

降压口服液治疗老年收缩期高血压 42 例临床观察

庄 宏* 周仪洁* 李秋艳* 闫小平*

摘要 以自行研制的降压口服液治疗老年收缩期高血压 42 例(治疗组),并与牛黄降压丸治疗 30 例(对照组)比较,两组患者均配合口服尼莫地平,连续用药 8 周,应用 24h 动态血压监测(ABPM)观察其疗效。结果表明,治疗组降压疗效为 83.3%,优于对照组 73.4%,组间比较差异有显著性($P<0.05$)。同时观察对左心室肥厚的影响,治疗组治疗前后左心室肥厚改善差异亦有显著性($P<0.05$)。

关键词 高血压/中医药疗法 @ 降压口服液

近年的研究表明,收缩期高血压与舒张期高血压两者均可导致心血管的并发症。老年收缩期高血压对左心室肥厚,心律失常,心力衰竭,脑卒中,肾功能不全均为重要的致病因素。为进一步探讨中医药对老年收缩期高血压的降压疗效及对左心室肥厚的影响,从 1995 年 10 月~1998 年 1 月,应用自行研制的降压口服液治疗老年收缩期高血压 42 例,并与牛黄降压丸治疗 30 例做对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:所有病例均符合老年收缩期高血压(OSH)的诊断标准(60 岁以上者收缩压(SBP) $\geq 21.4\text{kPa}$ (160mmHg),舒张压(DBP) $< 12.7\text{kPa}$ (95mmHg)^[1],中医诊断标准参照《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》^[2],选择以肝阳上亢为主证者纳入本观察,凡纳入本观察对象者,均为未服用降压药或停药降压药 1 周以上或服用降压药如心痛定、利尿剂等药,血压仍高于正常且符合 OSH 的诊断标准。

1.2 一般资料:所观察病例均为本院住院患者,共 72 例,随机分为两组:治疗组 42 例,男 28 例,女 14 例,年龄 60~69 岁,平均 65.5 岁,病程 1~14.5 年,平均 7.5 $\pm$ 4.5 年。对照组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 60~68 岁,平均 62 岁,病程 0.5~15 年,平均 9.1 $\pm$ 8.5 年。两组差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:治疗组给予降压口服液(主要由钩藤、夏枯草、决明子、川芎、泽泻等组成,由本院中药制剂室制成口服液,含生药 1.5g/ml),每次 20ml,每日 3 次口服,连续用药 8 周。对照组服用牛黄降压丸(由牛黄、羚羊角(水牛角代)、珍珠粉、冰片、郁金、白芍组成,含

生药 1.6g/丸,天津达仁堂生产),每次 1 丸,每日 3 次,连续用药 8 周。两组患者均配合尼莫地平片(天津中央制药厂生产,批准文号为 91 卫药准字 X-187-1 号),每次 20mg,每日 3 次,两组中合并冠心病心绞痛者,同时服用消心痛,每次 10mg,每日 3 次。

2.2 观察方法:全部患者治疗前后行 24h 动态血压监测(ABPM),使用美国 Carelab900 无创性携带式袖带法监测血压,白天(06:00~22:00)间隔 30min,夜间(22:00~06:00)间隔 60min,自动充气测压。监测期间坚持正常生活起居。采用美国 Acuson 128xp/10 型彩色多普勒显象仪进行超声心动图检查(UCG),测量室间隔厚度(IVST)、左室舒张末期内径(LVIDd)及左室后壁厚度(PWT);采用 Devereux 公式计算出左室重量(LVM)。为排除体表面积影响,计算心肌重量指数(LVMI),如男 $>125\text{g}/\text{m}^2$,女 $>120\text{g}/\text{m}^2$,可确诊为左心室肥厚^[3]。

2.3 统计学方法:统计学处理采用 χ^2 检验和 t 检验。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:见参考文献[2]。

3.2 两组症状疗效比较:治疗组 42 例,显效 22 例(52.4%),有效 11 例(26.2%),无效 9 例(21.4%),总有效率 78.5%。对照组 30 例,显效 9 例(30%),有效 13 例(43.3%),无效 8 例(26.7%),总有效率 73.3%,两组总有效率比较,差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组降压疗效比较:治疗组 42 例,显效 21 例(50%),有效 14 例(33.3%),无效 7 例(16.7%),总有效率 83.3%。对照组 30 例,显效 8 例(26.7%),有效 14 例(46.7%),无效 8 例(26.6%),总有效率 73.4%,两组显效率比较,差异有显著性($P<0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后昼夜收缩压测定结果比较:附表示,两组治疗前后分别做收缩压自身比较,差异有显著性($P<0.01$),说明两药均有降低收缩压的作用。白天收缩压、血压负荷两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.5 对左心室肥厚的影响:治疗组 42 例中有 29 例合并左心室肥厚,其中 13 例治疗 8 周后 IVST、PWT 及 LVIDd 分别由治疗前的 12.40 $\pm$ 1.50mm、11.20 $\pm$ 0.86mm、46.40 $\pm$ 3.17mm 降至 10.60 $\pm$ 1.40mm、9.90 $\pm$ 0.91mm、45.30 $\pm$ 3.20mm,差异有显著性(P

* 中国中医研究院西苑医院,北京海淀区西苑(100091)

收稿日期:2001-05-30;修回日期:2001-12-07

附表 两组患者治疗前后收缩压测定结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	24h 平均收缩压	白天收缩压(mmHg)	夜间收缩压(mmHg)	血压负荷(%)	
治疗组	疗前	12	148.5±6.2	159.4±8.7	131.2±10.2	50.6±27.6
	疗后	12	138.2±5.7*	147.9±8.5*△	120.4±9.6*	21.3±17.8*△
对照组	疗前	30	147.7±15.1	158.8±7.3	128.8±4.7	49.8±15.2
	疗后	30	140.1±7.9*	151.7±5.1*	121.2±5.5*	31.1±19.7*

* 与同组治疗前比较, $P < 0.01$; Δ 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

均 <0.05), 对照组未观察左心室肥厚指标。

4 讨论

收缩期高血压在老年人多见。刘力生报道 390 例老年高血压, 混合型高血压占 55%, 而老年收缩期高血压占 45%^[1]。收缩期高血压不仅对靶器官损害严重, 而且加速动脉粥样硬化或增加动脉硬化的易感性, 增加脑卒中, 心肌梗塞, 心力衰竭, 肾功能不全的危险性, 可见老年收缩期高血压的危害并不亚于舒张期及混合型高血压。

老年收缩期高血压, 临床最常见的症状眩晕、头痛、面红耳赤、急躁易怒等属中医学“眩晕”、“头痛”范围。传统治疗多以平肝潜阳、滋补肝肾为多。而近年来, 活血化瘀、温阳利水已被现代医学所证实有利于逆转高血压血管重塑, 并能扩张毛细血管, 解除小动脉痉挛, 降低血液粘稠度, 改善微循环, 同时发现有抑制血管紧张素转换系统作用^[5]。有些活血化瘀药物能促进受损心肌的恢复, 使心肌分泌致肥厚因子减少, 从而达到延缓和逆转心室肥厚的功效^[6]。

本研究在传统平肝潜阳的基础上并用活血利水药, 旨在有效控制血压水平, 最大限度减少和延缓靶器官的损害。观察中发现本方对老年收缩期高血压有较好疗效, 对部分左心室肥厚有一定改善作用。

本方中钩藤性甘、凉, 入肝经, 息风定惊, 为君药, 重用该药以平潜上浮之肝阳肝火, 清肝经之热。夏枯草、决明子二药辛、苦、寒, 入肝经, 清火明目为臣药; 夏

枯草又兼利尿消肿, 决明子润肠通便, 使肝经湿热, 燥邪郁火由二便而泄, 二药与君药相配, 君臣相佐, 上潜下泄, 以助平肝清火潜阳之功。川芎为佐药。肝阳上亢之头痛多挟瘀和风火, 瘀血与风火相挟, 头痛必剧, 丹溪曰“头痛须用川芎”。川芎集活血行气于一身, 祛瘀通络, 行气则血行, 血气通而痛则消。泽泻甘寒, 利小便, 清湿热, 消肿胀为使药。诸药相合, 平潜上浮之肝阳, 清泻郁火, 行通经络瘀血, 清利水饮湿热。

本方治疗 8 周后, 能持续有效降低 24h 血压而不影响其昼夜节律, 对心率亦无明显影响。

在观察中两组均合并用尼莫地平。该药为 1,4-二氢吡啶类钙拮抗剂, 可选择性扩张脑血管, 改善微循环, 在适宜剂量下虽不影响外周血管, 但与本方配合, 对降压可能起到了协同作用。

参考文献

- 1 刘力生, 龚兰生, 孔华宇. 临床高血压病学. 天津: 天津科学技术出版社, 1990: 186-188.
- 2 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第一辑. 1993: 28-31.
- 3 张维忠, 邱惠丽, 范明昌, 等. 高血压左室肥厚的诊断 附 5437 例超声心动图资料分析. 中国高血压杂志, 1993, (1): 5.
- 4 赵连友. 专题笔谈老年收缩期高血压. 中华老年医学杂志, 1995, 14(1): 57-58.
- 5 王达平, 高志瑞, 胡源. 水蛭土元粉治疗高血压病 32 例观察. 中国中西医结合杂志, 1993, 13(1): 38-39.
- 6 王鹏, 鞠文翰, 魏新军. 珍珠降压胶囊治疗高血压病临床研究. 山东中医药大学学报, 1999, 5(5): 37.

(上接第 183 页)

除病邪, 恢复疾病。

现代医学对于本病的治疗, 关键在于强固胃粘膜屏障和防止胆汁反流^[5]。因此, 本研究配以吗叮啉促进胃肠蠕动, 加速胃排空, 协调幽门收缩, 减少胆汁反流; 雷尼替丁抑制胃酸形成, 保护胃粘膜; 庆大霉素抗菌消炎。从本研究显示, 观察组及穴注组未见明显副反应, 西药治疗本病除存在一定的副反应外, 其复发率较高。中西医结合能够互补长短, 缩短疗程, 增强疗效, 减少副反应及降低复发率。因此, 继续探讨中西医结合治疗本病仍应列为今后的研究重点。

参考文献

- 1 贝政平. 3200 个内科疾病诊断标准. 北京: 科学出版社, 1998: 226-227.
- 2 周建中, 陈泽民, 危北海. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案). 中西医结合杂志, 1990, 10(5): 318-319.
- 3 陈有流. 蒿芩清胆汤治疗胆汁反流性胃炎 80 例. 天津中医, 1994, 11(6): 22-23.
- 4 陈民泽. 治疗 25 例碱性反流性胃炎疗效观察. 湖北中医杂志, 1993, 15(1): 34-35.
- 5 吕文亮, 万晓刚, 郑晓瑛, 等. 脾胃病证治精要. 北京: 科学技术文献出版社, 1999: 251.