

活血通络方联合阿卡波糖片治疗高血压合并高血糖 352 例

吕春

(连云港市康复医院, 江苏 连云港 222003)

[摘要] 目的:探讨活血通络方联合阿卡波糖片治疗高血压病合并高血糖的临床疗效。方法:根据 2007 年 ADA 推荐的糖尿病诊断标准选取 352 例病例并分为空腹血糖调节受损(IFG)190 例、糖耐量减低(IGT)120 例、空腹血糖受损合并糖耐量减低(IFG/IGT)42 例。所有病例均在降压基础上口服阿卡波糖片 50 mg/次, tid, 加服活血通络方水煎剂, 每日一剂分 2 次服, 6 个月为 1 个疗程。结果:各组采用联合治疗 6 个月后, IFG 组收缩压、舒张压、空腹血糖及 2 h PG 均有所下降, 与治疗前对比, 差异无统计学意义。IFG/IGT 组及 IGT 组治疗后收缩压、2 h PG 与治疗前对比, 差异显著($P < 0.05$), 而舒张压和空腹血糖虽有改善, 但与治疗前比无统计学差异。具有良好的药物安全性、耐受性。结论:活血通络方联合阿卡波糖片治疗高血压合并 IGF 以及高血压合并 IFG/IGT, 可降低患者收缩压和 24 h PG, 用于高血压合并高血糖患者的干预治疗。

[关键词] 糖尿病; 高血压; 阿卡波糖片; 活血通络方

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)16-0239-02

作为高血压治疗的理念, 降压是一个很重要的目标, 更重要的在降压的同时要预防靶器官的损害, 提高生存质量。所谓靶器官是指人体重要的心脏、肾、脑等器官。临床上常常发现高血压病人合并有糖代谢异常, 一定程度上加重了靶器官的损害。严重的会引起心血管并发症。糖尿病和高血压常联合加剧病情的发展。在高血压合并糖尿病患者中, 脑卒中发生率比正常人高 8 倍; 在糖尿病死亡原因中, 44% 与高血压有关; 糖尿病合并高血压患者发生糖尿病肾病的几率是糖尿病无高血压患者的 2 ~ 3 倍^[1]。我院于近 2 年来采用活血通络方联合阿卡波糖片治疗高血压合并糖代谢异常的高血压病例共 352 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据 2007 年 ADA 推荐的糖尿病诊断标准^[2], 选取本院 2008 至 2010 年间确诊为空腹血糖调节受损(IFG)、糖耐量减低(IGT)、空腹血糖受损合并糖耐量减低(IFG/IGT)者共 352 例。其中 IFG 组男 110 例, 女 80 例, 年龄 25 ~ 65 岁, 平均(52.65 ± 10.52)岁, 病程 1 ~ 16 年, 平均(3.92 ± 2.45)年。IGT 组 120 例, 男 64 例, 女 56 例, 年龄 25 ~ 65 岁, 平均(51.86 ± 10.70)岁, 病程 2 ~ 16 年, 平均(3.72 ± 2.86)年。IFG/IGT 组男 29 例, 女 13

例, 年龄 25 ~ 65 岁, 平均(52.05 ± 10.02)岁, 病程 2 ~ 16 年, 平均(3.82 ± 3.35)年。各组基线资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 治疗方法 所有病例均在服药前后测量血压、空腹血糖(FPG, 禁食 9 ~ 12 h)和 75 g 葡萄糖负荷后 2 h 静脉血浆葡萄糖(2 h PG)。血糖测定采用葡萄糖氧化酶法。所有病例降压方法基本维持原治疗方案, 同时口服阿卡波糖片(拜糖平, 拜耳医药保健有限公司, 批号 86900002000025) 50 mg/次, tid, 6 个月为 1 个疗程, 并给予生活方式干预治疗。活血通络方基本方:丹参 30 g, 葛根 20 g, 钩藤 30 g, 泽泻 60 g, 川芎 10 g, 川牛膝 20 g。加减:肝肾阴虚加枸杞子、沙苑子、蒺藜、白芍、黑芝麻; 肾虚加怀牛膝、仙茅、仙灵脾、桑寄生; 脾虚肝郁加党参、白术、茯苓、陈皮、木香、郁金、白芍; 心脾两虚加山药、白术、茯苓、枣仁、炙远志、当归; 痰湿壅盛加半夏、陈皮、茯苓、郁金、姜南星、炙远志。每日 1 剂, 水煎分 2 次服, 疗程 6 个月。

1.3 排除标准 年龄 18 岁以下或 65 岁以上者; 可经饮食及体育疗法控制者; 近 1 个月内有糖尿病酮症、酮症酸中毒及严重感染者; 肝脏病变者; 肾功能不全者; 患有严重心、脑、视网膜病变等并发症; 有精神异常或不配合治疗者; 合并其他原发性疾病者; 妊娠、哺乳妇女, 及对磺脲类药物不能耐受者。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 13.0 软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 治疗前后比较用配对 t 检验, 组间比较用方差分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

[收稿日期] 2011-01-17

[第一作者] 吕春, 副主任医师, 从事内科临床工作, Tel: 13064961877, E-mail: lv6869@126.com

2 结果

2.1 各组患者治疗前后血压、FPG、2 h PG 比较
IFG 组治疗后收缩压、舒张压、FPG 及 2 h PG 均有所下降,但与治疗前比无统计学差异。IFG/IGT 组及

IGT 组治疗后收缩压、2 h PG 与治疗前对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$),而舒张压和 FPG 虽有改善,但与治疗前比无统计学差异,见表 1。

表 1 各组患者治疗前后血压、FPG 和 2 h PG 比较($\bar{x} \pm s$)

分组	时间	n	血压/mmHg		FPG	2 h PG
			收缩压	舒张压	/mmol·L ⁻¹	/mmol·L ⁻¹
IFG	治疗前	190	134 ± 17	85 ± 9	6.30 ± 0.25	5.81 ± 1.18
	治疗后	190	133 ± 16	84 ± 9	6.27 ± 0.53	5.34 ± 1.12
IGT	治疗前	120	137 ± 21	84 ± 12	5.57 ± 0.45	8.00 ± 0.83
	治疗后	120	128 ± 19 ²⁾	86 ± 10	5.80 ± 0.53	7.50 ± 1.30 ²⁾
IFG/IGT	治疗前	42	138 ± 20	85 ± 11	6.37 ± 0.26	8.48 ± 0.91
	治疗后	42	131 ± 15 ¹⁾	83 ± 7	6.10 ± 0.32	7.80 ± 1.90 ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$, 1 mmHg = 0.133 kPa。

2.2 不良反应 各组在治疗期间均未发现低血糖反应、体重明显改变及其他明显不良反应。

3 讨论

对于高血压合并高血糖患者,降压与降糖要兼顾,糖尿病合并高血压的患者在治疗中应该联合用药,血压和血糖都可以得到很好的控制,减少并发症的发生。^[3]因此,高血压和糖尿病病人一定要提高警惕,及早发现自己血糖或血压的早期异常迹象。高血压患者应每年查 1 次血糖,发现血糖异常应及时进行治疗。另一方面,糖尿病患者也应该经常进行血压监测;当糖尿病病人血压 $\geq 130/80$ mmHg 时,就应及早服降压药治疗^[4];或者糖尿病病人虽然血压正常但尿中已发现蛋白尿时,也应及早服用降压药^[5-6]。研究表明,活血通络方联合阿卡波糖片治疗高血压合并 IGT 以及高血压合并 IGF/IGT 患者,可降低患者收缩压和 2 h PG,具有良好的安全性、耐受性,配合饮食生活良好控制,可以广泛用于高血压合并高血糖患者的干预治疗。

[参考文献]

- [1] Ratner R, Goldberg R, Haffner S, et al. Impact of intensive lifestyle and metformin therapy on cardiovascular disease risk factors in the diabetes prevention program [J]. Diabetes Care, 2005, 28: 888.
- [2] American diabetes association. Diagnosis and classification of diabetes [J]. Mellitus Diabetes Care, 2007, 30: 42.
- [3] Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention; follow-up of the finnish diabetes prevention study [J]. Lancet, 2006, 368: 1673.
- [4] 邹大进, 杨前勇. 糖尿病的诊治与进展糖尿病与临床各科的关系 [J]. 药学服务与研究, 2006, 6(1): 1.
- [5] 苗桂珍. 阿卡波糖治疗 2 型糖尿病疗效观察 [J]. 中国药师, 2005, 8(3): 231.
- [6] 周青. 治疗糖尿病药物的研究进展 [J]. 福建中医药, 2005, 36(5): 62.

[责任编辑 何伟]