

高血压合并高尿酸血症中医证候特点及中药干预效果分析

丁宪春, 夏秋敏

安吉县中医医院内科, 浙江 安吉 313300

[摘要] 目的: 探讨高血压合并高尿酸血症中医证候特点, 分析中药干预治疗的临床效果。方法: 88 例患者通过变量筛选和聚类分析确定患者的中医证型及证候特点。对照组给予常规降压药物治疗, 观察组在对照组治疗基础上给予中药汤剂治疗。观察 2 组临床疗效及患者收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、血尿酸 (SUA) 的变化情况。结果: 2 组患者在治疗后血压和血尿酸水平均得到显著下降, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 但观察组下降效果更为显著, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。总有效率观察组 93.2%, 对照组 81.8%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 高血压合并高尿酸血症的中医证候主要有肝风痰浊证, 肝肾阴虚证, 湿热内阻证, 瘀血阻络证等 4 种证型, 治疗以调补肝肾为基础, 兼以祛痰湿通经络的中药汤剂, 能有效改善患者的血压值和血尿酸水平, 临床效果显著。

[关键词] 高血压; 高尿酸血症; 中医证候特点; 中药干预

[中图分类号] R544.1; R589.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0095-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.045

高血压合并高尿酸血症被认为是原发性高血压造成的代谢紊乱, 中医认为其发病机制是肝肾亏虚、痰瘀交阻^[1]。笔者对其中医证候特点及中药干预情况进行了分析。报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院综合科门诊和住院患者 88 例作为研究对象。随机分 2 组, 各 44 例。对照组男 24 例, 女 20 例; 年龄 31~76 岁, 平均(60.3±4.5)岁; 高血压 级、 级、 级分别有 10 例、24 例和 10 例。观察组男 23 例, 女 21 例; 年龄 33~77 岁, 平均(61.9±4.1)岁; 高血压 级、 级、 级分别有 11 例、24 例和 9 例。2 组患者在性别、年龄、病情等方面的比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 所有患者均符合中国高血压防治指南^[2], 即: 舒张压在 90 mmHg 及其以上或者舒张压在 140 mmHg 以上。且患者的血尿酸水平均在 420 $\mu\text{mol/L}$ 以上。

1.3 排除标准 继发性高血压患者; 合并有其他严重的心脑血管疾病的患者; 合并肝肾功能障碍的患者; 合并有血液系统或者内分泌系统功能障碍的患者; 合并免疫功能缺陷患者; 合并恶性肿瘤的患者; 在入院前有使用尿酸排泄药物历史的患者; 有精神疾病病史的患者; 妊娠期或哺乳期的女性及儿童; 存在药物使用禁忌症的患者。

2 治疗方法

通过变量筛选和聚类分析确定患者的中医证型及证候特

点, 并给予患者饮食、运动及心理指导, 促进患者合理饮食、控制体重、保持健康的生活习惯。

2.1 对照组 给予常规西药硝苯地平控释片治疗, 每次 30 mg, 每天 1 次, 早上服用。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予中药汤剂治疗, 组成: 生石决明、何首乌、桑寄生、威灵仙、丹参、夜交藤各 30 g, 熟地黄 15 g, 石菖蒲、郁金各 12 g, 知母、白蒺藜、黄柏各 9 g。根据患者的症状, 给予相应的药物加减, 严重心悸并有失眠加用酸枣仁和柏子仁, 头痛严重加用川芎, 腰膝酸软加用巴戟天和怀牛膝, 心烦加用醋柴胡和莲子心。以水煎服, 每天 1 剂, 每天 2 次。

2 组疗程均为 28 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者的收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、血尿酸(SUA)的变化情况进行检测和记录。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行统计学分析, 并采用快速聚类法, 以患者的临床症状、体征为聚类变量, 对患者的证型进行分析。临床治疗结果分析时, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献^[3]同时观察患者主要症状的改善情况。显效: 患者的主要指标恢复正常, 临床症状显著改善; 有

[收稿日期] 2014-10-11

[作者简介] 丁宪春 (1969-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医内科。

效：患者的主要指标趋于正常，主要临床症状有所改善；无效：观察指标和临床症状均无改善甚至恶化。

4.2 变量筛选和聚类分析结果 初步判定本组参与调查研究的高血压合并高尿酸血症的患者的临床证型为：肝风痰浊证，肝肾阴虚证，湿热内阻证，瘀血阻络证等4种证型

4.3 2组血压和血尿酸变化比较 见表1。2组患者在治疗后血压和血尿酸水平均得到下降，与治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)，但观察组下降效果更为显著，与对照组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组血压和血尿酸变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	DBP(mmHg)	SBP(mmHg)	SUA($\mu\text{mol/L}$)
对照组	44	治疗前	94.13 \pm 9.87	165.11 \pm 10.81	519.45 \pm 62.82
		治疗后	90.55 \pm 7.43 ^①	145.76 \pm 8.24 ^①	491.83 \pm 59.89 ^①
观察组	44	治疗前	94.25 \pm 10.01	165.06 \pm 10.58	519.03 \pm 64.99
		治疗后	85.11 \pm 5.69 ^②	138.68 \pm 6.23 ^②	465.14 \pm 53.18 ^②

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

4.4 2组临床疗效比较 观察组显效25例，有效17例，无效3例，总有效率93.2%；对照组显效19例，有效17例，无效8例，总有效率81.8%；2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)，观察组优于对照组。

5 讨论

随着我国经济的快速增长和居民生活习惯、饮食结构的改变，我国高血压和高尿酸血症的发生率都在呈现出不断增高的趋势。研究认为，高尿酸血症的发生与糖尿病、高血压、冠心病及其并发症等基础疾病之间的关系十分密切，且高尿酸血症的发生会促进上述疾病的发展，使患者的病死率升高。

高血压的发生会对患者的心脏、肾脏、脑组织等造成不同程度的损伤，高血压合并高尿酸血症被认为是原发性高血压造成的代谢紊乱情况，目前临床上治疗高血压合并高尿酸血症的主要方法是西药降压降血尿酸，但治疗中存在较多的不良反应及副作用。

本研究对88例患者的临床症状、体征、舌脉及分布情况等进行了统计和分析，并通过变量筛选和聚类分析确定了患者的中医证型，包括了肝风痰浊证，肝肾阴虚证，湿热内阻证，瘀血阻络证等4种证型。肝肾不足是高血压的本，风、火、痰、瘀为高血压的标。高尿酸血症的发生原因则是过度劳倦、饮食不节、外感湿邪、七情所伤，引起湿毒痰瘀痹阻经络^④。观察组在西药治疗的基础上给予以调补肝肾为基础，兼以祛痰湿通经络的中药方进行治疗，生石决明平肝补阴，白蒺藜、郁金疏肝凉血散风热，丹参活血通经，知母配黄柏润燥滋阴，何首乌补肾精，夜交藤养心，桑寄生除风湿，杜仲补肝肾。诸药合用，达到标本兼顾，攻补兼施的目标，有效改善患者的血压值和血尿酸水平及临床症状，效果显著，值得推广应用。

[参考文献]

[1] 赵军. 调补肝肾为主治疗高血压病合并高尿酸血症35例观察[J]. 中医药临床杂志, 2008, 20(5): 469-470.
 [2] 中国高血压防治指南起草委员会. 中国高血压防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 18.
 [3] 殷海波, 周庸名, 焦娟. 高尿酸血症的中医药研究与治疗展望[J]. 北京中医药, 2009, 28(1): 70-71.
 [4] 张其慧. 中医治疗高血压病合并高尿酸血症的临床观察[J]. 北京中医, 2006, 25(6): 356-357.

(责任编辑: 马力)

·书讯·1. 《中医临床常见症状术语规范》由广州中医药大学黎敬波教授主编，中国医药科技出版社出版。临床中要提高临床诊断效率，保障治疗水平的发挥，就必须从全面收集和准确分析症状入手。该书系统整理了临床常见症状2000余条，对常见症状术语进行了解释和规范，本书能对临床医师合理、准确使用症状术语提供帮助，也可以供中医科学研究和学生学习参考。每本15元(含包装邮寄费)，欲购者请汇款至广州市番禺区大学城外环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，邮政编码：510006，并在汇款单附言栏注明书名、数量。

2. 《〈内经〉临证温课与辅导》由广州中医药大学黎敬波教授编著，人民卫生出版社出版。本书针对目前中医经典教学与临床实践相脱节的问题，力图贴近临床，深度挖掘《内经》临证思想，以指导解决临床实际问题。本书的特点是精简、实用和归真，书中引用原文较广泛，是对本科学习经文的扩展，书中对原文的解释尽量精简，点到即止。全书与疾病及诊治的相关内容较多，分析解释也尽量做到联系实际，实用与归真并重是本书的特点。每本35元(含包装邮寄费)，欲购者请汇款至广州市番禺区大学城外环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，邮政编码：510006。