收缩压)。(2)对比组间中医证候积分,涵盖不寐、痰多、目眩以及头重,1分-轻度,2分-中度,3分-重度,分别在治疗前、治疗后1、2个月实施评测。

(3)观察2组睡眠质量,使用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)^[9]评测于治疗前、治疗后实施评测,指标包含睡眠效率/质量、入睡时间以及日间功能,0分、1分、2分、3分分别表示重、中、轻度和无。

1.4 统计学处理

采用SPSS 23.0软件分析及处理数据,计数资料采用百分比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 组间血压水平对比

经治疗,实验组收缩压和舒张压值均比对照组低($P<0.05$)。见表1。

表1 组间血压水平对比 (n=20, mmHg)

组别	收缩压		舒张压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	160.32±12.15	120.82±3.11	104.82±4.49	83.56±4.77
实验组	160.42±12.24	119.02±2.31	105.12±5.02	80.72±3.53
t值	0.026	2.078	0.199	2.140
P值	0.979	0.045	0.843	0.039

2.2 组间中医证候积分对比

时间均比对照组低 (P<0.05)。见表2。

治疗1、2个月后实验组中医证候积分、睡眠潜伏/觉醒

表2 组间中医证候积分对比 (n=20, 分)

组别	头重			不寐		
	治疗前	治疗后一个月	治疗后两个月	治疗前	治疗后一个月	治疗后两个月
对照组	2.05±0.28	1.65±0.19	1.31±0.16	2.36±0.34	1.78±0.27	1.59±0.22
实验组	2.06±0.28	1.37±0.16	1.18±0.13	2.33±0.34	1.45±0.23	1.29±0.19
t值	0.113	5.041	2.820	0.279	4.161	4.615
P值	0.911	0.001	0.008	0.782	0.001	0.001

表2 (续)

组别	痰多			目眩		
	治疗前	治疗后一个月	治疗后两个月	治疗前	治疗后一个月	治疗后两个月
对照组	1.94±0.18	1.29±0.16	1.09±0.12	1.66±0.19	1.23±0.17	0.92±0.08
实验组	1.97±0.18	1.07±0.13	0.85±0.11	1.69±0.23	1.01±0.14	0.68±0.10
t值	0.527	4.772	6.593	0.450	4.467	8.381
P值	0.601	0.001	0.001	0.655	0.001	0.001

2.3 组间PSQI评分对比

实验组PSQI中各指标评分比对照组低 (P<0.05)。见表3。

表3 组间PSQI评分对比 (n=20, 分)

组别	入睡时间		睡眠效率		睡眠质量		日间功能	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组1	1.59±0.58	0.80±0.54	2.73±0.48	1.53±0.29	2.52±0.67	1.33±0.24	2.52±0.31	1.52±0.41
实验组	1.57±0.54	0.38±0.16	2.81±0.41	1.26±0.24	2.49±0.64	0.71±0.15	2.63±0.71	0.88±0.22
t值	0.113	3.335	0.567	3.208	0.145	9.797	0.635	6.151
P值	0.911	0.002	0.574	0.003	0.886	0.001	0.529	0.001

3 讨论

高血压是日常生活中比较常见的疾病，该疾病会给患者身体带来诸多危害。例如引起心、脑、肾和周围血管的病变，比较多见的有心力衰竭，这是因为心脏为克服全身小动脉影像化所导致的外周阻力增加而加强工作，因此出现心肌代偿性肥大，发展至后期可导致心力衰竭^[10-12]。相关研究指出，患者血压水平的波动受多方面因素干扰，其中睡眠质量差是对水平影响较大的因素，血压异常增高又会影响到患者正常睡眠状态，二者互相影响^[13-14]。高血压可能造成患者失眠，这是由于血压升高致使大脑皮层发生变化，导致患者发生入睡困难、睡眠时间短等失眠症状，还有部分是因为焦虑导致血压增高，需要进行部分调理改善患者睡眠质量，从而保障血压稳定^[15-16]。

失眠一般是综合素质所引起的，高血压可引发失眠，而失眠也可导致高血压，二者形成恶性循环^[17-18]。临床对高血压合并失眠患者展开治疗时，需要从多方位考虑患者失眠原因，找到病因后针对病因给予患者相应治疗措施，以改善患者睡眠质量与控制血压。有学者发现，高血压失眠患者中肝郁痰火型较为多见，此类失眠发生原因包括肝郁气滞，郁久化火，情志不随等等，因而对此疾病患者实行治疗的过程中，上文阐述的监测及改善具有必要性^[19]。

西医治疗失眠主要使用苯二氮卓类药物，虽可在一定程度上改善症状，但是患者长期服用会产生耐药性，因此不适合长期使用^[20-21]。中医在治疗失眠方面效果显著，中医将该病症称之为不寐。柴芩温胆汤是中医治疗失眠的常用方，本研究对试验组20例高血压并存肝郁痰火型失眠患者采用此

方治疗,结果发现对照组治疗后收缩压、舒张压均比实验组低;治疗1、2个月后实验组中医证候积分、PSQI各指标评分均比对照组低($P<0.05$)。提示该方剂治疗高血压合并失眠可明显改善患者睡眠质量,降低血压。探究其原因,发现可能是因为:柴芩温胆汤中茯苓具有健脾、宁心安神的功效;柴胡具有疏肝、升阳、镇静的作用;半夏善祛脾胃湿痰;竹茹可发挥清热化痰、除烦的作用;枳壳可行气宽中、消痞;甘草能调和药性;黄芩可清热止血、散火^[22]。诸药合并应用可达疏肝理气、健脾和胃等功效,有效改善肝郁痰火型失眠临床症状。现代药理学研究显示,柴胡煎剂、柴胡皂苷元对中枢神经系统存在显著的抑制作用,能促使动物自发活动减少,还可对条件反射发挥抑制作用,此外,还能延长巴比妥类药物睡眠时间,拮抗中枢兴奋剂,正常人服用柴胡粗制剂后可发生嗜睡等中枢抑制的情况。黄芩具有中枢抑制的作用,可协同阈下催眠量的戊巴比妥钠催眠作用;此外还具有降血脂、抗动脉粥样硬化的功效;黄酮类成分中含黄芩素以及黄芩新素II等对实验性高脂血症大鼠,可提高血清高密度脂蛋白胆固醇水平,黄芩新素II还可减低血清总胆固醇水平,黄芩素与黄芩可显著降低血清甘油三酯含量;黄芩茎叶总黄酮也具有降血脂和抗动脉粥样硬化的功能^[23]。在本文研究中,所纳入的大部分患者是由于工作压力大、生活不规律等导致的脾胃失衡、上扰心神,进而引起失眠症状。

综上所述,将柴芩温胆汤加减应用于高血压合并肝郁痰火型失眠患者可获得较高的临床治疗效果,睡眠功能和失眠症状得到明显改善,使用该方治疗可达到标本兼治的目的,值得在临床实践中应用和推广。

参考文献:

- 王向培.老年高血压并抑郁、焦虑患者中医证候要素及证型分布规律调查[J].广州中医药大学学报,2022,39(8):1727-1732.
- 赵璐,张明泉,邬雨洁,等.基于中医传承辅助平台探讨国医大师李士懋治疗高血压组方规律[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(2):830-836.
- 方祝元,王新东.从“数”到“证-靶”——高血压中医药治疗理念与策略研究述评[J].南京中医药大学学报,2022,38(4):279-284.
- 王丽,郑亮,罗明.家庭医生主动健康管理模型对社区原发性高血压合并慢性失眠症的干预效果研究[J].同济大学学报(医学版),2022,43(2):235-242.
- 潘若愚,张丽军,陶淑慧,等.中青年科技工作者高血压与失眠、焦虑抑郁现状分析[J].中国循证心血管医学杂志,2022,14(3):308-312.
- 何萍,刘柳,金晶.耳穴压豆联合心理干预在老年高血压伴失眠患者中的应用[J].海南医学,2022,33(6):728-731.
- 刘思源,黎红华,骆文静,等.高血压患者失眠与焦虑抑郁的共病临床分析[J].神经损伤与功能重建,2021,16(2):114-115,120.
- 张敬华,赵峰,王苏雷,等.柴芩温胆汤加减治疗肝郁痰火型失眠的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(15):2510-2512.
- 徐雪怡,欧小凡,靳晓娟,等.柴芩温胆汤加减对糖尿病性胃轻瘫患者血糖水平、胃肠功能障碍的影响[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(18):98-104.
- 秦冷曦,孙易娜,吕文亮.吕文亮教授基于方证理论应用柴胡温胆汤经验撷华[J].世界中医药,2020,15(21):3344-3347.
- 宋婷婷,刘丽,付志强,等.H型高血压合并射血保留心衰患者颈动脉斑块的检出情况分析[J].河北医药,2019,41(23):3599-3601,3605.
- 宋婷婷,贾红丹,国强华,等.高血压合并射血分数保留心衰老年患者N末端脑钠肽前体水平与心脏超声改变的相关性[J].中国老年学杂志,2018,38(6):1307-1309.
- 宋婷婷,贾红丹,国强华,等.老年高血压患者发生射血分数保留心衰的危险因素分析[J].川北医学院学报,2018,33(2):158-161.
- 陈月,于蕾,兰晓馨,等.氧降和复氧速率对阻塞性睡眠呼吸暂停患者昼夜血压的影响[J].吉林大学学报(医学版),2021,47(4):1008-1013.
- 赵力博,刘霖,李建华,等.老年阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征相关高血压影响因素分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2021,23(4):372-374.
- 杨永涛,崔利军,张云淑,等.高血压共病抑郁障碍患者睡眠质量及影响因素分析[J].实用医学杂志,2021,37(16):2053-2057,2064.
- 刘桂新,程文立,于静,等.高血压合并睡眠呼吸暂停低通气综合征患者红细胞分布宽度与睡眠呼吸监测参数的关系分析[J].中国全科医学,2021,24(17):2179-2184.
- 邱越峰,吴绪旭,吴月静,等.睡眠状况对老年高血压患者血压控制及血压变异性的影响[J].心脑血管病防治,2021,21(3):302-304,313.
- 尹恺,刘达瑾.阻塞性睡眠呼吸暂停相关性高血压检测指标研究进展[J].心肺血管病杂志,2021,40(6):643-645,648.
- 杨莉莉,张永华,毛洪京,等.慢性失眠患者催眠药物使用状况及其影响因素分析[J].中国公共卫生,2019,35(3):348-351.
- 谢正,张志娟,于俊丽,等.舒肝颗粒在选择性5-羟色胺再摄取抑制剂应用中的减毒增效作用观察及机理探究[J].中华中医药学刊,2018,36(4):852-855.
- 张辰龙,张玉梅,李鹏飞,等.柴芩承气汤潜在作用的生物信息学预测[J].西部中医药,2021,34(5):69-72.
- 迟辉,高颖.基于决策树法探析高颖教授辨治失眠主方主症规律[J].世界中医药,2021,16(16):2484-2492.