

联用中药治疗高血压早期肾损害 26 例疗效观察

黄景瑞 何祖旺 陶晓东
(江西省黎川县中医院 黎川 344600)

关键词: 高血压肾损害; 尿微量白蛋白; 中医药疗法

中图分类号: R 544.1

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.012

我国是高血压大国, 据估计患病人数已达 2 亿。肾脏是高血压的靶器官之一, 高血压并发肾脏损害的发病率为 42%, 仅次于心脏并发症, 大约 10% 死于肾功能衰竭^[1], 而且终末期肾病的病因中高血压性肾损害占 28%^[2]。因此, 正确认识高血压肾损害并采取相应的治疗措施显得非常重要, 而加强高血压肾损害防治的关键在于早期诊断和治疗。血管紧张素 II 受体拮抗剂是一类已广泛应用于临床的降压药物。近年来, 大量动物实验研究和循证医学证据表明, 此类药物除具心血管保护作用外, 还有良好的肾脏保护作用^[3]。中药在防治肾功能损害方面有独特疗效, 可结合二者之长进行综合治疗。近两年我们在积极控制血压的基础上, 采用益气活血为主的中药治疗高血压性肾损害早期, 取得了一定的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院门诊就诊的 1、2 级高血压尿微量白蛋白增高患者, 高血压诊断参照 2005 年《中国高血压防治指南》(修订版) 的标准: 收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg。所有病例经实验室检查排除继发性高血压、糖尿病及血肌酐其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛, 疼痛主要位于胸骨后部, 可放射至心前区与左上肢, 常发生于劳累或情绪激动时, 西医给予硝酸酯类、钙离子拮抗剂、ACEI 或 ARB、 β 受体阻滞剂、他汀类降脂药, 并给阿司匹林顿服。在中医学中属于“胸痹”、“心痛”等范畴^[4], 病机为本虚标实, 本虚以气虚、阳虚为主; 标实则因寒邪侵心、七情太过、饮食过于肥甘厚腻, 多为血瘀、气滞、痰阻、寒凝。虽为标本同病, 虚实夹杂, 但本病基本病机为气滞血瘀。气虚而致血瘀, 痰浊内生, 阻于心脉, 以致气滞, 而使瘀血、痰浊益甚, 所以以理气活血化瘀为冠心病基本治法。香丹注射液基本组方为降香、丹参^[5], 主要作用为理气活血。它能加强心肌收缩力, 改善心脏功能, 扩张冠脉, 增加心肌血流量, 不增加心肌耗氧量; 扩张外周血管; 提高纤溶酶活性; 延长出、凝血时间; 抑制血小板聚集(提高血小板内 cAMP 水平, 抑制 TXA₂ 合成); 改

酐升高、血尿素氮升高、尿蛋白阳性患者。2009 年 6 月~2011 年 5 月, 共遴选高血压早期肾损害(尿微量白蛋白 20~200 mg/L) 患者 52 例, 男 30 例, 女 22 例, 年龄 35~70 岁, 平均年龄 48.6 岁。

1.2 方法

52 例高血压患者随机分为两组, 各 26 例, 两组在性别、年龄、身高、体重、收缩压、舒张压、心率等方面均无显著差异 ($P > 0.05$)。对照组服用坎地沙坦酯分散片(国药准字 H20060174) 4 mg, qd, 如血压不能达标, 即血压未小于 140/90 mmHg 者, 则加用拉西地平片(国药准字 H10980180) 2~4 mg, qd。治疗组在对照组基础上加服中药治疗, 采用益气活血基本方: 丹参 15 g、益母草 15 g、毛冬青 15 g、生黄芪 15 g、黄精 15 g; 肝火亢盛合龙胆泻肝汤加减, 阴虚阳亢合天麻钩藤饮加减, 痰湿壅盛合半夏白术天麻汤加减, 阴阳两虚合二仙汤加减。水煎服, 日两次。服药期间饮食及生活习惯如故, 两组均 8 周为 1 个疗程。

1.3 观察指标

(1) 诊室偶测血压, 测量前 30 min 内禁止吸烟和饮咖啡, 排空膀胱。(2) 用药前及用药 8 周后常规化验尿微量白蛋白、血常规、尿常规、肝功能、肾功能。(3) 每次就诊时记录患者自己发现或善血液流变学特性^[6]。其中丹参^[7]能使主动脉粥样斑块形成面积明显减少, 血清总胆固醇、甘油三酯均有一定程度的降低。降香能活血散瘀, 也具有降低血脂及抗击血小板凝集和镇痛的作用^[8]。

通过观察, 笔者认为西药联合香丹注射液能显著改善心绞痛症状、体征, 显著改善心电图, 在西医常规治疗的基础上结合香丹注射液治疗冠心病心绞痛, 能显著地提高疗效, 优于单纯的西医西药治疗。

参考文献

- [1] 黄文东. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学出版社, 1997: 336
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药卫生出版社, 2002: 137
- [3] 阴健, 郭力云. 中药现代化研究与临床应用[M]. 北京: 学苑出版社, 1993: 61
- [4] 李艳杰, 孙玉华. 丹参素药理作用研究新进展[J]. 延边大学医学院学报, 2006, 29(1): 73-75
- [5] 陈志军, 王元辉. 丹红注射液与香丹注射液治疗心肌梗死的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(4): 448

(收稿日期: 2010-10-11)

柴胡疏肝散联合奥美拉唑治疗非糜烂性胃食管反流病的疗效观察

梁建芬

(江苏省宜兴市十里牌医院 宜兴 214207)

摘要:目的:观察柴胡疏肝散治疗非糜烂性胃食管反流病的疗效及对生活质量的影响。方法:将 2009 年 5 月~2010 年 5 月我院门诊及住院的 90 例病人随机分为两组,对照组口服奥美拉唑 20 mg,每日 1 次,早餐前 30 min 口服,共 8 周;治疗组同时加用柴胡疏肝散口服 8 周。结果:对照组有效率为 66.7%,治疗组有效率为 86.7%,两组比较, $P < 0.05$ 。在改善生存质量上,两组比较, $P < 0.05$ 。结论:治疗组无论是症状、还是生存质量的改善均优于对照组,本研究为非糜烂性胃食管反流病的治疗提供了新的思路。

关键词:柴胡疏肝散;非糜烂性胃食管反流病;生存质量;奥美拉唑

中图分类号:R 573

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.013

非糜烂性胃食管反流病 (nonerosive reflux disease,NERD) 又称内镜阴性反流病或症状性胃食管反流病,治疗目前首选 PPI,但临床应用对有效缓解症状和改善生活质量不理想,且停药后极易反

复,容易合并抑郁、焦虑状态,导致病人反复求医,影响患者的生活质量。2009 年 5 月~2010 年 5 月期间,我院应用 PPI 联合柴胡疏肝散治疗胃食管反流病 45 例,取得了较好的疗效。现报道如下:

医师观察发现的药物不良反应。

1.4 疗效判定 (1)降压疗效判定标准参照 2004 年全国心血管会议修订的高血压疗效判定标准。(2)尿微量白蛋白治疗前后值比较。正常值:5~20 mg/L。

1.5 统计学方法 采用 SPSS10.0 软件包统计分析,各组数据用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组血压的比较 血压下降总有效率:治疗组为 96.2%,对照组为 92.3%,两组之间无显著差异 ($P > 0.05$)。见表 1。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	26	20	5	1	96.2
对照组	26	19	5	2	92.3

2.2 两组尿微量白蛋白变化的比较 见表 2。

组别	n	治疗前	治疗后	有效率(%)
治疗组	26	55.1±29.8*	14.4±7.8*	84.6
对照组	26	54.3±29.7*	19.2±10.9*	61.5

注:组间比较,* $P > 0.05$,* $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应 血常规、尿常规、肝功能、肾功能治疗后均未发现异常变化。2 例患者在加用拉西地平后第 1 周出现轻微头痛,并随治疗时间的推移而有所缓解或症状消失,继续服药。中药治疗过程中无明显不良反应。

3 讨论

高血压可以累及肾脏,肾脏损害反过来加重高血压。近年来随着检测手段的进步,原发性高血压有肾脏损害的证据明显增加。高血压患者治疗前,当血尿素氮和血肌酐尚在正常范围时,部分患者的

尿微量白蛋白含量已增加。因此,检测患者尿微量白蛋白可敏感地反映高血压引起肾脏早期或轻微病变,且已被认为是反映肾脏早期病理改变的一个标志^[4]。高血压早期肾损害中医无相应病名,但根据其临床表现应属“眩晕”、“尿浊”、“腰痛”等范畴。高血压性肾损害是一个长期、持续进行的缓慢发展过程,中医认为“久病必瘀”。高血压、高血压性肾损害均存在不同程度的微循环障碍,其全血黏度、血浆黏度、血小板聚集性增高,亦为高血压性肾损害存在血瘀证提供理论依据^[5]。“气能行血”,血属阴而主静,血不能自行,有赖于气的推动,气虚则推动无力,气滞则血行不利。血行迟缓而形成血瘀,甚则阻滞于脉络,结成瘀血。因此,中医治疗上采用益气活血的方法,方中丹参、益母草、毛冬青活血祛瘀,黄芪、黄精益气。研究表明,黄芪在去蛋白方面有一定的作用,黄精对改善肾功能的作用较好^[6]。血管紧张素 II 受体拮抗剂不仅能有效降低血压,还能减少尿微量白蛋白,对延缓甚至阻止肾功能损伤和恶化具有十分重要的作用。我们认为联用益气活血为主中药具有相互协同作用,临床疗效优于单独使用,且具有较好的安全性。

参考文献

[1]刘力生.高血压[M].北京:人民卫生出版社,2001.901
 [2]陈香关,李文歌.进一步重视高血压性肾损害的基础和临床研究[J].中华内科杂志,1999,38(3):149-150
 [3]毕研强.他索沙坦逆转高血压合并蛋白尿疗效分析[J].中国医药指南,2010,5(13):266-267
 [4]毛建华,潘宁,陈爱华.原发性高血压患者动态血压与微量白蛋白尿的关系[J].心血管康复医学杂志,2002,11(5):418
 [5]欧亚龙,彭素岚,徐应杼.高血压病与血瘀关系的实验观察[J].四川中医,1991,10(6):34-35

(收稿日期:2011-07-28)