

中西医结合治疗高血压临床疗效体会

赵兴华

(乌兰察布市第三医院 内蒙古乌兰察布市集宁区 012000)

摘要:目的: 分析比较中西医结合及单纯西医疗法治疗高血压的治疗效果, 为科学选择治疗高血压的方式提供理论依据。方法: 选取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月在本院确诊并进行治疗的 200 名高血压患者作为研究对象, 将 200 名患者分为实验组和对照组, 每组 100 名患者, 对照组采用单纯西医治疗, 实验组在对照组基础上加用中医治疗。比较治疗开始前以及治疗开始后 14 天、28 天、42 天、56 天时患者的血压, 同时观察有无治疗并发症。结果: 实验组总有效率为 96.00%, 对照组仅为 78.00%, 两组有效率比较差异具有统计学意义 ($X^2=7.160, P<0.05$); 在治疗前及在治疗 14 天时, 两组研究对象的收缩压比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 但是在治疗开始后 28 天、42 天及 56 天的时候, 两组研究对象的收缩压比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗前及在治疗 14 天时, 两组研究对象的舒张压比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 但是在治疗开始后 28 天、42 天及 56 天的时候, 两组研究对象的舒张压比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 两组研究对象在治疗过程中均未发生严重并发症。结论: 采用中西医结合的方式治疗高血压能够取得比单纯的西医疗法更加满意的治疗效果, 可以进一步推广使用。
关键词: 高血压病; 中西医结合; 治疗效果分析

引言

李格等 [1] 认为, 高血压早期实证多见, 多为肝阳上亢; 中期虚实夹杂, 多为肝肾阴虚、阴阳失衡。张发荣 [2] 认为, 肝火亢盛以 I 级及 II 级高血压多见, 阴虚阳亢和痰湿壅盛以 III 级高血压多见, 痰瘀阻络后期以虚为主。高血压主要是指患者在安静状态下收缩压或者舒张压依然 $\geq 140/90$ mm Hg, 高血压是一种严重危害人类健康的慢性疾病, 如果患者血压长期得不到有效控制, 疾病就会累及心、脑、肾、视网膜等器官, 引起这些器官功能或者性质的改变, 同时高血压还会伴有脂肪与糖代谢紊乱, 高血压能够增加心血管疾病的发生率以及增加患者死亡率, 因此必须要严格控制好血压, 以防其他严重并发症的发生, 从而导致患者失去生命[3-4]。近年来, 社会不断进步, 经济不断发展, 人们的生活节奏日益加快, 工作压力逐渐加大, 身体肥胖的人数也逐渐增多, 因此高血压的发病率呈逐年上升趋势[5]。有研究显示[6], 未来 10 年, 全球高血压的患病人数将突破 15 亿。据不完全统计, 我国目前的高血压患病人数在 1 亿以上, 在 2009 年统计时, 高血压人群已经达到 1.7 亿左右, 并且还在以每年 300 万的速度增加能够良好控制血压的高血压患者不足高血压患者总人数的 70% 左右[7]。因此, 如何有效控制高血压患者的血压, 是当今世界医学界面临的困境, 是当前医学研究的重点及难点。目前治疗高血压的方式及药物均种类繁多, 但是尚无特效的治疗方式及治疗药物, 有单一的治疗方式, 也有联合的治疗方式, 有单一的药物治疗, 也有多种药物联合治疗, 有单纯的中医或者西医治疗, 也有中西医结合的治疗方式。为了明确中医及中西医结合治疗高血压的治疗效果, 本研究进行了对比研究分析, 现将研究结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月在本院确诊并进行治疗的 200 名高血压患者作为研究对象, 所有患者均符合《中国高血压防治指南》中有关高血压的相关诊断标准[8], 患者在安静状态下收缩压或者舒张压依然 $\geq 140/90$ mm Hg。按照随机数字的原则, 将 200 名患者分为实验组和对照组, 每组 100 名患者。其中实验组男性患者 62 例, 女性患者 38 例, 年龄 38~75 岁, 平均 (49.6 \pm 3.5) 岁, 病程 8~21 年, 平均 (9.7 \pm 2.5) 年, 单纯收缩压升高的患者 38 例, 单纯舒张压升高的患者 42 例, 同时升高的患者 20 例; 对照组男性患者 60 例, 女性患者 40 例, 年龄 37~76 岁, 平均 (51.2 \pm 2.9) 岁, 病程 7~22 年, 平均 (10.1 \pm 3.1) 年, 单纯收缩压升高的患者 36 例, 单纯舒张压升高的患者 44 例, 同时升高的患者 20 例; 所有参与研究的患者均知情同意后开展研究, 且本研究结果经医院伦理委员会研究同意。两组研究对象性别、年龄、病程和高血压类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 可以进行统计学对比研究分析。

1.2 研究方法

1.2.1 治疗方法 纳入对照组的患者进行单纯西医的治疗方法, 给予口服依那普利 (浙江海正药业, 10mg/粒, 10mg/d); 硝苯地平 (青岛黄海制药, 20mg/片, 20mg/d), 两药均早晚各服一次, 与此同时, 指导患者进行合理的饮食及体育锻炼, 以治疗开始后 14 天、28 天、42 天、56 天时患者的血压作为一个观察节点。实验组的研究对象在对照组西医治疗的基础上再给予中医治疗, 加用健脾平肝降浊汤治疗, 方剂组成: 陈皮 15g, 姜半夏 10g, 茯苓 10g, 炙甘草 15g, 枳实 10g, 竹茹 15g, 石决明 25g, 夏枯草 10, 泽泻 10g, 白术 10g, 天麻 15g, 水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次口服。同时给予患者按摩及针灸, 针灸或按摩涌泉、内关、曲池穴等。每日一次。以治疗开始后 14 天、28 天、42 天、56 天时患者的

血压作为一个观察节点。

1.2.2 观察指标 治疗开始时采用水银血压计为患者测量血压, 连续测量 3 次, 取其平均值作为治疗前血压, 记录备用; 在治疗开始后 14 天、28 天、42 天、56 天用同一个水银血压计为患者测量血压, 连续测量 3 次, 记录其平均值, 记录备用。同时观察两组患者在治疗过程中有无发生并发症。

1.2.3 疗效评价标准 舒张压下降 ≥ 10 mm Hg 且舒张压 ≤ 90 mmHg 或收缩压下降 ≥ 20 mmHg 评价为显效; 舒张压下降幅度 ≤ 10 mmHg 但舒张压 ≤ 90 mmHg 或收缩压 ≤ 20 mmHg 评价为有效; 没有任何治疗效果视为无效。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ [9]。

1.3 统计分析方法 采用 SPSS 16.0 进行统计分析, 计数资料采用 X^2 分析, 计量资料采用 t 检验, 以 $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组研究对象治疗效果比较 实验组总有效率为 96.00%, 对照组仅为 78.00%, 两组有效率比较差异具有统计学意义 ($X^2=7.160, P<0.05$); 具体比较见表 1。

表 1 治疗效果比较[n, %]

组别	病例数	显效	有效	无效	总有效
实验组	100	90 (90.00)	6 (6.00)	4 (4.00)	96 (96.00)
对照组	100	50 (50.00)	34 (34.00)	22 (22.00)	78 (78.00)
X^2		19.050	12.250	7.160	7.160
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 治疗前后收缩压和舒张压比较[$\bar{x} \pm s$]

时间	收缩压		t	P	舒张压		t	P
	实验组	对照组			实验组	对照组		
治疗前	153.2 \pm 235	152.6 \pm 27.2	0.257	<0.05	94.8 \pm 11.2	95.2 \pm 10.5	0.057	<0.05
	143.6 \pm 31.2	144.6 \pm 33.5			87.4 \pm 9.8	87.8 \pm 8.5		
治疗后 14 天	133.1 \pm 15.8	138.7 \pm 17.2	3.254	<0.05	80.4 \pm 7.8	87.2 \pm 8.2	3.587	<0.05
	132.5 \pm 22.5	137.5 \pm 19.2			80.2 \pm 8.6	85.3 \pm 9.1		
治疗后 28 天	130.2 \pm 28.1	134.3 \pm 11.7	4.214	<0.05	79.5 \pm 5.3	85.6 \pm 6.2	4.682	<0.05
	132.5 \pm 22.5	137.5 \pm 19.2			80.2 \pm 8.6	85.3 \pm 9.1		

2.2 治疗前后收缩压和舒张压比较 在治疗前及在治疗 14 天时, 两组研究对象的收缩压比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 但是在治疗开始后 28 天、42 天及 56 天的时候, 两组研究对象的收缩压比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗前及在治疗 14 天时, 两组研究对象的舒张压比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 但是在治疗开始后 28 天、42 天及 56 天的时候, 两组研究对象的舒张压比较差异有统计学意义 ($P<0.05$) 具体比较见表 2。

2.3 并发症 两组研究对象在治疗过程中均未发生严重并发症。

3 讨论

随着我国经济和社会的发展, 罹患高血压的人群越来越广泛, 患者人数逐年上升, 高血压主要引起心脑血管疾病。国内外大量研究表明, 高血压的危害性与其变异性成正比, 变异性越严重, 危害越大[9-11]。患者的血压容易受到外界的刺激而出现变异, 比如环境因素、行为因素、体液因素等, 刺激越强烈, 血压的波动越大。目前, 对高血压的西医疗

疗原则为控制血压在正常范围内的同时,更要注重对心血管疾病的其他危险因素和心、肾、脑靶器官的损伤,以及其他相关疾病的管理。对于不同的高血压患者,要给予更加合适的治疗方案,根据患者的病情,制度个性化的治疗方案。虽然西医的降压效果可能更为明显,但是对于靶器官的伤害,可能更加严重,如血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)具有逆转心肌肥厚效应,但其降压效果波动大,对老年患者的影响广、不良反应较多,长期用药还可能影响患者性功能,因此,严重影响患者生活质量[12]。杨永和[13]等专家的研究发现,长期服用高血压药物的患者,其生活质量可能并未得到明显改善,甚至还出现不如未服药的患者。

高血压为中老年常见慢性疾病,中医学上尚无老年高血压确切病名,但根据该病临床症状及病程转归特点可将其归于“头痛”“肝阳”“眩晕”等病范畴。祖国医学研究者认为高血压与阴阳气血失调、气机升降失调有关,同时与肝、肾、脾胃等器官有紧密联系,该病本虚标实,气血亏虚、肝肾阴虚、肾精亏虚、禀赋不足为其本虚,七情过度、劳逸失衡、饮食不节、痰浊内阻、痰火气逆为其标实,其病位在脾、肾、肝三脏,肾阴亏虚则水不涵木,脾失健运则痰浊内蕴,肝阳上亢则气血失调,痰火气逆,上扰清窍,造成眩晕,痰湿、阳亢、血瘀均为眩晕发病的重要机理。采用中药治疗高血压还有以下优点:改善症状效果十分明显,能有效提高患者的生活质量;降压作用缓和,稳定血压效果好,对早期、老年轻度高血压或配合西药治疗较重的高血压病,均可防止或缓和血压较大的波动;副作用少,且能减轻或消除西药的副作用;中医中药在对某些受损器官的逆转以及并发症的防治方面也有一定作用。

本研究发现,实验组总有效率为96.00%,对照组仅为78.00%,两组有效率比较差异具有统计学意义($X^2=7.160, P<0.05$);在开始治疗14天以后,实验组患者的血压改善情况明显要优于对照组患者,说明采用中后中西医结合的方式治疗高血压可以比单纯的西医疗法取得更加满意的治疗效果,可以进一步推广使用。

参考文献:

- [1]李榕,史载祥.中西医结合治疗高血压的临床思路和经验[J].中西医结合心脑血管杂志,2016,4(3):235-237.
- [2]张荣发.高血压气虚血瘀型特征探析——附35例临床资料[J].江苏中医,2017,(9).
- [3]丁晓,方祝元.中药干预高血压相关炎症因子水平的实验研究进展[J].湖北中医药大学学报,2018,15(2):70-72.
- [4]童建霞,刘宇,刘金凤,等.刘如秀教授并调肝肾治疗眩晕经验撷萃[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,12(5):637-638.
- [5]刘茜.顽固性高血压的诊断和治疗[J].心血管病学进展,2017,36(6):713-717.
- [6]张克清,李庆玉,贾海莲,等.中药治疗原发性高血压临床研究[J].中医学报,2019,26(10):1226-1228.
- [7]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2019:59.
- [8]王艳霞,张艳,柳士博,等.高血压病眩晕的中医病机及治法[J].长春中医药大学学报,2019,30(5):847-849.
- [9]陈灏珠主编.实用内科学(第十三版)[M].北京:北京人民出版社,2019,9:1486-1488.
- [10]王健.中西医结合治疗更年期高血压的疗效观察[J].吉林医学,2018,34(29):6062-6063.
- [11]张树关.中医利水法配合治疗高血压的临床分析[J].贵阳中医学院学报,2019,34(6):124-125.
- [12]程广书.高血压病中西医结合诊疗方案治疗高血压75例[J].中医研究,2019,25(3):15-17.
- [13]杨永和.中西医结合治疗高血压病60例临床疗效观察[J].2018,36(2):18-19.