

的处方数: 1 303张, 占总数的 1.43%。统计期内 15 种药物中有 11 种在用, 其利用情况见表 1。

### 2.2 合并用药情况 在统计的处方中同时服用 2 种以上药

物的有 22 人次, 且多为辛伐他汀与脂必妥、脂必妥与其他西药的联用。

表 1 11 种抗血脂药物利用情况

通用名	DDDs	排序	消耗金额 (元)	排序	用药天数 (d)	DUI	每日费用 (元)
辛伐他汀	9 989	1	41 299.48	1	12 007	0.83	4.13
卵磷脂	954	6	26 046.53	2	2 297	0.42	27.31
脂必妥	3 935	2	17 846.90	3	4 209	0.93	4.54
阿托伐他汀钙	1 530	3	12 211.54	4	1 677	0.91	7.98
普伐他汀钠	644	7	4 433.95	5	603	1.07	6.89
氟伐他汀	959	5	4 109.99	6	966	0.99	4.29
非诺贝特	479	8	3 451.20	7	733	0.65	7.20
辛伐他汀滴丸	996	4	3 442.24	8	938	1.06	3.46
荷丹	266	9	2 656.54	9	339	0.78	9.99
复方降脂片	235	10	1 561.01	10	210	1.12	6.64
月见草油	40	11	6.12	11	47	0.86	0.15

### 3 讨论

3.1 统计结果表明, 统计期内我院使用的调脂药物有 11 种, 其中西药 8 种、中药仅 3 种, 调脂药占总处方量的 1.43%; 在这 11 种药物中以辛伐他汀使用最多, 脂必妥次之, 阿托伐他汀钙次之, 中成药使用非常少, 这可能与医师的处方习惯及患者因素有关。

3.2 采用 DDD 和 DUI 评价这 11 种药物使用合理性, 发现辛伐他汀、普伐他汀钠、夫拉扎勃的 DUI > 1, 提示这些药在剂量使用上有滥用的趋势, 辛伐他汀、脂必妥、氟伐他汀、阿托伐他汀钙、非诺贝特的 DUI < 1, 在剂量使用上是合理的。

3.3 药物不合理使用分析 卵磷脂我们统计的剂量似乎太低 (DUI= 0.42), 原因可能是药品说明书的用法用量为成人 1 次 0.3~ 0.5 g, 每日 3 次, 而大部分的医生的用量为 1 次 0.2 g, 每日 2~ 3 次, 甚至有的医生为每次 0.1 g, 每日 1 次。他汀类药物的最佳作用时间是晚上<sup>[2]</sup>, 统计表明大部分药物均是晚上服用, 但有部分医生采用每日早上服用、每日 2 次, 甚至有的每日 3 次。造成辛伐他汀滴丸 DUI > 1 的原因是有些医生采用每晚 15 mg 或 20 mg 的服法 (药品说明书中指明胆固醇血症, 一般起始剂量为 10 mg, 晚间顿服。对于胆固醇水平轻~ 中度升高的患者, 起始剂量为每天 5 mg); 普伐他汀钠 DUI > 1 的原因是有些医生采用每日 2 次的服法; 夫拉扎勃 DUI > 1 的原因是由于新编药物学与药品说明书的用量上有差异, 新编药物学的用法是每次 0.5 mg, 而药品说明书上是 0.5~ 1 mg, 统计是按新编药物学进行统计的。

总之, 调脂药的品种将越来越多, 利用药品消耗这一类重要的药学情报资料, 可以及时掌握我院阶段性的用药特点、趋势, 有利于进一步指导、规范临床用药。

#### [参考文献]

[1] 陈新谦, 金有豫. 新编药物学 [M] 北京: 人民卫

生出版社, 2003: 383-392.

[2] 谢燕霞, 陆丽珠. 血脂调节药物治疗效果比较 [J]. 临床药物治疗杂志, 2007, 5 (3): 49-54.

## 中西药联合治疗肝阳上亢型 高血压 43 例临床观察

徐瑞琪<sup>1\*</sup>, 徐冰<sup>2</sup>

(1. 北京市顺义区城区卫生服务中心, 北京 101300; 2. 北京藏医院, 北京 100029)

高血压是临床最常见的心血管疾病。中医属“眩晕”、“头痛”、“肝阳”等范畴, 临床以肝阳上亢证为多见。我院以天麻钩藤饮联合依那普利治疗肝阳上亢型高血压, 取得了不错的疗效, 现报告如下。

### 1 临床资料

43 例病人均为本院 2006 年 8 月~ 2008 年 8 月门诊高血压患者, 诊断标准均符合《中药新药临床研究指导原则 (试行)》。采用随机分为 2 组: 西药组 21 例, 男性 13 例, 女性 8 例, 年龄 34~ 75 岁, 平均 50.3 岁。病程 1~ 14 年, 平均 5.6 年。I 级高血压 10 例, II 级高血压 11 例。合并冠心病 5 例, 脑梗塞 3 例, 高脂血症 13 例。联合组 22 例, 男性 17 例, 女性 5 例, 年龄 33~ 73 岁, 平均 52.7 岁。病程 2~ 15 年, 平均 51.5 年。I 级高血压 13 例, II 级高血压 9 例。合并冠心病 4 例, 脑梗塞 2 例, 高脂血症 16 例。两组病例中医辨证分型均属肝阳上亢型, 主症: 眩晕、头痛、急躁易怒。次症: 面红、目赤、口苦、便秘、溲赤、舌红苔黄、

[收稿日期] 2008-12-09

[通讯作者] \* 徐瑞琪, Tel: (010) 81496486

脉弦数。两组资料在性别、年龄、病程、高血压分级及合并症方面比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

## 2 治疗方法

西药组: 依那普利 5 mg (北京红林制药有限公司, 批号: 20061313), 每次服 5 mg/片, 每日 2 次, 2 周为 1 疗程。联合组: 天麻钩藤饮联合依那普利服用。方药组成: 天麻 9 g, 钩藤 (后下) 12 g, 石决明 (先煎) 18 g, 栀子 9 g, 黄芩 9 g, 川牛膝 12 g, 杜仲 9 g, 桑寄生 9 g, 益母草 9 g, 夜交藤 9 g, 茯神 9 g。辨证加减: 失眠多梦者加酸枣仁、柏子仁; 胸闷不舒者加柴胡、半夏; 视物不清者加决明子、茺蔚子; 头痛甚者加地龙、僵蚕。每日 1 剂, 水煎服, 早晚分服, 2 周为 1 疗程。服用 4 个疗程。

疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》评分标准, 显效: 舒张压下降 10 mmHg 以上, 并达到正常范围; 或舒张压虽未降至正常但已下降 20 mmHg 或以上。有效: 舒张压下降不足 10 mmHg, 但已达正常范围; 或舒张压较治疗前下降 10~19 mmHg, 但未达到正常范围; 或收

缩压较治疗前下降 30 mmHg 以上。无效: 未达到以上标准。

## 3 结果

由表 1 可知, 联合组总有效率明显高于西药组, 经  $\chi^2$  检验两组相比有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
西药组	21	7	9	5	76.2
联合组	22	14	6	2	90.9 <sup>1)</sup>

注: 与对照组比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$

## 4 讨论

随着人们生活水平的提高和生活节奏的改变, 高血压发病率逐年上升, 主要病机为肝肾阴虚, 肝阳上亢。治宜平肝潜阳, 清热活血, 补益肝肾。天麻钩藤饮方中天麻、钩藤平肝熄风为主药, 石决明平肝潜阳, 除热明目, 以加强天麻、钩藤平肝熄风之力; 栀子、黄芩清热泻火; 川牛膝引血下行; 杜仲、桑寄生补益肝肾; 益母草活血利水; 夜交藤、茯神养心安神。本研究结果显示治疗组在治疗肝阳上亢型高血压的效果优于西药组依那普利 ( $P < 0.05$ )。