

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.04.010

# 益气活血法治疗气虚血瘀型高血压的临床观察<sup>\*</sup>

吴瑞华<sup>1,2</sup> 郑文辉<sup>1,2</sup> 刘雪娜<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>漳州市中医院心血管科,福建漳州 363000

<sup>2</sup>中医心病科学流派传承工作室,福建漳州 363000

**关键词** 气虚血瘀;高血压;益气活血法;血同型半胱氨酸

**中图分类号** R544.1 **文献标识码** A

高血压是临床高发疾病,是中国人发生心血管事件的首要危险因素。2017 年一项基于人口的筛查研究<sup>[1]</sup>数据揭示,年龄标准化和性别标准化的高血压患病率、知晓率、治疗率和控制率分别为 37.2%、36.0%、22.9% 和 5.7%,高血压治疗现状仍令人堪忧。目前对高血压防控策略从“量”转变为“质”,血压很重要,但降压不是最终目的,保护靶器官显得更为重要。中医疗法强调多靶点整合作用,在预防并发症、增强慢病治疗效果中具有较高的应用价值。本科室作为福建省中医重点专科,经过数十载临证总结发现,气虚血瘀证是高血压最常见的中医证型,虚和瘀是治疗重点。临床研究<sup>[2]</sup>表明,采用益气活血法治疗气虚血瘀型高血压可取得良好的临床疗效。基于此,科室自拟益气活血方,自制益气安神药枕,用于气虚血瘀型高血压的临床治疗,现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2018 年 9 月—2019 年 5 月本院收治的高血压病患者 90 例,按照随机数字表法,分为治疗组 I、治疗组 II 及对照组,每组 30 例。对照组,其中男 15 例,女 15 例;年龄(62.33±3.85),年龄范围为 58~67 岁;病程(10.86±0.32)年,病程范围为 10~12 年。治疗组 I,其中男 17 例,女 13 例;年龄(61.33±5.96),年龄范围为 55~68 岁;病程(10.72±0.62)年,病程范围为 10~12 年。治疗组 II,其中男 16 例,女 14 例;年龄(62.56±4.48),年龄范围为 57~68 岁;病程(10.76±0.69)年,病程范围为 10~12 年。3 组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合《中国高血压防治指南 2018 年修

订版》<sup>[3]</sup>中 2 级、3 级高血压的诊断标准;符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>中气虚血瘀证相关的辨证标准;患者自愿参与本研究,签署知情同意书,并经过本院伦理委员会批准。

排除标准:合并有心、肝、肾或神经系统、血液系统严重原发疾病;对研究药物过敏者;继发性高血压患者。

### 1.3 治疗方法

对照组患者予以苯磺酸氨氯地平片(辉瑞制药有限公司,国药准字 H10950224)晨起后口服,5 mg/次,1 次/d;联合缬沙坦胶囊(北京诺华制药有限公司,国药准字 H20040217)晨起后口服,80 mg/次,1 次/d。若降压效果欠佳,必要时可联合  $\beta$  受体阻滞剂和/或利尿剂治疗。

治疗组 I 患者在对照组治疗基础上,予以益气活血方,方药组成为黄芪 15 g、党参 15 g、丹参 10 g、川芎 10 g、赤芍 10 g、三七 3 g、山楂 10 g、五加皮 10 g;由本院煎药房采用煎药机煎制,1 剂/d,分别于早晚餐后 30 min 温服。

治疗组 II 患者在治疗组 I 基础上,予以益气安神药枕,方药组成为黄芪 15 g、白术 10 g、决明子 10 g、檀香 3 g、菊花 10 g、川芎 6 g、茉莉花 5 g、蚕砂 10 g;上述药物混合、烘干、粉碎后,过 80 目筛,将药材粉末分装成 50 g/袋,放入枕芯,套上枕套,使用中保持药枕干燥及整洁。3 组患者疗程均为 12 周。

### 1.4 观察指标及疗效评定标准

参照文献<sup>[4]</sup>,制定血压疗效判定标准:显效 舒张压下降 10 mmHg 以上并达到正常范围,或未降至正常但已下降 20 mmHg 及以上;有效 舒张压下降虽未达到 10 mmHg,但已达到正常范围,或较前下降 10~19 mmHg 但未达到正常范围,或收缩压较治疗前下降 30 mmHg 以上,血压下降须具备其中 1 项;无效 血压下降未达到以上标准。

<sup>\*</sup> 福建省卫生计生科研人才培养项目青年科研课题(No. 2018245)

参考文献[4],制定证候疗效判定标准:显效 原有症状完全消失或显著减轻;有效 原有症状有所好转或减轻;无效 临床症状无改善。临床治疗总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

比较 3 组患者治疗前后清晨血压、血同型半胱氨酸及中医证候积分变化。主症为眩晕、头痛,根据症状的无、轻、中、重度,分别计 0、2、4、6 分。次症为气短、乏力、心悸、失眠,根据症状的无、轻、中、重度,分别计 0、1、2、3 分。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对  $t$  检验,组间比较采用方差分析;计数资料以率(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 降压疗效比较

治疗后,3 组患者降压疗效比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 3 组患者降压疗效比较( $n=30$ ,例,%)

| 组别     | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率     |
|--------|----|----|----|----------|
| 对照组    | 3  | 22 | 5  | 25(83.3) |
| 治疗组 I  | 6  | 20 | 4  | 26(86.7) |
| 治疗组 II | 10 | 18 | 2  | 28(93.3) |

2.2 证候疗效比较

治疗后,治疗组 II 的证候疗效明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 3 组患者证候疗效比较( $n=30$ ,例,%)

| 组别     | 有效 | 显效 | 无效 | 总有效率                  |
|--------|----|----|----|-----------------------|
| 对照组    | 17 | 0  | 13 | 17(56.7)              |
| 治疗组 I  | 17 | 6  | 7  | 23(76.7)              |
| 治疗组 II | 19 | 10 | 1  | 29(96.7) <sup>△</sup> |

与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

2.3 中医证候积分比较

治疗前,3 组患者中医证候积分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,治疗组 I 及治疗组 II 中医证候积分均较治疗前显著降低( $P < 0.05$ );治疗组 I 除失眠症状外、治疗组 II 除心悸症状外,中医证候积分均显著低于对照组( $P < 0.05$ );治疗组 II 除心悸、失眠症状外,中医证候积分均显著低于治疗组 I ( $P < 0.05$ )。见表 3。

2.4 清晨血压及血同型半胱氨酸水平比较

治疗前,3 组患者清晨血压及血同型半胱氨酸水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,3 组患者清晨血压及血同型半胱氨酸水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ );治疗组 I 收缩压、治疗组 II 清晨血压及血同型半胱氨酸水平均显著低于对照组( $P < 0.05$ );治疗组 II 清晨血压显著低于治疗组 I ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 3 3 组患者中医证候积分比较( $n=30$ ,分, $\bar{x} \pm s$ )

| 组别     | 时间  | 头晕                       | 头痛                       | 气短                       | 乏力                       | 心悸                      | 失眠                      |
|--------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 对照组    | 治疗前 | 5.22±0.47                | 5.69±0.27                | 2.85±0.49                | 2.81±0.28                | 2.66±0.21               | 2.76±0.88               |
|        | 治疗后 | 5.16±0.67                | 5.68±0.35                | 2.81±0.13                | 2.76±0.17                | 2.63±0.23               | 2.67±0.11               |
| 治疗组 I  | 治疗前 | 5.28±0.31                | 5.57±0.33                | 2.76±0.24                | 2.75±0.18                | 2.69±0.33               | 2.71±0.18               |
|        | 治疗后 | 4.03±0.80 <sup>*△</sup>  | 5.06±0.21 <sup>*△</sup>  | 2.03±0.17 <sup>*△</sup>  | 2.16±0.20 <sup>*△</sup>  | 2.46±0.17 <sup>*△</sup> | 2.44±0.66 <sup>*</sup>  |
| 治疗组 II | 治疗前 | 5.29±0.31                | 5.55±0.58                | 2.75±0.63                | 2.73±0.93                | 2.70±0.09               | 2.71±0.79               |
|        | 治疗后 | 3.33±0.56 <sup>*△▲</sup> | 4.24±0.34 <sup>*△▲</sup> | 1.81±0.14 <sup>*△▲</sup> | 1.99±0.23 <sup>*△▲</sup> | 2.44±0.54 <sup>*</sup>  | 2.40±0.27 <sup>*△</sup> |

与治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与治疗组 I 比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$

表 4 3 组患者清晨血压及血同型半胱氨酸水平比较( $n=30$ )

| 组别     | 时间  | 收缩压(mmHg)                  | 舒张压(mmHg)                 | 血同型半胱氨酸( $\mu\text{mol/L}$ ) |
|--------|-----|----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 对照组    | 治疗前 | 135.39±0.59                | 85.47±8.29                | 16.42±2.58                   |
|        | 治疗后 | 129.08±3.89 <sup>*</sup>   | 70.27±4.07 <sup>*</sup>   | 9.63±4.02 <sup>*</sup>       |
| 治疗组 I  | 治疗前 | 135.18±1.31                | 85.63±7.89                | 17.56±2.80                   |
|        | 治疗后 | 125.88±4.44 <sup>*△</sup>  | 69.34±2.85 <sup>*</sup>   | 7.98±5.24 <sup>*</sup>       |
| 治疗组 II | 治疗前 | 134.99±1.15                | 85.56±8.04                | 17.57±2.38                   |
|        | 治疗后 | 120.26±2.68 <sup>*△▲</sup> | 64.49±3.26 <sup>*△▲</sup> | 7.12±3.07 <sup>*△</sup>      |

与治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与治疗组 I 比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$

### 3 讨论

根据本病临床表现,将其归于中医学“眩晕”范畴。眩晕以虚证居多,明代张景岳提出“无虚不作眩,眩晕虚者居其八九”;气虚推动无力,血行迟缓而致血瘀,故气虚常导致血瘀,明代虞抟提出“血瘀致眩”。本科室作为福建省中医重点专科,高血压诊治颇多,在前人对眩晕“虚与瘀”病因病机认识基础上,经过多年临证积累,总结出气虚血瘀证是高血压最常见的中医证型,并确立益气活血之法。本研究拟定益气活血方,全方重用补气之品,气行则血行,佐以活血化瘀药物,活血而不伤正,周身之气通则血不滞,清窍清明,诸证得缓。益气安神药枕方中挥发性药物通过口鼻吸入或透过皮肤吸收,作用于人体,循行督脉,有助于经络气血正常流通,促使机体阴平阳秘,从而使血压平稳控制。

本项研究结果显示,3 组患者降压疗效比较,差异无统计学意义;治疗组 II 的证候疗效明显高于对照组,治疗组 I 除失眠症状外、治疗组 II 除心悸症状外,中医证候积分均显著低于对照组。究其原因,可能为西药主要是通过扩张血管、降低外周阻力、改善血液黏度等来降低血压,降压效果确切;而中医注重整体观,降压疗效虽未显著提高,但中医证候积分降低更加明显,证候疗效提高更加显著。

清晨高血压与动脉粥样硬化、左心室肥厚、肾功能损伤等靶器官损害相关,且可显著增加心脑血管事件风险,是卒中最强独立预测因子,清晨血压增高 10 mmHg,相对风险(RR)为 1.44<sup>[5]</sup>。本项研究结果显示,3 组患者清晨血压均较治疗前明显降低,治疗组 I 收缩压、治疗组 II 清晨血压均显著低于对照组,且治疗组 II 清晨血压显著低于治疗组 I。表明益气活血法可显著降低清晨血压,且益气活血方联合益气安神药枕具有更好的临床疗效。

在我国,75%原发性高血压患者伴有高同型半胱氨酸血症。当高血压患者血同型半胱氨酸水平超过 10 μmol/L 称为 H 型高血压。高血压与高同型半胱氨酸血症互为因果,增加心脑血管疾病的风险。血同型半胱氨酸已成为心脑血管疾病的危险因素

及预测指标<sup>[6]</sup>。本研究结果提示,3 组患者治疗后血同型半胱氨酸均有不同程度降低,且治疗组 I、治疗组 II 显著低于对照组。

高血压与失眠互为因果,相互影响。睡眠障碍是老年单纯收缩期高血压的主要危险因素,同时高血压也是导致失眠的重要原因之一,故在高血压的防治中应关注患者睡眠质量。本课题研究结果提示,在改善失眠中医证候积分方面,治疗组 I 与对照组相比,差异无统计学意义;治疗组 II 与对照组相比,却有显著差异。这可能是因为益气活血方与益气安神药枕均可起到养血安神之效,单纯中药汤剂治疗作用较为单一,联合治疗可发挥协同作用,更好地改善患者失眠症状,这也是其更平稳控制清晨血压的原因之一。

综上所述,采用益气活血法治疗气虚血瘀型高血压患者,能够更好地平稳清晨血压,改善中医症状,增强治疗效果。

### 参 考 文 献

- [1] Lu JP, Lu Y, Wang XC, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 1.7 million adults in a population-based screening study (China PEACE million persons project) [J]. Lancet, 2017, 390(10112): 2549-2558.
- [2] 宇汝翠, 陆智慧. 自拟益气活血方治疗老年 H 型高血压气虚血瘀证的临床研究 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(28): 109-112.
- [3] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南 2018 年修订版 [J]. 心脑血管病防治, 2019, 19(1): 1-44.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 74-77.
- [5] Kario K, Ishikawa J, Pickering TG, et al. Morning hypertension: the strongest independent risk factor for stroke in elderly hypertensive patients [J]. Hypertens Res, 2006, 29(8): 581-587.
- [6] Thom T, Haase N, Rosamond W, et al. Heart disease and stroke statistics—2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee [J]. Circulation, 2006, 113(6): e85-e151.

(收稿日期: 2020-06-16)