

平肝降压汤联合西医常规治疗高血压合并高血脂临床观察

宣诚, 楼永良

诸暨市第二人民医院, 浙江 诸暨 311811

[摘要] 目的: 观察平肝降压汤联合西医常规疗法治疗高血压合并高血脂患者的临床效果。方法: 选取于本院就诊的 150 例高血压合并高血脂患者, 随机分为对照组和观察组各 75 例。对照组给予氢氯噻嗪片联合辛伐他汀片治疗, 观察组则在对照组治疗基础上给予平肝降压汤内服治疗, 15 天为 1 疗程, 连续治疗 6 疗程。观察 2 组血压、血脂水平的改善情况, 随访 6 月观察患者心脑血管疾病的发生情况。结果: 治疗前, 2 组血压、血脂各指标比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组收缩压、舒张压均较治疗前有所降低 ($P < 0.05$), 且趋于稳定, 观察组血压的下降幅度较对照组突出 ($P < 0.05$)。2 组总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 水平均较治疗前有所降低 ($P < 0.05$), 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 水平均较治疗前有所升高 ($P < 0.05$), 观察组改善的程度较对照组明显 ($P < 0.05$)。治疗后随访 6 月, 对照组心脑血管疾病发生率为 22.7%, 明显高于观察组 (9.3%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 平肝降压汤联合西医常规疗法降压、降脂疗效确切, 远期心脑血管疾病发生率低, 是治疗高血压合并高血脂疾病的有效方案。

[关键词] 高血压; 高血脂; 中西医结合疗法; 肝阳上亢; 平肝降压汤

[中图分类号] R544.1; R589.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0051-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.024

高血压病是临床常见的慢性病, 以中老年人居多, 常与高血脂合并出现, 且发病人群趋于年轻化。现代医学研究认为, 高血压病、高血脂与心血管疾病的发生、发展密切相关, 是心血管疾病如脑卒中、心力衰竭、冠心病等发病的独立危险因素。因此, 对高血压合并高血脂的有效防治是临床防治心脑血管疾病的关键靶点。在本研究中, 笔者以多年临床经验方平肝降压汤联合西医常规疗法对高血压合并高血脂患者进行治疗, 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 高血压参照中国高血压防治指南修订委员会制定的《中国高血压防治指南 2010》^[1]中的相关标准确诊, 高血脂参照中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会制定的《中国成人血脂异常防治指南》^[2]中的相关标准确诊。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中有关肝阳上亢型高血压的诊断与辨证标准。患者临床多见收缩压 ≥ 140 mmHg, 或舒张压 ≥ 90 mmHg, 眩晕, 头痛, 面红目赤, 急躁易怒, 口干口苦, 便秘, 舌红苔黄, 脉弦数。

1.3 纳入标准 符合高血压与高血脂的诊断标准; 中医辨证属肝阳上亢型; 签署知情同意书。

1.4 排除标准 治疗期间依从性差的患者; 资料不全影响疗效及安全性判断的患者; 存在内分泌疾病、免疫系统疾病、

心、肝、肺、肾等严重器质性病变的患者; 对所用药物存在过敏反应的患者; 存在严重精神、心理障碍的患者。

1.5 一般资料 选取 2012 年 2 月—2013 年 9 月于本院就诊的 150 例高血压合并高血脂患者为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组。对照组 75 例, 男 39 例, 女 36 例; 年龄 65~77 岁, 平均 (68.7 ± 2.4) 岁。观察组 75 例, 男 42 例, 女 33 例; 年龄 64~79 岁, 平均 (68.5 ± 2.2) 岁。2 组性别、年龄等一般资料经 SPSS17.0 统计学软件分析处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明 2 组之间具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予氢氯噻嗪片联合辛伐他汀片治疗。氢氯噻嗪片 (江苏方强制药厂有限责任公司, 规格: 25 mg \times 100 片), 每天 25~100 mg, 分 1~2 次服用; 辛伐他汀片 (哈药集团三精制药股份有限公司, 规格: 10 mg \times 10 片), 每天 10 mg, 睡前口服。15 天为 1 疗程, 连续治疗 6 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予平肝降压汤内服治疗, 方药组成如下: 茯苓 30 g, 炙黄芪 20 g, 炒白术、天麻、钩藤、草决明、川牛膝、生山楂、荷叶各 15 g, 菊花 12 g, 桑叶、车前子各 10 g, 浙贝母 4 g, 甘草 6 g。随症加减, 失眠甚者加入珍珠母、夜交藤各 30 g; 便秘甚者加入瓜蒌 15 g; 乏力甚者加入炒党参 15 g, 香加皮 10 g; 口苦心烦甚者加入

[收稿日期] 2015-01-20

[作者简介] 宣诚 (1974-), 男, 主治医师, 研究方向: 临床医学、全科医学、慢性病防控等。

郁金、龙胆草、黄芩各 15 g。取上方每天 1 剂，水煎去渣取汁 300 mL，分 2 次服用。15 天为 1 疗程，连续治疗 6 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后检测 2 组患者的血压、血脂水平，观察收缩压、舒张压，总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)的变化。随访 6 月，观察患者心脑血管疾病的发生情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，进行 *t* 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后血压、血脂水平变化 见表 1。治疗前，2 组血压、血脂各指标比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组收缩压、舒张压均较治疗前有所降低($P < 0.05$)，且趋于稳定，观察组血压的下降幅度较对照组突出($P < 0.05$)。2 组 TC、TG、LDL-C 水平均较治疗前有所降低($P < 0.05$)，HDL-C 水平均较治疗前有所升高($P < 0.05$)，观察组改善的程度较对照组明显($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后血压、血脂水平变化($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)
对照组	75	治疗前	156.63±11.24	88.58±15.02	5.70±0.89	2.47±1.31	3.18±0.77	1.05±0.44
		治疗后	130.42±10.17 ^①	80.43±12.36 ^①	4.52±0.42 ^①	1.85±0.90 ^①	2.67±0.29 ^①	1.13±0.25 ^①
观察组	75	治疗前	158.26±10.47	89.75±14.59	5.72±0.92	2.49±1.33	3.22±0.81	1.07±0.48
		治疗后	121.37±9.62 ^②	75.36±10.21 ^②	3.43±0.35 ^②	1.52±0.55 ^②	1.74±0.21 ^②	1.34±0.29 ^②

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

4.2 2 组不良事件发生率比较 见表 2。治疗后随访 6 月，对照组心脑血管疾病发生率为 22.7%，明显高于观察组，差异有统计学意义($\chi^2=4.960$, $P < 0.05$)。

表 2 2 组不良事件发生率比较

组别	n	心肌梗死	心绞痛	脑卒中	发生率(%)
对照组	75	5	5	7	22.7
观察组	75	2	2	3	9.3 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

高血压合并高血脂是临床的常见病证，中医学并无高血压和高血脂之病名，但在临诊过程中，高血压属于中医学眩晕、头痛等范畴，高血脂则属于痰湿、血瘀等范畴。中医学认为其为本虚标实之证，多因素体虚弱、感受外邪、饮食不节、嗜烟酗酒、嗜食肥甘厚味，伤及脾胃，运化失职，酿生痰热，随风火上扰所致^[4]。故临床治之宜健脾祛湿、平肝潜阳。笔者临床致力于此病的研究多年，注重以中西医结合方法对其论治。本次研究用氢氯噻嗪片是临床常用的降压药物之一，其临床疗效好、费用低，且机体对其不易产生耐药性，还能有效对抗其他降压药物引起的水钠潴留，已经成为临床治疗高血压的首选药物^[5]。辛伐他汀片是临床常用的降脂药物，现代药理研究认为，他汀类药物具有调脂、降脂、抗炎、保护血管内膜、抑制平滑肌迁移、稳定斑块、降压等作用^[6]。然而，西药虽起效快、短期效果较好，但久用患者会出现皮疹、胃肠不适、水电解质紊乱等不良反应。相比而言，中药治病有长于求本除根、副作用少等优点。

笔者所拟定的平肝降压汤方中，炙黄芪、茯苓、炒白术健

脾益气燥湿；天麻、钩藤平肝定惊、熄风止痉，为降压的常用药物；菊花、桑叶平肝降压；浙贝母清热化痰、开郁散结；草决明清热明目、通便降脂；川牛膝活血通络、引火下行；车前子清热利湿；生山楂健脾开胃、散瘀降脂；荷叶健脾升阳祛湿；甘草健脾益气、调和诸药。多药配伍，共奏健脾祛湿、平肝潜阳之功。

本次研究可以总结出，平肝降压汤联合西医常规疗法降压、降脂疗效确切，远期心脑血管疾病发生率低，是治疗高血压合并高血脂疾病的有效方案，值得临床深入研究。

[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 2010[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 706-708.
- [2] 中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(5): 390-419.
- [3] 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: 28-30.
- [4] 李春岩. 史载祥中西医结合治疗高血压病经验[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(6): 1095.
- [5] 张蕾, 马涛, 李霞. 氢氯噻嗪、卡托普利联合辛伐他汀治疗老年高血压合并高血脂症的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(15): 4156.
- [6] Bu DX, Griffin G, Lichtman AH. Mechanisms for the anti-inflammatory effects of statins [J]. Curr Opin Lipidol, 2011, 22(3): 165-170.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)