

中西医结合治疗原发性高血压 98 例临床观察

王淑芬, 刘素敏

温州市鹿城区莲池街道社区卫生服务中心全科, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗原发性高血压的临床疗效。方法: 选取 196 例原发性高血压患者, 按照简单随机数字表法将患者分为治疗组和对照组各 98 例, 治疗组给予常规西医联合中药治疗, 对照组只使用常规西药治疗; 治疗 8 周后观察 2 组的血压及临床症状的改善情况。结果: 治疗前, 2 组患者的平均血压值、中医证候积分比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组收缩压和舒张压均较治疗前降低, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 且治疗组收缩压及舒张压均低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组中医证候积分与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗组中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组临床疗效总有效率、显效率、不良反应发生率分别比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗原发性高血压的临床疗效优于单纯西药治疗, 能减少不良反应的发生, 提高患者的生活质量。

[关键词] 原发性高血压; 中西医结合疗法; 血压; 中医证候积分; 不良反应

[中图分类号] R544.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0024-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.012

原发性高血压好发于中老年人, 病因主要为遗传和环境等因素的综合作用^[1]。其起病隐匿, 病程长且进展缓慢, 所以很多患者是在体检测血压后发现^[2]。原发性高血压的主要临床表现为血压增高, 心、脑、肾及眼底等靶器官损害, 同时还可能伴随神经症样症状。目前治疗原发性高血压主要依靠西药, 但大量研究发现中医在改善高血压患者的血压、血脂, 及增强对高血压药物的敏感性等方面有重要作用^[3]。本研究采用中西医结合疗法治疗 98 例原发性高血压患者, 疗效显著, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①无症状或具有轻度头痛、头晕、心悸气短等症且无明确病因; ②未服用降压药物的情况下, 非同日 3 次测量血压, 平均收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)平均舒张压 ≥ 90 mmHg, 诊断为 1~2 级高血压病; ③实验室生化检查和影像学检查排除严重靶器官(心脏、大脑、肾脏及眼底)损伤; ④属肝火亢盛型、气血方虚型、瘀血阻窍型、风阳上扰型患者, 且愿意签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①危重高血压或继发性高血压患者; ②对药物有禁忌, 不配合用药的患者。

1.3 一般资料 选取 2010 年 5 月—2013 年 10 月在本中心就诊的 196 例原发性高血压患者, 按照随机数字表法分为对照组和治疗组各 98 例。对照组男 50 例, 女 48 例; 年龄 40~75 岁, 平均(56.7 ± 10.4)岁; 病程 5~30 年, 平均

(10.5 ± 4.5)年; 高血压分级: 1 级 52 例, 2 级 46 例。治疗组男 49 例, 女 49 例; 年龄 42~78 岁, 平均(58.3 ± 9.7)岁; 病程 6~35 年, 平均(15.2 ± 5.8)年; 高血压分级: 1 级 50 例, 2 级 48 例。2 组性别、年龄、病程及临床症状等比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 在给予合理饮食、作息指导的同时, 根据患者的具体病情分别采用钙离子拮抗剂、血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素 II 受体阻断剂或利尿剂等 1 种或 2 种西药联合治疗。

2.2 治疗组 在对照组用药的基础上, 根据不同的证型结合中药治疗。如肝火亢盛型, 采用龙胆泻肝汤加减; 气血亏虚型, 采用归脾汤加减; 瘀血阻窍型, 采用通窍活血汤加减; 风阳上扰型, 采用天麻钩藤饮加减。

2 组疗程均为 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录对比 2 组的血压变化、降压效果及中医证候积分, 比较 2 组的不良反应发生率。中医证候积分参照《中医病证诊断疗效标准》评定, 根据症状轻重程度分为轻(0~2 分)、中(3~5 分)、重(6~8 分)。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件处理资料, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

[收稿日期] 2014-10-03

[作者简介] 王淑芬 (1965-), 女, 副主任医师, 主要从事社区医学工作。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效：高血压临床症状以及体征等明显消失，收缩压降至 140 mmHg 以下或与治疗前比较下降幅度 ≥ 20 mmHg，或舒张压降至 90 mmHg 以下或下降幅度超过 10 mmHg；有效：临床症状以及体征等明显改善，且收缩压与治疗前比较下降幅度 < 20 mmHg，或舒张压虽未降至正常范围，但与治疗前相比下降幅度 < 10 mmHg；无效：临床症状无改善，且收缩压下降未达到以上标准。

4.2 2组治疗前后血压值变化比较 见表1。治疗前，2组的平均血压值比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后，2组的收缩压和舒张压均较治疗前降低，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；且治疗组收缩压及舒张压均低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后血压值变化比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

| 组别 | 治疗前 | | 治疗后 | |
|-----|--------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| | 收缩压 | 舒张压 | 收缩压 | 舒张压 |
| 对照组 | 163.7 ± 10.4 | 108.3 ± 9.2 | 130.6 ± 8.5 ^① | 85.5 ± 5.7 ^① |
| 治疗组 | 164.5 ± 11.7 | 110.2 ± 7.5 | 120.4 ± 8.1 ^{②③} | 78.6 ± 6.1 ^{②③} |

与治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.3 2组降压效果比较 见表2。经过8周治疗，对照组总有效率为84.7%，显效率为49.0%，治疗组总有效率为96.9%，显效率为65.3%，2组显效率与总有效率分别比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组降压效果比较 例(%)

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|----|-----------------------|----------|----------|-----------------------|
| 对照组 | 98 | 48(49.0) | 35(35.7) | 15(15.3) | 83(84.7) |
| 治疗组 | 98 | 64(65.3) ^① | 31(31.6) | 3(3.1) | 95(96.9) ^② |

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后中医证候积分比较 见表3。治疗前，2组中医证候积分比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后，2组证候积分与治疗前比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；治疗组证候积分低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

| 组别 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|-------------|---------------------------|
| 对照组 | 6.21 ± 1.89 | 4.48 ± 1.12 ^① |
| 治疗组 | 6.68 ± 2.21 | 2.34 ± 0.55 ^{②③} |

与治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.5 2组不良反应情况比较 见表4。对照组不良反应发生率为14.3%，治疗组不良反应发生率为4.1%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表4 2组不良反应情况比较 例(%)

| 组别 | n | 头痛 | 头晕 | 心悸失眠 | 不良反应发生 |
|-----|----|--------|--------|--------|---------------------|
| 对照组 | 98 | 5(5.1) | 5(5.1) | 4(4.1) | 14(14.3) |
| 治疗组 | 98 | 2(2.1) | 1(1.0) | 1(1.0) | 4(4.1) ^① |

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

原发性高血压属于心血管系统的常见疾病，其主要临床表现为血压的持续升高，因其起病隐匿且病程缓慢，所以一旦发病往往导致靶器官损害，大大降低了患者的生活质量^[1]。关于本病的发病机制，主要有“诸风掉眩，皆属于肝”、“无痰不作眩”等解释，实证主要归因于肝阳上亢和痰湿壅盛；虚证则主要归因于肝肾阴虚。目前临床上治疗原发性高血压主要依靠钙离子拮抗剂、血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素Ⅱ受体阻断剂或利尿剂等1种或2种西药联合使用，具有疗效快速确切、减少靶器官损伤等优点^[2]，但由于西药也存在以下问题：不同个体对药物的耐受不一，药物副作用较大等。而中医药主要针对患者的中医证型进行辨证使用，给予患者服用相应的汤剂，如肝火亢盛型服用龙胆泻肝汤加减，气血亏虚型给予归脾汤加减，瘀血阻窍型采用通窍活血汤加减，风阳上扰型采用天麻钩藤饮加减，不仅可以减少西药的用量，而且能取得更好的疗效、减少副反应^[3]。

本研究结果显示，治疗组患者血压、中医证候积分的改善均优于对照组($P < 0.05$)，临床疗效总有效率高于对照组($P < 0.05$)，不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$)。提示中西医结合治疗原发性高血压的疗效优于单纯西药治疗，能够减少不良反应的发生，提高患者的生活质量，具有临床推广意义。

[参考文献]

- [1] 陈思法. 中西医结合治疗阴虚阳亢型原发性高血压 35 例[J]. 中医学报, 2012, 27(11): 1477, 1513.
- [2] 唐立志. 中西医结合治疗原发性高血压 80 例临床观察[J]. 中外医学研究, 2012, 10(19): 36-37.
- [3] 白瑞娜. 高血压中医辨证诊疗方案临床评价研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2012.
- [4] 付强. 中西医结合治疗原发性高血压的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(9): 2802-2803.
- [5] 郭爱莲. 中西医结合治疗痰湿内阻型原发性高血压 35 例临床观察[J]. 中外医疗, 2012(9): 117.
- [6] 陈志兵. 原发性高血压的中医治疗现状[J]. 甘肃中医学院学报, 2012, 29(3): 81-83.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)