

并延缓动脉粥样硬化斑块形成,丹参能扩张血管并改善肾脏的血液供应,红花的活性成分能够扩张血管,抑制血栓的形成,表现出明显的降压作用^[7],故配合使用丹红注射液可增强活血化瘀及降压效果。

综上所述,中西医结合治疗老年高血压病患者临床疗效确切,能明显缓解临床症状,改善动脉弹性,提高生存质量,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(修订版)[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2010:7.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:第 1 辑[S]. 1993:28-31.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:186.
- [4] 王存良. 银杏叶提取物对肾性高血压大鼠血压及其靶器官脂质过氧化的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2010,16(18):146-149.
- [5] 房耿浩. 益肾活血片治疗肾虚血瘀型 2 型糖尿病疗效观察[J]. 新中医,2014,46(6):154-155.
- [6] 高冲,刘璐,胡爱菊,等. 活血化瘀中药的药理作用研究进展[J]. 药物评价研究,2013,36(1):64-68.
- [7] 刘雪辉,王慧敏. 肾康注射液治疗高血压性肾损害 30 例临床观察[J]. 河北中医,2013,35(17):1044-1046.

(责任编辑:吴凌)

运脾化湿方联合西药治疗高血压病伴头晕临床观察

马文奇,刘志信

静宁县人民医院,甘肃 静宁 743400

[摘要] 目的:观察运脾化湿方联合西药治疗高血压病伴头晕患者的疗效。方法:选取 102 例高血压病伴头晕患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组各 51 例,对照组给予常规抗压药治疗,观察组在此基础上加服运脾化湿方,2 组均治疗 2 月,比较 2 组治疗前后血管活性肠肽(VIP)、白细胞介素-2(IL-2)、C-反应蛋白(CRP)、收缩压(SBP)及舒张压(DBP)的变化,应用眩晕评定量表(DARS)分析患者的头晕状况,同时采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、卡氏功能状态评分(KPS)分析患者的情绪状态及生活质量,并记录不良反应发生情况。结果:治疗后,2 组 VIP、CRP、IL-2、DARS 评分、SBP、DBP、KPS、SAS 评分及 SDS 评分均较治疗前改善($P < 0.05$);观察组 VIP 含量、KPS 均高于对照组($P < 0.05$),血清 CRP、IL-2、DARS 评分、SBP、DBP、SAS 评分及 SDS 评分均低于对照组($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:采用运脾化湿方联合西药治疗高血压病伴头晕患者疗效较好,可能通过促进 VIP 分泌、抑制炎症因子等机制控制患者病情,提高生活质量。

[关键词] 高血压病;头晕;中西医结合疗法;运脾化湿方;生活质量

[中图分类号] R544.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)12-0014-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.006

高血压病为临床心血管内科常见病、多发病,目前高血压病的治疗方法以降压药及非药物治疗为主,但对于伴有多种基础性疾病的老年高血压病患者治疗效果不理想。中医学认为高血压病属肝阳上亢、痰湿中阻之候,肝、脾、肾三脏的生理病理特点与高血压病的发病机制关系密切,痰湿困脾、肝火上炎,因此脾虚是高血压发病的主要病机,运脾化湿、平肝熄

风、温经通络、祛风化痰是治疗高血压病的关键^[1]。笔者采用自拟运脾化湿方治疗高血压病伴头晕患者,探讨该方的作用机制,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 4 月—2015 年 6 月本院收治的 102 例高血压病伴头晕患者为研究对象,采用随机数字表法分

[收稿日期] 2016-07-06

[作者简介] 马文奇(1963-),男,副主任医师,研究方向:消化系统疾病与妇科杂病。

为观察组和对照组各 51 例, 观察组男 24 例, 女 27 例; 高血压病程 3~5 年, 平均(4.12±0.37)年; 严重程度分级: 轻度 28 例, 中度 23 例。对照组男 25 例, 女 26 例; 高血压病程 3~6 年, 平均(4.14±0.35)年; 严重程度分级: 轻度 27 例, 中度 24 例。2 组性别、年龄、病程、疾病严重程度等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2005 年《中国高血压防治指南》中高血压病的诊断标准^[2], 并伴头晕、头痛、心悸等症状, 经体格检查与血常规、尿常规等实验室检查确诊为轻中度原发性高血压病。

1.3 辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中眩晕的相关标准, 辨证为脾虚肝旺、风痰上扰型, 主症为: 头晕脑沉, 急躁易怒, 胸脘满闷, 四肢困重, 次症为: 体倦无力, 胸肋胀痛, 失眠多梦, 耳鸣健忘, 背寒恶风, 纳呆, 便溏, 舌胖而有齿痕、舌苔厚腻, 脉弦滑。

1.4 纳入标准 符合诊断标准与辨证标准, 属 ~ 级原发性高血压病; 知情同意参与本研究并签署知情同意书。

1.5 排除标准 伴心脑血管危险因素(如高胆固醇血症、肥胖、糖尿病)3 个以上、高危或极高危高血压病患者; 继发性高血压病患者。

2 治疗方法

2 组均限制钠盐及脂肪的摄入, 禁食辛辣厚味, 并补充钙和钾盐, 劝导患者戒烟戒酒, 同时适度运动, 减轻精神压力。

2.1 对照组 根据病情需要给予硝苯地平片(江西新赣江药业有限公司, 规格: 每片 10 mg), 每次口服 2 片, 每天 2 次; 马来酸依那普利片(石药集团欧意药业有限公司, 规格: 每片 2.5 mg), 每次口服 4 片, 每天 2 次, 连服 2 月。

2.2 观察组 在对照组基础上给予运脾化湿方, 处方: 菊花 40 g, 防风、白术、茯苓、法半夏、党参、人参、生牡蛎各 15 g, 黄芪 12 g, 天麻、当归、川芎、独活、海风藤、威灵仙、桔梗各 10 g, 干姜、桂枝各 5 g, 细辛 3 g, 甘草 6 g。随症加减: 失眠多梦者加合欢皮 15 g, 夜交藤 30 g, 腰腿酸软者加杜仲、补骨脂各 15 g, 背寒恶风甚者加生黄芪 15 g, 炮附子 6 g。每天 1 剂, 水煎后取汁 300 mL, 分 2 次温服, 连服 2 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①实验室相关指标: 空腹抽取静脉血 2 mL 置于含 100 g/L EDTA-Na₂ 30 μL 的预冷管中, 4℃ 下以 3 000 r/min 速度离心 10 min, 分离血浆和上清液, -20℃ 保存 24 h, 应用放射免疫分析法测定 2 组的血管活性肠肽(VIP)含量, 并采用酶联免疫吸附试验分析血清 C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-2(IL-2)水平; ②血压水平及眩晕评定量表(DARS)评分: 在患者安静休息 15 min 后采用标准汞柱血压计测量血压, 记录 3 次测量平均值[收缩压(SBP) < 140 mmHg, 舒张压(DBP) < 90 mmHg 为正常], DARS 评分系统含 7 个条

目, 根据眩晕程度给予 0~6 分, 分数越高, 眩晕程度越严重; ③治疗 2 月, 比较 2 组焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、卡氏功能状态评分(KPS), 评价 2 组患者的情绪状态及生活质量, KPS 评分 0~100 分, 得分越高, 生活质量越好, SAS 评分、SDS 评分分别以 50 分、53 分为界值, 得分越高, 情绪状态越差。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件处理数据。计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验。 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后 VIP 及血清炎症因子水平比较 见表 1。治疗后, 2 组各指标均较治疗前改善($P < 0.05$); 观察组 VIP 含量高于对照组($P < 0.05$), 血清 CRP 及 IL-2 水平低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 VIP 及血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P
VIP(pg/mL)	治疗前	18.19±2.15	18.20±2.16	0.02	>0.05
	治疗后	20.38±3.11 ^①	19.25±2.42 ^①	2.05	<0.05
CRP(mg/L)	治疗前	12.14±1.05	12.15±1.04	0.05	>0.05
	治疗后	7.45±1.28 ^①	9.06±1.02 ^①	7.02	<0.05
IL-2(μg/L)	治疗前	0.43±0.03	0.42±0.03	1.68	>0.05
	治疗后	0.12±0.01 ^①	0.23±0.12 ^①	6.52	<0.05

与治疗前比较, ① $P < 0.05$

4.2 2 组治疗前后血压与 DARS 评分比较 见表 2。治疗后, 2 组各指标均较治疗前改善($P < 0.05$); 观察组 DARS 评分、SBP、DBP 均低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后血压与 DARS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P
DARS(分)	治疗前	24.34±2.10	24.35±2.09	0.02	>0.05
	治疗后	8.35±1.16 ^①	10.47±3.05 ^①	4.64	<0.05
SBP(mmHg)	治疗前	146.27±4.78	146.28±4.77	0.01	>0.05
	治疗后	135.38±5.29 ^①	141.09±4.21 ^①	6.03	<0.05
DBP(mmHg)	治疗前	94.21±1.86	94.22±1.85	0.03	>0.05
	治疗后	82.37±3.18 ^①	90.65±5.10 ^①	9.84	<0.05

与治疗前比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后生活质量及情绪状态评分比较 见表 3。治疗后, 2 组生活质量及情绪状态均较治疗前改善($P < 0.05$); 观察组 KPS 高于对照组($P < 0.05$), SAS 及 SDS 评分均低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2 组不良反应发生率比较 观察组出现口干 3 例, 恶心 2 例, 咳嗽 3 例, 不良反应发生率 15.7%; 对照组口干 2 例, 恶心 1 例, 咳嗽 3 例, 不良反应发生率 11.8%。2 组比较, 差异无统计学意义($\chi^2=0.331, P > 0.05$)。

表3 2组治疗前后生活质量及情绪状态评分比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组	对照组	t值	P
KPS(分)	治疗前	56.37±2.18	56.38±2.16	0.02	>0.05
	治疗后	86.42±1.07 ^①	74.17±0.08 ^①	81.53	<0.05
SAS评分(分)	治疗前	52.82±4.16	52.81±4.17	0.01	>0.05
	治疗后	38.27±2.14 ^①	45.29±1.25 ^①	20.23	<0.05
SDS评分(分)	治疗前	53.67±1.69	53.66±1.70	0.03	>0.05
	治疗后	37.25±4.16 ^①	47.29±2.13 ^①	15.34	<0.05

与治疗前比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

从中医学角度分析, 高血压病可因饮食不节、久坐少动、情志失和伤及肝、心、脾三脏所致, 余茂强等^[4]在统计中药治疗高血压病的用药规律时发现, 临床治疗高血压病以补益药、平肝熄风药、清热药、活血化瘀药、利水渗湿药等运用较多, 而单味药以天麻、牛膝、钩藤、茯苓等较常见, 在归经方面, 肝、肾、心、脾居前四, 因此调脾虚、理肝肾是中医治疗高血压病的重要举措^[5]。而高血压伴头晕患者以脾阳不足为本, 风痰上扰为标, 运脾化湿方中重用菊花解热降压、平肝熄风, 为君药; 防风燥湿祛风、解表止痉; 白术、茯苓、人参、干姜、桔梗培土补虚, 健脾益气, 化痰除湿; 法半夏燥湿化痰; 黄芪、党参补中益气, 和胃生津; 天麻熄风定惊; 细辛祛风止痛、通窍化饮; 独活祛风除湿, 通痹止痛; 海风藤祛风湿、通经络、止痹痛; 威灵仙祛风湿、通络; 桂枝温经通络; 当归与川芎养血活血; 甘草补中益气、调和诸药。诸药并煎, 共奏运脾化湿(白术、茯苓、人参等)、平肝熄风(菊花、天麻等)、温经通络(细辛、桂枝、防风、当归、川芎等)、祛风化痰(防风、法半夏、桔梗、独活、海风藤、威灵仙等)之效。通过调脾化湿、熄风化痰, 协调全身气机、推动血液及津液运行, 令高血压病患者的血压及不良情绪得到明显改善。

运脾化湿方是近年来治疗脾虚、胃食管反流病等疾病的经验方。杨扬等^[6]发现运脾化湿清肺汤对脾虚型特异性皮炎患者

血清IL-2及可溶性受体(sIL-2R)有较好的调控作用, 谭朝辉等^[7]的研究结果显示, 疏肝健脾理气方可有效调节胃食管反流病患者的VIP含量。本研究结果显示, 观察组高血压及头晕症状均较治疗前减轻, 血浆VIP及血清炎症因子IL-2、CRP均较对照组改善, 这与上述文献报道的结果相似。此外, 2组不良反应发生率无统计学差异, 这与李步满等^[8]的研究结果相似, 提示运脾化湿方联合西药治疗高血压病不会增加单纯西药引起的不良反应, 该疗法值得在临床应用。

[参考文献]

- [1] 胡莹. 中医肝脾肾与高血压危险因素关系探讨[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(3): 438-440.
- [2] 王文. 《中国高血压防治指南》2005年修订版要点解析[J]. 医学与哲学, 2006, 27(8): 9-13, 16.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 余茂强, 董晓云. 高血压病中医用药规律分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(7): 651-653.
- [5] 刘巍, 熊兴江, 王阶, 等. 高血压前期的中医认识及治疗[J]. 中国中药杂志, 2013, 38(14): 2416-2420.
- [6] 杨扬, 宋瑜, 蔡希, 等. 运脾化湿清肺汤对脾虚型特异性皮炎血清IL-2、sIL-2R影响的临床研究[J]. 山西中医学院学报, 2015, 16(5): 32-34.
- [7] 谭朝辉, 曾素娥, 林健祥, 等. 疏肝健脾理气方对胃食管反流病患者血管活性肠肽的影响[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5): 970-971.
- [8] 李步满, 刘培红, 尹李虎, 等. 温脾平肝、化痰宁风法治疗高血压病62例临床观察[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(18): 144-146.

(责任编辑: 吴凌)