

健脾活血化痰法治疗痰浊血瘀型高血压 52 例疗效观察*

孟昱林¹, 张立平²

(1. 河北省唐山市河北联合大学附属医院体检科 063000; 2. 北京市门头沟中医医院心血管科, 北京 102300)

摘要:目的 观察健脾活血化痰法治疗高血压(痰浊血瘀型)的临床疗效。方法 采取前瞻性研究方法,将 104 例痰浊血瘀型高血压患者随机分为对照组(贝那普利)52 例、治疗组(健脾活血化痰法联合贝那普利)52 例,疗程 4 周。观察两组的临床疗效及治疗前后中医证候积分、血液流变学指标变化情况。结果 治疗组降压总有效率为 92.31%,明显高于对照组的 76.92%($P < 0.05$);治疗组在改善临床症状和血液流变学指标方面均优于对照组($P < 0.01$)。结论 健脾活血化痰法联合贝那普利对痰浊血瘀型高血压有较好的疗效,改善临床症状、血流黏滞状态。

关键词:高血压;血瘀;活血化瘀药

中图分类号:R259

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2014)30-4005-02

Effect of invigorating the spleen promoting blood flow and removing stasis therapy on 52 case of hypertension of turbid phlegm and blood stasis*

Meng Yulin¹, Zhang Liping²

(1. Clinical Laboratory, Affiliated Hospital of Hebei United University, Tangshan, Hebei 063000, China;

2. Department of Cardiovascular, Mentougou TCM Hospital of Beijing, Beijing 102300, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effects of invigorating the spleen promoting blood flow and removing stasis therapy on hypertension. **Methods** 104 subjects were randomly divided into 2 groups: control group, including 52 cases, which was treated by Benalaprill and treatment group, including 52 cases, which was treated by Benalaprill and herbs, with a course of 4 weeks. The clinical symptom score, blood rheology were observed. **Results** The total effective rate was 92.31% in treatment group, which was higher than that in control group, whose effective rate was 76.92% ($P < 0.05$); Improvement of the clinical symptoms and blood rheology were better in treatment group than in control group ($P < 0.01$). **Conclusion** This therapy is quite effective for hypertension and can reduce blood lipid and improve blood rheology.

Key words: hypertension; blood stasis; blood act stasis therapy remove drugs

原发性高血压是以血压升高为主要临床表现或不伴有多种心血管危险因素的综合征,通常简称为高血压^[1]。据流行病学调查,18 岁以上成人高血压患病率为 18.8%,高血压的知晓率、治疗率、控制率较低,导致心、脑、肾等靶器官损害,引发多种临床事件^[2],是中国人群众心脑血管发病和死亡最重要的危险因素^[3],而控制血压、降压达标以减少不良临床事件的发生也是专家达成的共识^[4],治疗理念已从单纯降低血压为主转为对靶器官损害的防治上^[5]。高血压属于中医“眩晕”、“头痛”等范畴,心血管危险因素相关性研究表明痰、瘀在高血压中医证型中占有重要位置,痰瘀证与心血管危险因素有明显的相关性;兼有阳亢、血瘀、痰浊的高血压患者存在更严重的靶器官损害,痰浊壅盛证的高血压更易引起早期肾脏功能损害^[6-8]。目前临床患者常有眩晕或头痛,头如裹,胸闷,舌苔白腻,舌质暗红、有瘀点或瘀斑,舌下脉络粗张,脉弦滑或沉涩之象,均可辨证为痰浊血瘀证。应用健脾活血化痰法治疗痰浊血瘀型高血压取得较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察病例均为 2011 年 3~10 月在河北省唐山市河北联合大学附属医院门诊就诊的患者,年龄 35~55 岁,平均年龄(45.0±8.7)岁。按就诊顺序分为治疗组(健脾活血化痰法联合贝那普利)和对照组(贝那普利),每组 52 例。治疗组:男 32 例,女 20 例,平均年龄(43.3±9.3)岁,其中 1 级高血压 24 例,2 级高血压 28 例;对照组男 30 例,女 22 例,平均年龄

(46.5±7.6)岁,其中 1 级高血压 23 例,2 级高血压 29 例。两组患者性别、年龄、血压分级方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊疗标准 高血压的诊断、分级参照 2010 年中国高血压防治指南标准^[5]:高血压定义为收缩压(ASBP)≥140 mm Hg 和(或)舒张压(ADBP)≥90 mm Hg,根据血压升高水平,又进一步将高血压分为 1~3 级:140~159/90~99 mm Hg 为 1 级高血压,160~179/100~109 mm Hg 为 2 级高血压,≥180/110 mm Hg 为 3 级高血压。ASBP≥140 mm Hg 但 ADBP<90 mm Hg 列为单纯收缩期高血压。中医诊断标准参考《中药新药临床研究指导原则》^[9]分为肝火亢盛证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证。结合临床实践,拟痰浊血瘀证诊断标准为舌脉为舌苔白腻,舌质暗红、有瘀点或瘀斑,舌下脉络粗张,脉弦滑或沉涩;主症:眩晕头痛,头如裹,胸闷;次症:口淡无味,呕吐痰涎,食少体胖等。

1.3 病例选择和排除标准 选择标准:符合西医诊断标准及中医证候诊断标准者,可纳入观察病例。排除标准:排除继发性高血压、原发性高血压合并严重心、肝、肾、脑、内分泌或者其他系统严重病变者。

1.4 疗效标准 疗效评定参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]。(1)显效:①ADBP 下降 10 mm Hg 以上,并达到正常范围;②ADBP 未降至正常但已下降 20 mm Hg 或以上。(2)有效:①ADBP 下降不及 10 mm Hg,但已达到正常范围;②

ADBP 较治疗前下降 10~19 mm Hg,但未达到正常范围;③ ASBP 较治疗前下降 30 mm Hg 以上。须具备其中 1 项。(3) 无效:未达到以上标准者。中医证候疗效判定标准参照尼莫地平法计算积分变化值(%),即积分变化=[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%;(1) 显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少大于或等于 70%;(2) 有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少大于或等于 30%;(3) 无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%。

1.5 方法 对照组常规口服贝那普利 10 mg,每天 2 次;治疗组在口服贝那普利治疗的基础上辨证加用健脾活血化痰法(半夏、炒白术、煅龙牡、柴胡、陈皮、茯苓、川牛膝、丹参、丹皮、郁金等组成),水煎服,每天 2 次,服用 4 周。

1.6 观察指标 诊所血压标准是目前临床诊断高血压和分级的标准方法,由医护人员在标准条件下按统一的规范进行测量。选择符合计量标准的水银柱血压计进行测量。以治疗前后测量 3 次血压的平均值作为统计血压指标,观察期间患者每周测量 2 次,并于测量血压前安静休息 15 min。每周随访,门诊监测血压。中医证候变化:主要观察眩晕、头痛、胸闷、呕吐痰涎、食少、舌脉等变化。血流变化:检测血浆黏度、全血黏度(分低切、高切流变率)。

1.7 统计学处理 采用 SPSS11.30 软件进行数据处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间差异采用单因素方差分析,组间两两比较采用 SNK-*q* 检验法,等级资料采用非参数秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组总有效率 92.31%,对照组有效率为 76.92%,两组疗效差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。两组在治疗后血压均显著下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组明显优于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组疗效比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	18(34.62)	22(42.31)	12(23.08)	40(76.92)
治疗组	52	27(51.92)	21(40.38)	4(7.69)	48(92.31) ^a

^a: $P < 0.05$,与对照组比较。

表 2 两组血压比较($n=52, \bar{x} \pm s, \text{mm Hg}$)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ASBP	163.45±12.31	143.58±10.72 ^b	165.27±11.84	146.63±11.39 ^a
ADBP	97.36±5.42	83.82±4.69 ^b	95.81±6.79	87.43±9.85 ^a

^a: $P < 0.05$,与治疗前比较;^b: $P < 0.05$,与对照组比较。

2.2 两组中医证候疗效比较 治疗组在改善眩晕、头痛、胸闷、呕吐痰涎及舌脉等证候方面疗效显著优于对照组($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组中医证候疗效比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	20(38.46)	18(34.62)	14(26.92)	38(73.08)
治疗组	52	34(65.38)	15(28.85)	3(5.77)	49(94.23)

2.3 两组治疗前后血液流变学比较 治疗组能明显改善患者血液流变学,治疗组更优于对照组($P < 0.05$)。对照组治疗前

后血液流变学改变不明显($P > 0.05$),见表 4。

表 4 两组血液流变学比较($\bar{x} \pm s, n=52, \text{mPa} \cdot \text{s}$)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血黏度(低切)	25.48±7.32	17.39±5.64 ^{ab}	26.14±6.52	25.75±7.38 ^c
全血黏度(高切)	5.79±1.38	5.02±1.24 ^{ab}	6.13±1.47	6.11±1.15 ^c
血浆黏度	1.82±0.27	1.39±0.35 ^{ab}	1.78±0.32	1.75±0.41 ^c

^a: $P < 0.05$,与同组治疗前比较;^b: $P < 0.05$,与对照组同时段比较;^c: $P > 0.05$,与治疗组治疗前比较。

3 讨论

原发性高血压属于中医“眩晕”、“头痛”等范畴。眩晕最早见于《内经》,称之为“眩冒”。《丹溪心法·头眩》偏主于痰,有“无痰则不作眩”的主张,提出“治痰为主”的方法。高血压的致病因素复杂,有情志过极、饮食不节、劳逸失度、脏腑虚损等因素,由风、火、痰、瘀、虚引起人体脏腑阴阳气血失调、气机升降失司、津液代谢障碍而发病。以近 10 年高血压中医证型研究文献为研究对象,对文献四诊信息进行聚类分析显示^[10]:高血压中医辨证可大致分为瘀血阻络、痰湿壅盛、肾阳虚衰、肝火亢盛、阴虚阳亢 5 个单证。通过对高血压患者横断面调查^[11],在证类分布方面痰瘀血互结占 59.68%,在证素分布方面血瘀占 76.13%,痰瘀占 71.09%。痰瘀已演变为原发性高血压的主要病因,原发性高血压的病因以痰瘀为主,痰瘀之毒可并存于高血压其他各证类及其病程的各阶段^[12-13]。血瘀是多种因素作用的结果,是高血压重要的病因,存在于高血压的整个过程,应在辨证基础上加以活血化瘀治疗^[14-15]。临床上运用益气活血法、化痰通络法治疗气滞血瘀、痰瘀阻滞型高血压均取得很好疗效^[16-18]。

健脾活血化痰方由法半夏、炒白术、陈皮、茯苓、川牛膝、丹参、丹皮、郁金、煅龙牡、柴胡等组成。方中炒白术、茯苓、法半夏、陈皮健脾渗湿、燥湿化痰;丹参、丹皮、川牛膝活血化瘀、引热下行兼清热;配伍柴胡、煅龙牡一升一降,以达疏肝解郁、重镇降逆、调畅气机。诸药合用脾运得健、痰湿能祛、气血调畅、瘀浊自解。

通过临床观察,在降压治疗基础上配合健脾活血化痰法治疗痰浊血瘀型高血压能增强降压效果,改善患者临床症状、血液黏滞状态,增加临床疗效。针对高血压的控制和并发症的预防是长期的综合的过程,有待更长疗程确认;中药对高血压疗效的相关机制有待进一步研究。

参考文献:

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:191.
- [2] 王文.全面理解 2010 年中国高血压防治指南九项要点[J].中国心血管杂志,2011,16(5):325-327.
- [3] 王薇,赵冬.中国老年人高血压的流行病学[J].中华老年医学杂志,2005,24(4):246-247.
- [4] 李专,毕小燕,温变珍.5 种联合方案抗高血压治疗的对比分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(11):1314-1315.
- [5] 刘力生.中国高血压防治指南 2010[J/CD].中国医学前沿杂志:电子版,2011,8(5):42-93.
- [6] 刘志龙,王严冬,刘培中.高血压中医证型与心血管危险因素相关性研究[J].新中医,2009,41(8):24-25.(下转第 4009 页)

肾综合征,存活组无发生肝肾综合征患者。单因素 Logistic 回归分析显示患者 TBIL、MELD 评分及肝性脑病发生率越高,PBC 和 PTA 越低,患者预后越差。本研究结果与其他关于 HBV 相关肝衰竭预后影响因素分析结果相似^[11]。PTA 能够较好地代表患者的凝血功能,是判断肝病严重程度最经典的指标,几乎所有的文献和预后判断公式及肝移植的标准中都强调了它的重要性,本研究也显示 PTA 与患者预后相关。MELD 评分系统是美国于 2000 年应移植供体分配规则而建立的,最初用于评估行经颈静脉肝内门体分流术后患者的生存率。多项研究表明 MELD 评分亦可用于急性肝衰竭亚急性 ACLF 的预后评估^[12-13]。肝性脑病、肝肾综合征等并发症在肝衰竭患者中经常出现,在慢加急性衰竭中这些因素是影响患者预后的重要因素^[14]。

本研究对筛选出的 5 种影响因素进行多因素 Logistic 回归分析显示仅 PTA($P=0.002$, $OR=0.778$)为患者预后的独立影响因素,其他多因素 Logistic 回归分析肝衰竭预后影响因素结果多筛选出如年龄、TBIL、PTA、MELD 评分、肝性脑病血氨等多项独立危险因素^[11,14]。考虑其原因与样本量较小有关,并不能说明单因素 Logistic 回归筛选出的 TBIL 及 MELD 评分等因子不是 HBV 与 HEV 重叠感染致 ACLF 患者的影响因素。尚需继续收集资料,扩大样本量以进一步分析。

参考文献:

- [1] Zhang XH, Ke WM, Xie JQ, et al. Comparison of effects of hepatitis E or A viral superinfection in patients with chronic hepatitis B[J]. *Hepatol Int*, 2010, 4(3): 615-620.
- [2] 中国医师协会感染科医师分会. 戊型病毒性肝炎诊疗规范[J]. *中华临床感染病杂志*, 2009, 2(5): 260-263.
- [3] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组, 中华医学会肝病学会重型肝炎与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南(2012 年版)[J]. *中华临床感染病杂志*, 2012, 5(6): 321-327.
- [4] 中华医学会肝病学会, 中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南(2010 年版)[J]. *中华肝脏病杂志*, 2011, 19(1): 13-24.

- [5] 周乙华, 庄辉. 中国戊型肝炎流行病学研究进展[J]. *中华流行病学杂志*, 2010, 31(12): 1414-1416.
- [6] 刘建湘, 蒋黎. 戊型肝炎重叠慢性乙型肝炎病毒感染临床分析[J]. *中国现代医学杂志*, 2012, 22(24): 76-78.
- [7] Acharya SK, Sharma PK, Singh RA, et al. Hepatitis E virus(HEV)infection in patients with cirrhosis is associated with rapid decompensation and death[J]. *J Hepatol*, 2007, 46(3): 387-394.
- [8] Wedemeyer H, Pischke S, Manns MP. Pathogenesis and treatment of hepatitis E virus infection[J]. *Gastroenterology*, 2012, 142(6): 1388.
- [9] Salam GD, Kumar A, Kar PA, et al. Serum tumor necrosis factor-alpha level in hepatitis E virus-related acute viral hepatitis and fulminant hepatic failure in pregnant women [J]. *Hepatol Res*, 2013, 43(8): 826-835.
- [10] Choi C, Chae C. Localization of swine hepatitis E virus in liver and extrahepatic tissues from naturally infected pigs by in situ hybridization[J]. *J Hepatol*, 2003, 38(6): 827-832.
- [11] 彭蕾, 周学士, 甘建和, 等. 乙型肝炎肝衰竭短期预后的影响因素[J]. *世界华人消化杂志*, 2012, 20(28): 2732-2736.
- [12] 高国生, 朱海超. 终末期肝病模型(MELD)、MELD-Na 及 iMELD 评分系统对乙型肝炎慢加急性肝衰竭患者短期预后的评价[J]. *中华内科杂志*, 2010, 49(12): 1057-1059.
- [13] Sun QF, Ding JG, Xu DZ, et al. Prediction of the prognosis of patients with acute-on-chronic hepatitis B liver failure using the model for end-stage liver disease scoring system and a novel logistic regression model[J]. *J Viral Hepat*, 2009, 16(7): 464-470.
- [14] 丁剑波, 罗晓岚, 田一梅, 等. 慢性乙型重型肝炎预后影响因素 Logistic 回归分析[J]. *传染病信息*, 2012, 25(3): 161-163.

(收稿日期:2014-06-10 修回日期:2014-07-19)

(上接第 4006 页)

- [7] 符德玉, 祖亮华, 辛效毅, 等. 409 例高血压病患者不同中医证型间心血管易损因子水平的变化[J]. *上海中医药大学学报*, 2009, 23(3): 15-18.
- [8] 张志斌, 周春刚, 陆曙. 原发性高血压患者中医证型分布及其与生化指标的相关性[J]. *辽宁中医杂志*, 2010, 37(6): 969-971.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73-77.
- [10] 戴霞, 姜婷, 于杰, 等. 基于现代文献的高血压病证候多元统计分析[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2009, 7(11): 1339-1340.
- [11] 王丽颖, 李元, 李娜, 等. 1508 例高血压病患者中医证候分布调查研究[J]. *中华中医药杂志*, 2010, 25(12): 1960-1963.
- [12] 韩学杰, 朱妍, 陈捷, 等. 原发性高血压病痰瘀互结、毒损心络中医证类的临床流行病学调查研究[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2008, 14(6): 453-455.

- [13] 韩学杰, 朱妍, 陈捷, 等. 原发性高血压痰瘀互结、毒损心络证类与相关因素的调查研究[J]. *中国中医急症*, 2008, 17(9): 1270-1274.
- [14] 张竞之, 陈利国, 金伟孝, 等. 活血化瘀治疗高血压病理论探讨[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2011, 13(2): 29-30.
- [15] 任红杰. 高血压病血瘀机制探讨[J]. *中医研究*, 2011, 24(11): 8-10.
- [16] 陆新, 张瑶光. 益气活血化瘀通络法治疗老年高血压病(痰瘀阻滞型)临床研究[J]. *新中医*, 2012, 44(7): 87-89.
- [17] 夏志荣. 益气活血化瘀通络法联合钙离子拮抗剂治疗老年痰瘀阻滞型高血压的临床疗效观察[J]. *中华中医药学刊*, 2013, 31(12): 2817-2819.
- [18] 李淑玲, 刘国安, 朱成朔. 益气活血汤联合西药治疗气滞血瘀型老年高血压 80 例临床观察[J]. *实用中医内科杂志*, 2013, 27(2): 89-91.

(收稿日期:2014-06-08 修回日期:2014-07-26)