

较心肺气虚证组、气虚血瘀证组明显升高,表明随着中医证型的加重,血肌酐水平也明显增加。6 min 步行试验简便易行,是评价心功能的传统指标,能较好地反映心力衰竭的程度,可作为心力衰竭中医辨证分型的客观依据^[5]。

综上所述,心力衰竭的中医辨证分型与 NYHA 心功能分级存在一定关系,随着心肺气虚证→气虚血瘀证→心阳虚衰证转化,心功能呈恶化趋势。NT-proBNP、LVEF、SCr、6MWT 与不同中医证型间存在相应的规律,结合这些客观指标,能对慢性心力衰竭患者更好地进行中医辨证分型,以及评价病情

严重程度和预后。

参考文献

- [1]中华医学会心血管病学分会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014 [J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122
- [2]中国中西医结合学会心血管病专业委员会.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2016,36(2):133-141
- [3]张之栩,魏群.血清 BNP 水平与心衰程度相关性的临床研究[J].中国实验诊断学,2010,14(8):1216-1217
- [4]黄蕾,郑侨克,贾芳,等.BNP 与 NT-proBNP 在老年心力衰竭患者中的诊断价值和临床意义[J].中国老年学,2012,32(22):5034-5035
- [5]王恒和,程刚,刘兴磊.慢性心力衰竭中医辨证分型与患者心功能及生存质量的关系[J].山东医药,2015,55(34):52-53

(收稿日期:2017-06-17)

六君子汤联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压

刘天琪

(北京市中西医结合医院 北京 100039)

摘要:目的:观察中西医结合疗法即六君子汤加减联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压病的临床疗效。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 8 月在本院门诊治疗的 76 例老年单纯收缩期高血压病患者,按随机数字表法分为对照组和治疗组各 38 例。其中对照组 36 例进入统计,脱落 2 例;治疗组 35 例进入统计,脱落 3 例。对照组予口服苯磺酸氨氯地平治疗,治疗组在对照组基础上辨证后加服六君子汤加减的中药汤剂治疗。观察两组治疗前后血压及证候改善情况。结果:治疗组收缩压、脉压下降幅度均大于对照组($P<0.05$);治疗组舒张压下降幅度小于对照组($P<0.05$)。治疗后治疗组中医证候改善优于对照组($P<0.05$)。结论:采用加味六君子汤联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压,能有效降低患者的收缩压,对其舒张压影响不大,使患者脉压减小,并能有效改善患者的中医证候,临床治疗效果较好。

关键词:老年单纯收缩期高血压;六君子汤;苯磺酸氨氯地平;中西医结合疗法

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.006

老年单纯收缩期高血压是老年高血压中常见的类型,根据 2002 年卫生部组织开展的全民营养健康调查结果显示,我国 60 岁以上人群高血压患病率约为 49%,而老年单纯收缩期高血压人数就占老年高血压的 60%。随着年龄的增长,老年单纯收缩期高血压发病率逐年增加^[1]。西医治疗老年单纯收缩期高血压在临床用药选择上有一定难度。降压药的应用,使收缩压下降的同时舒张压也进一步下降,甚至低于维持重要脏器灌注所需要的水平,不利于靶器官的保护^[2]。有研究表明中药辅助治疗老年单纯收缩期高血压,可较明显地降低收缩压,缩小脉压,而对舒张压无明显改变,同时可显著改善高血压患者临床症状。我院采用六君子汤加减联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压患者,取得了较为满意的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 76 例高血压病患者均为 2015 年 1 月~2016 年 8 月在我院门诊治疗的老年单纯收缩期高血压病患者,年龄 65~80 岁。按随机数字表法,将 76 例患者随机分成对照组和治疗组各 38 例。对

照组 36 例进入统计(因停药 1 例,失访 1 例,共脱落 2 例),其中男 21 例,女 15 例;年龄 65~80 岁,平均(72.42 ± 4.36)岁;病程 2.0~17.5 年,平均(8.99 ± 4.60)年。治疗组 35 例进入统计(因失访脱落 1 例,未按规定用药 2 例),其中男 19 例,女 16 例;年龄 65~79 岁,平均(71.53 ± 3.02)岁;病程 2.5~18 年,平均(9.63 ± 4.42)年。两组患者的年龄、病程、治疗前一般情况等经统计分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准

1.2.1 临床诊断标准 参照《中国高血压防治指南 2010》老年单纯收缩期高血压诊断标准及用药治疗原则^[3],符合以下标准:(1)65 岁≤年龄≤80 岁;(2)收缩压≥150 mm Hg,60 mm Hg≤舒张压<90 mm Hg。

1.2.2 中医诊断标准 参考中华人民共和国卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》^[4]辨证符合气虚痰阻型,证见:眩晕、头痛遇劳加重,体倦乏力、气短胸闷、呕吐痰涎、耳鸣、心悸、失眠、舌胖苔腻、脉沉细或滑。

1.2.3 病例排除标准 继发性高血压者;心脏瓣膜病者;合并脑及心、肝、肾功能不全患者;糖尿病患者;精神病患者;过敏体质者。

1.3 治疗方法 对照组:予口服苯磺酸氨氯地平片(国药准字 H10910052)治疗,5 mg/次,晨服,1次/d。观察期间,降压药物的剂量不再增减。治疗组:在对照组基础上予中药六君子汤加减治疗,基础方药组成:党参 10 g、茯苓 15 g、白术 15 g、陈皮 10 g、半夏 10 g、川芎 10 g、丹参 20 g、车前子 20 g、生山楂 10 g、甘草 6 g。头晕加天麻、代赭石等;失眠加夜交藤、酸枣仁等;耳鸣者,加石菖蒲、郁金等。每日 1 剂,水煎两次,两煎混合均匀,总量 300~500 ml,分 2 次温服。观察期间避免使用其他中西药物,两组疗程均为 4 周。

1.4 观察指标

1.4.1 治疗前后血压 参照《中国高血压防治指南 2010》^[1]采用袖带式水银血压计测量血压。观察期间患者每周复诊 2 次,测量血压时间为每日上午 8 点~10 点,测量前安静休息 10 min,间隔 1~2 min 重复测量 3 次,取 3 次平均值记录。以治疗前后非同日 3 次血压的平均值作为血压统计指标。

1.4.2 中医症状疗效 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2],观察中医证候治疗前后的变化,并分别于治疗前、治疗后评分。以 4 级 3 分法计分:按症状的无、轻、中、重级别,分记 0、1、2、3 分。按显效、有效、无效 3 个层次来表达,显效:临床症状体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状体征有改善,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:临床症状体征无明显改善,甚至加重,证候积分减少不足 30%。

1.4.3 药物不良反应 记录两组患者治疗过程中不良反应出现情况。

1.5 统计学方法 数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后血压水平变化比较 治疗组收缩压、脉压下降幅度均大于对照组($P < 0.05$);治疗组舒张压下降幅度小于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后血压水平变化比较(mm Hg, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	收缩压(SDP)	舒张压(DBP)	脉压(PP)
对照组	治疗前	166.39 $\pm$ 6.58	79.03 $\pm$ 4.75	87.36 $\pm$ 4.85
	治疗后	143.20 $\pm$ 8.16 [△]	67.78 $\pm$ 6.15 [△]	75.13 $\pm$ 8.98 [△]
治疗组	治疗前	166.81 $\pm$ 6.78	78.61 $\pm$ 6.05	88.33 $\pm$ 5.73
	治疗后	134.86 $\pm$ 8.49 ^{△▲}	74.86 $\pm$ 4.22 [▲]	60.14 $\pm$ 8.49 ^{△▲}

注:与同组治疗前比,[△] $P < 0.05$;与对照组治疗后比,[▲] $P < 0.05$ 。

2.2 治疗前后中医证候疗效比较 治疗后治疗组中医证候改善优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组中医证候比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
对照组	36	10	16	10	72.22
治疗组	35	18	14	3	91.42

2.3 不良反应比较 治疗组与对照组治疗前后血、尿常规及肝功能、肾功能等指标均无显著性差异。对照组心悸 1 例,下肢轻度浮肿 2 例,症状较轻,未停药治疗。

3 讨论

老年单纯收缩期高血压发病率高,控制率低,已成为高血压治疗中亟需解决的一个类型。其特点是收缩压升高,而舒张压正常或偏低。与舒张压相比,收缩压与心血管风险的关系更为密切^[3],单纯收缩期高血压的降压治疗可使卒中事件、心血管事件下降,使这类患者受益。而降压过程中导致的舒张压降低、脉压差增大,也是治疗老年单纯收缩期高血压面临的重要问题。多项研究提示脉压的增大与心血管事件的发生相关,是高血压心血管事件的有效预测指标^[4]。老年人脉压与总死亡率和心血管事件呈明显正相关^[5]。因此,老年单纯收缩期高血压的治疗不仅仅要使收缩压达标,也要考虑到舒张压及脉压的问题。通过选择合理药物,改善大动脉的僵硬程度,从而降低脉压,亦同样是抗高血压治疗的目标^[6]。由于老年人常伴有多脏器疾病及脏器功能不同程度的减退,且随着年龄的增长,机体对药物的吸收、生物转化和排泄能力都在下降,对药物处置能力及药物的反应性相应降低^[7],故老年单纯收缩期高血压患者的降压用药选择受到一定限制。而中药的参与治疗,则通过调节人体失衡的气血阴阳,从根本上解除高血压发生的内在因素,从而达到高血压的治疗目标;在降低收缩压的同时,也能使舒张压保持在一个较稳定的水平,缩小脉压,更有益于患者心、肝、肾等重要器官的保护。中医虽无高血压病名,但对高血压的辨证治疗,可散见于“眩晕、头痛、中风”等各论中。其病因病机虽有虚有实,但老年高血压的基础是以正虚为主。一是因病程较长,久病致虚,气血渐亏;二是人在步入老年后,机体老化,脏腑功能衰退,正气亏虚,阴阳失衡。古人以虚论治此病也有记载,《灵枢·口问》曰:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”张景岳也认为眩晕的病因病机“虚者居其八九,而兼火、兼痰者不过十中一二耳”,并详细论述了因虚致眩的原因。在治疗

上,张景岳也强调了“治其气、补其精、兼补气血”等方法,提出以四君子汤、归脾汤、补中益气汤、左归丸、右归丸、大补元煎、十全大补汤等方“酌宜用之”。

本次参与研究的患者辨证均符合气虚痰阻证,因脾胃虚弱、痰湿内阻、上扰清空所致。本项研究以六君子汤加减组方,方中党参、茯苓、白术健脾益气、利水渗湿;陈皮行气化滞、醒脾助运;半夏和胃降逆、燥湿化痰;酌加车前子清热化痰、利水明目;山楂化瘀通络、消食散结;丹参、川芎活血通络、清心除烦;甘草调药和中。诸药合用共奏健脾益气、祛湿化痰、理气通络之功,使脾胃运化功能恢复正常,痰湿得去,清阳得升,眩晕、头痛诸证自去。现代临床药理研究表明,党参能通过扩张外周血管来降低血压^[6];陈皮可拮抗肾上腺素引起的血管收缩,有降压作用;茯苓有利尿降压作用^[7];丹参具有扩张血管、降低血压、抗动脉粥样硬化、保护心肌、抗血栓、改善微循环、降脂的作用;车前子有显著的利尿作用,同时能使血压下降,有降血脂、抗血小板凝聚等作用^[8]。

苯磺酸氨氯地平是钙拮抗剂类降压药,主要通过阻断血管平滑肌细胞上的钙离子通道发挥扩张血管、降低血压的作用,尤其适用于老年高血压、单纯收缩期高血压患者^[9],在老年高血压患者中应用广泛。从临床观察结果看,采用苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压,患者收缩压、脉压与治疗前

相比均有下降,血压控制也有较好的效果。但随着收缩压的下降,舒张压也随之下降。在控制收缩压、降低脉压,以及维持稳定的舒张压,特别是临床症状的改善上,均不如中西医结合疗法即六君子汤加减联合苯磺酸氨氯地平治疗理想。本研究结果显示,中西医结合治疗老年单纯收缩期高血压对收缩压的控制更理想,患者脉压明显改善,且对舒张压无显著影响,更有利于靶器官的保护及减少心血管事件的发生,特别在临床症状的改善上有明显优势。

参考文献

- [1]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[J].中华心血管杂志,2011,19(8):701-742
- [2]许丹,魏玮,田海军.普伐他汀治疗老年单纯收缩期高血压的疗效与安全性[J].实用医学杂志,2012,28(16):2778-2780
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.73-77
- [4]杨卫东.脉压增大对高血压心血管事件预测的临床作用分析[J].中国实验诊断学,2014,18(10):1691-1692
- [5]李倩,冯端浩,李国栋,等.老年人用药风险分析[J].中国医院用药评价与分析,2012,12(2):175-179
- [6]申晓芳,金华,黄茂,党参药理归经作用和临床应用[J].实用中医内科杂志,2012,26(7):75,77
- [7]李庆,唐武.加味温胆汤治疗原发性高血压临床观察[J].新中医,2014,46(2):42-43
- [8]魏沛,钱海凌,龚超奇.活血化瘀利水法联合西药治疗老年单纯收缩期高血压病 48 例[J].广西中医药,2009,32(6):33-34

(收稿日期:2017-06-19)

血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗 PTE 的效果分析

张磊峰

(河南省兰考市第一医院普内科 兰考 475300)

摘要:目的:探讨血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞症(PTE)的临床疗效。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 86 例急性 PTE 患者作为研究对象,随机分为西医组与中西医结合组各 43 例。两组均给予对症治疗,西医组加用阿替普酶,中西医结合组则给予血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶,比较两组的治疗效果、心率、呼吸频率、血气分析(PCO₂和 PaO₂)指标和不良反应发生率。结果:治疗后中西医结合组的治疗总有效率明显高于西医组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组患者的心率、呼吸、PaO₂和 PCO₂等指标均明显改善,且中西医结合组的改善程度明显优于西医组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组的不良反应发生率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞可有效提升临床疗效,改善患者临床的症状。

关键词:肺血栓栓塞症;阿替普酶;血府逐瘀汤;临床疗效

中图分类号:R563.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.007

肺血栓栓塞症(Pulmonary Thromboembolism, PTE)是因血栓阻塞肺动脉(或肺动脉分支)所诱发的一组病理生理综合症,表现为呼吸功能和循环功能障碍,发病凶险,危害性大,病情急,发展快,误诊率和死亡率高^[1]。阿替普酶是临床常用血栓溶解药,适用于 PTE,但有临床研究证实,单用西药治疗效果欠佳,部分患者用药后会出现血管再闭塞现象^[2]。

因此,本院选取 86 例急性 PTE 患者作为研究对象,分析了血府逐瘀汤辨证加减联合阿替普酶治疗急性肺血栓栓塞症的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 86 例急性 PTE 患者作为研究对象,随机分为西医组与中西医结合组各 43 例。西医组中女