

# 中西医结合治疗老年高血压合并脂代谢紊乱

杨永和\*, 刘冬梅, 徐进

(宜宾市第四人民医院, 四川 宜宾 644000)

**[摘要]** **目的:**探讨中西医结合治疗老年高血压合并脂代谢紊乱的临床疗效。**方法:**将 128 例老年高血压合并脂代谢紊乱患者随机分入对照组与观察组,对照组患者接受常规西医降压及降脂治疗,观察组在西医治疗基础上给予中药口服,疗程 4 周。比较两组降压效果及血流变学指标的改变。**结果:**疗程结束后观察组患者降压有效率显著高于对照组(92.4% vs 71.0%,  $P < 0.05$ );治疗后观察组收缩压与舒张压分别为(126.76 ± 10.41) mmHg 和(78.13 ± 5.21) mmHg,显著优于对照组(142.33 ± 12.62) mmHg 和(84.24 ± 5.47) mmHg ( $P < 0.05$ );与对照组治疗后甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)及低密度脂蛋白(LDL-C)相比较[(1.97 ± 0.20), (5.38 ± 0.57), (3.35 ± 0.73) mmol·L<sup>-1</sup>],观察组上述指标均显著降低[(1.68 ± 0.16), (4.60 ± 0.51), (2.94 ± 0.62) mmol·L<sup>-1</sup>,  $P < 0.05$ ];治疗后观察组全血高切黏度、全血低切黏度及血液黏度分别为(3.68 ± 0.74), (16.33 ± 2.40), (1.30 ± 0.43) mPa·s,与对照组差别具有统计学意义[(5.26 ± 1.17), (21.46 ± 2.84), (1.68 ± 0.55) mPa·s,  $P < 0.05$ ]。**结论:**在西医治疗基础上给予中药口服在降压及改善脂代谢紊乱方面更具优势。

**[关键词]** 高血压; 高血脂; 中西医结合

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)22-0313-04

**[doi]** 10.11653/syfy2013220313

## Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treatment of Elderly Hypertension Complicated with Hyperlipemia Patients

YANG Yong-he\*, LIU Dong-mei, XU Jin

(The Forth People's Hospital of Yibin, Yibin 644000, China)

**[Abstract]** **Objective:** To explore the effect of integrated traditional Chinese and western medicine in treatment of elderly hypertension complicated with hyperlipemia patients. **Method:** One hundred and twenty-eight elderly cases with hypertension complicated with hyperlipemia were randomly divided into control group and experience group. Control group were given routine western medicine treatment, and meanwhile experience group received extract oral. The course of treatment was 4 weeks. Antihypertensive effect and the blood rheology indexes were compared between two groups. **Result:** The effective rate of treatment in experience group was much higher than that in control group (92.4% vs 71.0%,  $P < 0.05$ ); systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) in experience group were (126.76 ± 10.41) mmHg and (78.13 ± 5.21) mmHg respectively, of which were superior to control group (142.33 ± 12.62) mmHg and (84.24 ± 5.47) mmHg ( $P < 0.05$ ); comparison with control group [(1.97 ± 0.20), (5.38 ± 0.57) and (3.35 ± 0.73) mmol·L<sup>-1</sup>], triglyceride (TG), total cholesterol (TC) and low-density lipoprotein (LDL-C) level in experience group greatly decreased [(1.68 ± 0.16), (4.60 ± 0.51), (2.94 ± 0.62) mmol·L<sup>-1</sup>,  $P < 0.05$ ]; whole high blood viscosity, whole low blood viscosity and blood viscosity were [(3.68 ± 0.74), (16.33 ± 2.40), (1.30 ± 0.43) mPa·s in

**[收稿日期]** 20130516(013)

**[基金项目]** 宜宾市科学技术局重点科技项目(社会发展)(2012SF012)

**[通讯作者]** \* 杨永和, 主治医师, 从事中西医结合治疗高血压病研究, Tel: 15983115599, E-mail: love2452@126.com

experience group, and  $(5.26 \pm 1.17)$ ,  $(21.46 \pm 2.84)$ ,  $(1.68 \pm 0.55)$  mPa·s in control group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Integrated traditional Chinese and western medicine in treatment of elderly hypertension complicated with hyperlipidemia patients have more advantages in antihypertensive and improving blood lipid.

[Key words] hypertension; hyperlipidemia; integrated traditional Chinese and western medicine

近年来随着生活节奏的加快及饮食结构的调整,原发性高血压病的发生率呈上升趋势。原发性高血压是心脑血管疾病的风险因素,长期高血压会导致心脏、脑及肾脏等靶器官损害,严重影响患者健康及生活质量<sup>[1]</sup>。原发性高血压病为终身疾病,目前尚无治愈疾病的治疗方法,临床治疗以药物控制血压维持治疗为主,西药治疗原发性高血压循证证据较多,疗效确切,但由于不良反应相对较多,患者个体耐受性差异较大。且当患者出现严重肝肾功能障碍或离子紊乱等情况时,部分药物应用受限。祖国医学认为原发性高血压属“眩晕”、“头痛”范畴,与血虚、髓海不足及邪中等因素有关<sup>[2]</sup>。脂代谢紊乱是指先天性或获得性因素造成的血液及其他组织器官中脂质(脂类)及其代谢产物和量的异常,与动脉粥样硬化性疾病的发生发展密切相关,高脂血症是心脑血管疾病的独立风险因子。老年原发性高血压患者常合并多种疾病或靶器官受累<sup>[3,4]</sup>,临床治疗难度大。本组研究的目的是探讨中西医结合治疗老年高血压合并脂代谢紊乱的临床疗效。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选择 2011 年 2 月 - 2012 年 2 月本院诊治的 128 例老年高血压合并脂代谢紊乱患者为研究对象,其中男 68 例,女 60 例,年龄 60 ~ 76 岁,中位数年龄 68.9 岁。高血压病程 1 ~ 9 年。原发性高血压诊断标准<sup>[3]</sup>:收缩压  $\geq 140$  mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa) 和/或舒张压  $\geq 90$  mmHg。高脂血症诊断标准:甘油三酯 (TG)  $\geq 1.7$  mmol·L<sup>-1</sup>;胆固醇 (TC)  $\geq 5.7$  mmol·L<sup>-1</sup>;低密度脂蛋白 (LDL-C)  $\geq 3.64$  mmol·L<sup>-1</sup>,高密度脂蛋白 (HDL-C)  $\leq 0.91$  mmol·L<sup>-1</sup>。辨证分型为痰浊中阻型<sup>[5]</sup>,表现为头重如蒙、食少梦多、神疲乏力,舌质淡有齿痕、苔白腻、脉滑。纳入标准:①患者符合原发性高血压病西医诊断标准及中医痰浊中阻分型;②符合高脂血症诊断标准;③年龄  $\geq 60$  岁,男女不限;④同意目前治疗方案;⑤无治疗药物过敏史。排除标准:继发性高血压、严重心衰、急性脑血管病、血液病及严重肝肾功能不全等。将 128 例患者随机分入对照组与观察组,对照组 62 例,其中男 32 例,女 30 例,年龄 60 ~ 75 岁,中位数年龄 69.2 岁。观察组 66 例,其中男 36 例,女 30

例,年龄 60 ~ 76 岁,中位数年龄 68.6 岁。两组患者在年龄、性别及血脂等指标方面差别无统计学意义,具有可比性。

**1.2 治疗方法** 两组患者均给予西医常规治疗,口服缬沙坦、硝苯地平缓释片等降压药物,缬沙坦初始剂量为 80 mg·d<sup>-1</sup>,如降压效果不理想可加到 160 mg·d<sup>-1</sup>。硝苯地平缓释片 10 mg/次,1 ~ 2 次/d。同时给予阿托伐他汀调脂。观察组在上述治疗基础上同时口服中药,给予陈皮 10 g,制甘草 10 g,天麻 10 g,茯苓 15 g,夏枯草 15 g,川芎 15 g,水煎,早晚 2 次服用,疗程 4 周。

**1.3 评估指标** 比较两组治疗前后血压、血脂及血流变学指标的改变。临床疗效评估<sup>[6]</sup> 显效:患者治疗后血压正常或者舒张压下降  $\geq 20$  mmHg;有效:患者血压下降,19 mmHg > 舒张压下降  $\geq 10$  mmHg 或者收缩压下降 30 mmHg 以上;无效:经治疗后患者未达到上述标准。采用全自动生化仪检测血 TG, TC, LDL-C 及 HDL-C 水平,同时记录血液黏度、全血高切及低切黏度做为评估血流变指标。

**1.4 统计学方法** 数据分析采用 SPSS 17.0 软件进行,计数资料用例 (%) 表示,两组间比较采用  $\chi^2$  检验,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,符合正态分布的两组间比较采用 *t* 检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组治疗后血压比较** 疗程结束后观察组患者共有 61 例治疗有效,降压有效率为 92.4%,对照组共有 44 例有效,治疗有效率为 71.0%,差别具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表 1;治疗前两组舒张压及收缩压均无统计学差别,治疗后观察组舒张压及收缩压均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 1 两组治疗后降压有效率的比较

组别	例数	显效/例	有效/例	无效/例	有效率/例 (%)
对照	62	21	23	18	44 (71.0)
观察	66	40	21	5	61 (92.4) <sup>1)</sup>

注:观察组与对照组相比<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

**2.2 两组治疗前后血脂比较** 治疗前两组血脂指标无显著差别,治疗后两组血脂指标较治疗前均显著好转 ( $P < 0.05$ ),但与对照组相比,观察组治疗后

TG, TC 及 LDL-C 均显著降低, 差别具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

### 2.3 两组治疗前后血流变学指标比较 治疗前两

组血流变学指标未见显著差别, 治疗后两组血液黏度、全血高切及低切黏度均显著降低, 但观察组上述指标显著低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 2 两组治疗前后血压的改变 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	收缩压/mmHg		舒张压/mmHg	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	62	154.80 ± 15.67	142.33 ± 12.62 <sup>1)</sup>	92.45 ± 6.83	84.24 ± 5.47 <sup>1)</sup>
观察	66	155.08 ± 15.92	126.76 ± 10.41 <sup>1,2)</sup>	92.53 ± 7.02	78.13 ± 5.21 <sup>1,2)</sup>

注: 组内治疗前后相比<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 观察组与对照组相比<sup>2)</sup>  $P < 0.05$  (表 3, 4 同)。

表 3 两组治疗前后血脂指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时期	mmol·L <sup>-1</sup>			
			TG	TC	HDL-C	LDL-C
对照	62	治疗前	2.16 ± 0.23	6.79 ± 0.73	0.94 ± 0.17	4.01 ± 0.83
		治疗后	1.97 ± 0.20 <sup>1)</sup>	5.38 ± 0.57 <sup>1)</sup>	0.96 ± 0.19	3.35 ± 0.73 <sup>1)</sup>
观察	66	治疗前	2.19 ± 0.25	6.82 ± 0.78	0.92 ± 0.15	4.05 ± 0.86
		治疗后	1.68 ± 0.16 <sup>1,2)</sup>	4.60 ± 0.51 <sup>1,2)</sup>	0.98 ± 0.23	2.94 ± 0.62 <sup>1,2)</sup>

表 4 两组治疗前后血液流变学指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时期	mPa·s		
			全血高切黏度	全血低切黏度	血液黏度
对照	62	治疗前	5.57 ± 1.38	24.27 ± 3.18	2.07 ± 0.69
		治疗后	5.26 ± 1.17 <sup>1)</sup>	21.46 ± 2.84 <sup>1)</sup>	1.68 ± 0.55 <sup>1)</sup>
观察	66	治疗前	5.59 ± 1.40	24.30 ± 3.22	2.08 ± 0.65
		治疗后	3.68 ± 0.74 <sup>1,2)</sup>	16.33 ± 2.40 <sup>1,2)</sup>	1.30 ± 0.43 <sup>1,2)</sup>

### 3 讨论

老年人是高血压的好发人群, 老年高血压病患者有自身的特殊特点, 临床合并症多且心理、生理特点特殊, 血压往往波动较大、不易控制。血管转换酶抑制剂/血管紧张素受体拮抗剂、利尿剂、钙离子拮抗剂及  $\beta$  受体阻滞剂等是临床常用的降压药物, 以上药物联合应用往往获得理想疗效, 但不良反应也会增加。老年人常合并多种疾病或发生肝肾功能不全, 西药的应用有时会受到限制, 影响疗效。当患者严重肾功能不全或高钾血症时, 血管转换酶抑制剂应用受到限制, 且临床易引起咳嗽症状, 患者治疗依从性差。利尿剂的使用可能引起离子紊乱, 引起低血钾, 如果患者合并心衰使用洋地黄制剂则容易出现中毒症状。

中医认为高血压病有头晕、头痛等肝阳上亢的临床表现, 同时还有四肢乏力、耳鸣健忘等脾肝肾阴血不足表现<sup>[7]</sup>。中医理论认为高血压的发生与肝、肾、心及脾脏有关, 为饮食不节、七情所伤及内伤虚损所致<sup>[8]</sup>。《黄帝内经》记载: “诸风掉眩, 皆属于肝”, 《丹溪心法》记载“无痰不作眩”, 痰湿为高血压的重要发病原因。脾失健运、水谷精微无法化生气

血, 水液不能转成津液, 反成脂、痰在体内聚集化成膏脂, 引起高脂血症<sup>[9]</sup>。如果患者忧虑过度、劳逸失常、气血受损, 导致气虚无法促进血运通畅则引起脉络瘀滞, 产生高血压, 脂浊停于脉内引起血脂升高<sup>[10]</sup>。与西医的辨病论治比较, 中医为辨证论治, 根据疾病的中医辨型采用不同方剂对证治疗, 在改善患者病情和生活质量方面具有良好效果<sup>[11]</sup>。同时中药可弥补西药远期效果不稳定的缺点, 减少药物不良反应, 特别适用于老年人。西医治疗高血压强调降压达标率及危险分层等指标, 中医治疗则重视气血、阴阳的平衡, 改善临床症状<sup>[12]</sup>。西医降血脂常常使用他汀类药物, 但如果大剂量长期应用会影响肝功能, 可能出现肌痛。降低血压及靶器官损害、改善患者症状及预后是中西医结合治疗的主要目标, 中药不良反应小, 目前研究发现还可逆转某些靶器官损害、减少并发症, 因此近年来在临床上应用日益增多<sup>[13-14]</sup>。

本组辨证分型为痰浊中阻型, 表现为头重如蒙、食少梦多、神疲乏力, 舌质淡有齿痕、苔白腻、脉滑。痰饮是眩晕的主要发病原因之一, “无痰不作眩”。现代人饮食多为肥甘厚味太过, 脾胃受损, 乃致水谷

不化精微,痰浊中阻,以致眩晕。本组结果显示:疗程结束后观察组患者降压有效率显著优于对照组(92.4% vs 71.0%,  $P < 0.05$ );治疗后观察组舒张压及收缩压均显著低于对照组( $P < 0.05$ );与对照组相比,观察组治疗后 TG, TC 及 LDL-C 均显著降低( $P < 0.05$ );治疗后观察组血液黏度、全血高切及低切黏度显著低于对照组( $P < 0.05$ )。本组方剂由陈皮、炙甘草、天麻、茯苓、夏枯草及川芎组成。陈皮具有理气健脾、燥湿化痰之功效,使脾胃健运、痰湿不留,眩晕而止,炙甘草补脾和胃、益气复脉,天麻行气活血、熄风止头眩,茯苓健脾和胃、宁心安神,夏枯草清肝、散结,川芎具有活血行气、祛风止痛之功效<sup>[15]</sup>。其中茯苓、天麻和川芎可扩张血管,辅助降压,夏枯草具有降脂平肝的作用。诸药合用共奏燥湿祛痰、健脾和胃之功效,本组结果显示观察组血压, TG, TC 及 LDL-C 及显著下降,患者临床眩晕等症状显著缓解。同时方剂尚可降低血液黏滞度,减少胆固醇的吸收,促进冠脉血液循环,有利于延缓动脉粥样硬化的进展,减少心脑血管疾病的风险。治疗时化痰祛浊应确定标本缓急及脏器虚实,急时应先祛痰,病情缓则先治本,治疗肝、脾、肾及肺。

综上所述:在西医治疗基础上给予中药口服在降压及改善脂代谢紊乱方面更具优势,中西医结合治疗可互相扬长避短,有效克服中药起效慢及西药不良反应多的缺点,有利于减少西药药量,同时又发挥中药调理气血、重视心理疏导及整体协调的作用,使血压得到理想控制,患者生活质量得到改善。

#### [参考文献]

[1] 王荣忠. 中西医结合治疗高血压心脏病患者的临床观察[J]. 中国危重病急救医学, 2010, 22(2):75.

[2] 陈青. 中西医结合治疗高血压合并代谢综合征 34 例[J]. 中国中医急症, 2009, 18(3):444.

[3] 王晓英. 中西医结合治疗老年高血压性肾损害 80 例疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(11):966.

[4] 董名扬,董凤鸣. 中西医结合治疗老年高血压的临床研究[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(16):411.

[5] 秦扬,王勉. 中西医结合治疗高血压病合并高脂血症 46 例总结[J]. 现代预防医学, 2011, 38(4):783.

[6] 王建春. 中医治疗冠心病合并高血压 60 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(13):25.

[7] 范维琥. 中西医结合治疗高血压的需求与探索[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(3):257.

[8] 宗智慧,冯亭亭,陈红艳,等. 中西医结合治疗高血压的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(8):990.

[9] 王鸽. 中西医结合治疗高血压 79 例临床观察[J]. 当代医学, 2011, 17(3):162.

[10] 刘强. 中西医结合治疗原发性高血压 80 例临床观察[J]. 当代医学, 2011, 17(35):149.

[11] 信富荣,韩学杰,刘兴方,等. 中医药治疗高血压病的研究进展及述评[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(6):638.

[12] 李平. 中西医结合治疗高血压合并高脂血症 60 例[J]. 实用中医内科杂志, 2009, 23(12):97.

[13] 纪定国. 羚角钩藤汤治疗原发性高血压合并高脂血症的临床研究[J]. 中国当代医药, 2011, 18(10):92.

[14] 王振盛,方祝元. 中医药干预高血压病合并血脂异常的研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(1):128.

[15] 严少勤. 中西医结合治疗高血压合并高脂血症 114 例临床效果观察[J]. 中医临床研究, 2012, 4(8):60.

[责任编辑 邹晓翠]