

加用清脑降压片治疗原发性高血压(阴虚阳亢)62 例

朱梅*, 臧永发, 马彩虹

(秦皇岛市工人医院, 河北 秦皇岛 066200)

[摘要] **目的:**观察加用清脑降压片治疗原发性高血压(阴虚阳亢)的临床疗效。**方法:**124 例原发性高血压患者随机分为治疗组和对照组各 62 例。两组均给予常规非药物治疗。对照组口服卡托普利 25 mg/次, 3 次/d; 治疗组加用清脑降压片, 5 片/次, 3 次/d。疗程 8 周。测定治疗前、4 周及 8 周血压, 检测治疗前后血清白介素 6(IL-6)、白介素 8(IL-8)和高敏 C 反应蛋白(hs-CRP)。**结果:**治疗后第 4 周、8 周治疗组 SBP 和 DBP 低于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$); 两组 hs-CRP, IL-6, IL-8 均较治疗前明显降低, 治疗组低于对照组($P < 0.01$); 治疗组症状疗效及血压控制疗效均优于对照组($P < 0.01$)。**结论:**清脑降压片治疗原发性高血压(阴虚阳亢)有较好的临床疗效, 并能调节炎症因子, 保护血管内皮。

[关键词] 原发性高血压; 阴虚阳亢; 清脑降压片; 白介素 6; 白介素 8; 高敏 C 反应蛋白

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)04-0292-03

Sixty-two Cases of Essential Hypertension with Yin Deficiency and Yang Excess Treated by Supplementing Qingnao Jiangya Tablets

ZHU Mei*, ZANG Yong-fa, MA Cai-hong

(Worker's Hospital of Qinhuangdao City, Qinhuangdao 066200, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical effects of supplementing Qingnao Jiangya tablets for treatment of essential hypertension (yin deficiency and yang excess). **Method:** One hundred and twenty-four patients with essential hypertension were equally and randomly divided into treatment group and control group. Both two groups were given conventional non-drug therapy. The control group was given captopril orally 25 mg tid, and the treatment group was supplemented by Qingnao Jiangya tablets 5 tablets tid. Course of treatment were 8 weeks. Systolic and diastolic blood pressure (SBP, DBP) before treatment, 4 weeks and 8 weeks after treatment were monitored. Inteleukin-6, 8 (IL-6, IL-8) and high-sensitivity C protein (hs-CRP) before and after treatment were detected. **Result:** SBP and DBP in treatment group at 4 weeks and 8 weeks after treatment were lower than those in the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). IL-6, IL-8 and hs-CRP of both groups were lower than those before treatment, and the treatment group were lower than the control group ($P < 0.01$). In the treatment group, the symptom curative effect and blood pressure control were better than those in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The Qingnao Jiangya tablets have good clinical effects for treating essential hypertension (yin deficiency and yang excess type), besides, it can also regulate the inflammatory factors, protect the vascular endothelium.

[Key words] essential hypertension; yin deficiency and yang excess; Qingnao Jiangya tablet; IL-6; IL-8; hs-CRP

我国高血压防治目前呈现发病率高、致残率高和病死率高而且知晓率低、服药率低、控制率低的特点^[1]。降血压西药虽然疗效肯定,但其副作用也突出,如钙拮抗剂导致的便秘、恶心,肾素-血管紧张素系统(RAS)拮抗剂导致的咳嗽,高钾等在一定程度

[收稿日期] 20121023(573)

[通讯作者] *朱梅,副主任医师,从事心脑血管疾病的临床防治工作, Tel: 13133579000, E-mail: 860518967@qq.com

限定了其临床使用。中药有降压作用缓和、疗效巩固、改善各类症状等特点^[2]。笔者探讨了在西药治疗基础上加用清脑降压片对原发性高血压(阴虚阳亢)的临床疗效及对IL-6,IL-8,hs-CRP水平的影响。

1 临床资料

表1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s, n=62$)

组别	年龄/岁	性别		病程/年	高血压分级/例			危险分层/例		
		男/女			1级	2级	3级	低	中	高
治疗	45.4 ± 6.75	35/27		0.9 ± 0.67	15	27	20	21	24	17
对照	44.9 ± 6.97	34/28		1.0 ± 0.75	16	28	18	21	23	18

1.2 诊断标准 高血压诊断标准参照《中国高血压防治指南2010》^[3]制定:不同日3次测得收缩压(SBP) ≥ 140 mmHg和(或)舒张压(DBP) ≥ 90 mmHg。(1 mmHg = 0.133 kPa)。中医阴虚阳亢证照《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[4]制定:主证:眩晕、头痛、腰酸、膝软、五心烦热。次证:心悸、失眠、耳鸣、健忘,舌红少苔、脉弦细而数。

1.3 纳入标准 ①符合高血压诊断标准及阴虚阳亢证诊断标准;②危险度分层为低、中、高危者;③年龄30~75岁;④患者知情同意。

1.4 排除标准 ①危险分层为很高危者;②年龄 < 30岁或 > 75岁者;③严重心、肝、肾功能不全者;④合并精神病者;⑤继发性高血压者。

1.5 治疗方法 两组均给予基础治疗(非药物治疗,如戒烟、限酒、运动、低盐饮食、良好生活习惯等),对照组口服卡托普利(辅仁药业集团有限公司,批号400655),25 mg/次,3次/d。治疗组在此基础上加用清脑降压片(保定中药制药有限公司,批号1027004),5片/次,3次/d。疗程8周。

1.6 观察指标 ①血压水平测定 于治疗前,治疗4,8周分别测定患者血压水平,不同日3次取平均值。②阴虚阳亢证分级量化^[4]主证按程度记0,2,

1.1 一般资料 124例病例均来源于2011年1月-2012年4月本院门诊。随机分为治疗组和对照组各62例。两组的性别、年龄、病程、高血压分级及危险分层等资料比较,差异均无统计学意义,具有可比性,见表1。

4,6分,次证记0,1,2,3分。③采用酶联免疫吸附法(ELISA方法)测定血清中细胞炎性因子IL-6,IL-8浓度,试剂盒购于上海晶美生物工程公司;采用免疫比浊法测定血清hs-CRP水平。

1.7 疗效标准 血压疗效评定标准^[3] 显效:DBP下降 > 10 mmHg,并达到正常范围;或DBP虽未降至正常但已经下降 > 20 mmHg;有效:DBP下降 < 10 mmHg,但已达到正常范围;或DBP较前下降10~19 mmHg,但未达到正常范围;或SBP较前下降 > 30 mmHg;无效:未达到以上标准。

证候疗效标准^[3] 显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 ≥ 70%;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 ≥ 30%;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少 < 30%。

1.8 统计学处理 数据分析采用SPSS 17.0统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,等级资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不同时点血压水平比较 治疗4,8周两组SBP和DBP治疗前明显降低,治疗组低于对照组,差异显著($P < 0.05, P < 0.01$),见表2。

表2 两组治疗后不同时点血压水平比较($\bar{x} \pm s, n=62$)

组别	SBP			DBP		
	治疗前	疗后4周	疗后8周	治疗前	疗后4周	疗后8周
治疗	154.8 ± 15.2	142.9 ± 9.5 ¹⁾	124.6 ± 7.3 ²⁾	99.2 ± 10.1	93.2 ± 6.3 ¹⁾	85.7 ± 5.5 ²⁾
对照	155.2 ± 15.1	147.2 ± 10.4	131.9 ± 9.4	98.5 ± 10.5	95.7 ± 6.7	89.2 ± 6.2

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$ 。

2.2 两组治疗前后hs-CRP,IL-6,IL-8水平比较 治疗后两组hs-CRP,IL-6,IL-8均较治疗前明显降低,治疗组低于对照组($P < 0.01$),见表3。

2.3 两组证候疗效比较 治疗组证候疗效优于对照组($P < 0.01$),见表4。

2.4 两组降压疗效比较 治疗组血压控制疗效优

于对照组 ($P < 0.01$), 见表 5。

表 3 两组治疗前后 hs-CRP, IL-6, IL-8 水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 62$)

组别	时间	hs-CRP /mg·L ⁻¹	IL-6 /ng·L ⁻¹	IL-8 /ng·L ⁻¹
治疗	治疗前	8.12 ± 2.34	7.78 ± 2.24	258.4 ± 76.2
	治疗后	4.91 ± 1.77 ¹⁾	4.57 ± 1.49 ¹⁾	158.6 ± 66.9 ¹⁾
对照	治疗前	8.18 ± 2.37	7.69 ± 2.30	261.7 ± 80.3
	治疗后	5.87 ± 1.78	5.51 ± 1.47	211.5 ± 85.7

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ (表 4~5 同)。

表 4 两组证候疗效比较 ($n = 62$)

组别	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗	43	15	4	93.54 ¹⁾
对照	25	20	17	72.58

表 5 两组血压控制疗效比较 ($n = 62$)

组别	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗	40	18	4	93.54 ¹⁾
对照	27	22	13	79.03

3 讨论

据《中国高血压防治指南 2010》^[3], 全国目前大约有 1.6 亿人患有高血压病, 而对高血压的知晓率只有 30.2%, 治疗率只有 24.7%, 控制率只有 6.1%, 我国高血压病的防治工作任重道远。

现代中医研究高血压病在病因病机、治法方药等方面取得了许多进展, 中药治疗方法除了经方、验方、单方、中成药及还有针灸治疗、穴位贴敷治疗、药枕、足浴等多种疗法, 中药治疗在保护靶器官、延缓疾病发展、改善症状及患者生活质量等方面具有西药不可替代的优势与特色, 并且副作用少(小)、安全性高, 因此, 研究和开发利用中药有着越来越重要的意义^[5-6]。

通过大样本的回顾研究, 发现高血压患者组血清 CRP 水平高于血压正常组, 且与收缩压、舒张压水平平均相关^[7]。Vongpatanasin^[8] 等发现 CRP 导致了血管紧张素 II₂ 型受体下调, 后者对血管壁有直接作用。有学者认为血清 CRP 浓度是原发性高血压的独立危险因素^[9]。有研究表明血清 IL-6 水平与收缩压水平呈正相关, IL-6 是导致高血压急性期反应最重要的炎症因子, IL-6 还会加强血管紧张素的表达, 从而导致血管紧张素升高^[10-11]。IL-8 也是重要的炎症因子, 多个研究表明在原发性高血压

中明显升高^[12]。

本组资料显示, 清脑降压片配合西药降压药, 更能有效地控制患者的 SBP, DBP, 血压控制疗效明显优于单纯西医治疗; 清脑降压片改善高血压阴虚阳亢证的疗效也优于对照组; 清脑降压片能明显降低原发性高血患者血清 hs-CRP, IL-6, IL-8 水平, 提示清脑降压片可能通过控制炎症水平而减轻血管内皮损伤。

【参考文献】

[1] 郑冰元, 张立德. 中医针灸治疗高血压近况研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(5): 247.

[2] 黄晓瑾, 刘伟芳, 孙雅婷, 等. 具有抗高血压作用中药的规律探讨[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(1): 75.

[3] 刘力生. 中国高血压防治指南 2010[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中医药科技出版社, 2002: 73.

[5] 胡小勤, 曾学文, 唐亚平, 等. 补阳还五汤、天麻钩藤饮与高血压病气虚血瘀证、肝阳上亢证关联性研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(18): 203.

[6] 唐娜娜, 邹国辉, 刘中勇. 高血压病中医治疗方法研究进展[J]. 甘肃中医, 2008, 21(3): 12.

[7] 吴寿岭, 高竞生, 郝冰, 等. 血清高敏 C 反应蛋白浓度与高血压病的相关性研究[J]. 中华心血管病杂志, 2003, 31(12): 917.

[8] Vongpatanasin W, Thomas G D, Schwartz R, et al. C-reactive protein cause downregulation of vascular angiotensin subtype 2 receptors and systolic hypertension in mice [J]. Circulation, 2007, 115(8): 1020.

[9] Chul Sung K, Suh J Y, Kim B S, et al. High sensitivity c-reactive protein as an independent risk factor for essential hypertension [J]. Am J Hypertens, 2003, 16(7): 429.

[10] 付海霞, 张嘉莹, 赵子牛, 等. 白细胞介素-6 基因多态性及血清水平与原发性高血压的关系[J]. 第二军医大学学报, 2007, 29(18): 1797.

[11] 张玲玲, 刘兴德. 原发性高血压患者外周血白介素-6 基因表达及意义 [J]. 贵阳医学院学报, 2008, 33(6): 665.

[12] 安新, 王瑞海, 邹吉敏, 等. 原发高血压患者血清中 IL-6 与 IL-8 的检测及相关性分析 [J]. 河北医药, 2005, 27(4): 273.

[责任编辑 何伟]