

中医补中益气法调治气虚质老年原发性 高血压 80 例临床观察

耿雷¹ 张乐乐¹ 张泽²

(1 抚顺市中医院,抚顺,113008; 2 辽宁中医药大学附属医院,沈阳,110847)

摘要 目的:观察补中益气法治气虚体质老年原发性高血压患者的临床疗效。方法:选取自2015年6月至2016年6月于抚顺市中医院内科诊治的气虚质的气虚证老年原发性高血压病例80例,随机分为试验组和对照组,其中对照组40例,采用常规口服β受体阻滞剂的方法,试验组40例,在对照组基础上采用口服中药,观察2组患者的治疗前后血压、症状疗效、肱踝脉搏波传导速度(baPWV)及踝臂指数(ABI)变化情况。结果:试验组血压控制情况、症状疗效、baPWV及ABI优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医补中益气法调治气虚体质老年原发性高血压安全有效,值得推广使用。

关键词 补中益气法;气虚质;原发性高血压;踝臂指数;肱踝脉搏波传导速度

Clinical Observation on Middle-Tonifying Qi-Replenishing Method in Treating 80 Aged Patient Essential Hypertension Case

Geng Lei¹, Zhang Lele¹, Zhang Ze²

(1 Fushun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fushun 113008, China; 2 Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, China)

Abstract Objective: To discuss the clinical effect of Middle-Tonifying Qi-Replenishing method in treating aged patients with essential hypertension and qi deficiency. **Methods:** A total of 80 aged patients with essential hypertension with qi deficiency from June 2015 to June 2016 in the Department of Cardiology of Fushun Hospital of Traditional Chinese Medicine were randomly divided into experimental group and control group. The 40 cases in the control group were treated with conventional methods of oral beta blocker method, the experimental group's 40 patients were treated with Middle-Tonifying Qi-Replenishing method on the basic of control group's treatment. The blood pressure, symptoms curative effect, brachial ankle pulse wave velocity (baPWV) and Ankle brachial index (ABI) changes were observed in the two groups. **Results:** The values of the blood pressure, symptoms curative effect, baPWV and ABI of the experimental group were significantly better than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** It is safe and effective to treat patients with essential hypertension with Middle-Tonifying Qi-Replenishing Decoction, which is worthy of clinical practice.

Key Words Middle-Tonifying Qi-Replenishing method; Qi deficiency; Essential hypertension; Ankle brachial index; Brachial ankle pulse wave velocity

中图分类号: R256.2 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2017.02.022

高血压病(Hypertensive Disease)目前认为是临床上常见的慢性病,近年来被医学界认为是一种“心血管综合征”,是心脑血管疾病最主要的危险因素及心脑血管死亡的主要原因^[1]。随着我国老龄化社会的不断加深我国原发性高血压的发病率居高不下,呈逐年上升的趋势,根据目前资料显示,我国城镇居民成人高血压病的发病率为19%,现有高血压患者超过2亿,我国已经成为世界范围内高血压患者大国,发病例数约占全球发患者数总人数的20%,据世界卫生组织统计截止本世纪20年,全球高血压发

病率将会突破40%。长期的血压控制不佳可以导致严重心脑血管疾病,损伤肾脏功能,加重心脏负荷,还可诱发脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等严重的致死性的并发症,给家庭社会造成了沉重的负担^[2]。中医对体质的论述最早见于汉代的《黄帝内经》,《灵素·天年》有云:“人之始生,以母为基,以父为构”^[3]。《素问·宝命全形论》又云:“人以天地之气生,四时之法成”^[4]。可见,《黄帝内经》从先天及后来2个方面,认为人体体质的形成既禀赋于先天,又得养于后天。其后的《伤寒杂病论》

基金项目:辽宁省自然科学基金项目(编号:201602508)——医患联合评价模式在冠心病心绞痛中医疗效评价中的应用研究

作者简介:耿雷(1978.05—),男,硕士,副主任中医师,内科副主任,研究方向:心血管病,老年病,E-mail:986804@qq.com

通信作者:张泽(1977.07—),男,博士,主任医师,科主任,研究方向:老年病心脑血管疾病,老年一体多病,E-mail:13066796232@163.com

初步开创了中医体质理论的临床应用,如,不同体质的用药禁忌,“亡血家,不可发汗,发汗则寒栗而振”^[5]。但长久以来,中医体质并未形成专门的学科体系,直至现代经过系统研究才形成具体的理论。现今规范的体质定义为,体质是有先天遗传和后天获得所形成的,个体在形态结构和功能活动方面所固有的、相对稳定的特征,与心理性格具有相关性^[6]。由此可见体质在整个生命过程中其形态结构、生理功能与心理状态具有稳定性和可调性^[7]。笔者基于中医体质的可分论、可调论及体病相关的理论,选取80例气虚体质老年性高血压患者,在应用西药盐酸阿罗洛尔基础上,运用中医补中益气法进行调治,取得了较好的临床疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年6月至2016年6月抚顺市中医院心内科收治的气虚体质的老年原发性高血压患者80例,按随机数字表法随机分为观察组和对照组,观察组40例,其中男24例,女16例,年龄65~80岁,平均年龄(71.3±9.2)岁,对照组40例,其中男23例,女17例,年龄65~79岁,平均年龄(71.7±8.3)岁,经统计学分析2组患者的年龄和性别等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

老年原发性高血压的诊断参照2014年《老年人高血压特点与临床诊治流程专家建议》^[8]中的诊断标准,老年人高血压:年龄大于65岁、血压非同日持续或3次以上的坐位收缩压 ≥ 140 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg,则定义为老年原发性高血压。

1.2.2 中医气虚体质标准

参照国医大师王琦教授编制的中医体质类型分类量表^[9]执行:具有元气不足、以气息低弱、机体、脏腑功能状态低下表现为主要特征的体质状态,并按《中医体质分类与判定表》转化分 ≥ 40 分判断为是,转化分30~39分判断为倾向是。

1.2.3 中医气虚证辨证标准

按照十二五中医九版教材中医诊断学的辨证标准执行^[10]:头晕目眩、气短声低、神疲乏力、自汗、面色淡白、心悸少寐、动则尤甚、舌淡脉弱为主要临床表现。

1.3 纳入标准

1)符合老年原发性高血压诊断标准者^[8];2)符合中医气虚体质分型者^[9];3)符合中医气虚证者^[10];4)年龄65~75岁。

1.4 排除标准

1)继发性高血压患者;2)患有严重心、脑、肾、肝脏疾病的患者;3) β 受体阻滞剂禁忌症患者;4)妊娠期、哺乳期及计划妊娠妇女;5)精神类疾病病史及智力障碍不能配合治疗、观察的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

参照《中国高血压防治指南版》^[11]用药原则。一般治疗:进行生活方式的改变,控制食盐和脂肪的摄入,摄盐量低于6 g/d,适当运动,戒烟戒酒,保持心情舒畅。并予以口服盐酸阿罗洛尔(日本住友制药生产,商品名:阿尔马尔,10 mg×10片)5 mg,2次/d,服药期间每天监测血压及心率变化,服药4周后如若患者能耐受,将阿罗洛尔的量改为10 mg,口服,2次/d,共服用8周。

1.5.2 观察组

在对照组的基础上口服补中益气汤(黄芪30 g,白术15 g,党参15 g,当归10 g,升麻5 g,陈皮5 g,柴胡5 g,炙甘草10 g),水煎煮,150 mL口服,2次/d,共服用8周。观察2组患者临床疗效。

1.6 观察指标

1)血压测量:对2组患者治疗前后每天早晚进行血压测量并记录。2)ABI的测量:应用日本欧姆龙公司的动脉硬化检测仪(BP-203RPE III),患者检测当天穿宽松的衣裤,禁止饮酒及咖啡,检测前30 min排尿,禁止吸烟。仰卧位,恒定室温下静卧至少3 min,四肢血压要求同步测量,该侧的踝臂指数为同侧的踝动脉收缩压与双侧肱动脉收缩压的最高值之比。3)PWV的测量:测量动脉节段的体表距离/波传导时间(m/s)。肱踝脉搏波传导速度(baPWV)是指肱动脉至踝动脉之间的PWV的测量值。

1.7 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]标准制定。

1.7.1 中医证候疗效标准

由医患共同独立评分,并以二者平均分为最终评价的依据。显效:临床症状、体征明显改善,症状积分较治疗前减少70%~95%;有效:症状体征均有好转,治疗后症状积分较治疗前减少30%~69%;无效:治疗后症状积分较治疗前减少不足30%。

1.7.2 原发性高血压疗效评价标准

显效:舒张压下降不少于10 mmHg 血压恢复至正常水平或舒张压未降到正常范围,但已下降大于20 mmHg;收缩压下降不小于20 mmHg 恢复至正常水平或收缩压下降大于30 mmHg,但未恢复至正常水平。有效:舒张压下降少于10 mmHg 但血压恢复至正常水平或舒张压未降到正常范围,但已下降10~19 mmHg;收缩压下降小于20 mmHg 并恢复至正常水平或收缩压

下降大于 20 ~ 39 mmHg 未降至正常水平。无效: 血压变化不大, 甚至加重。

1.7.3 ABI 及 baPWV 的判定标准 1) 依据《中国血管病变早期检测技术应用指南》, 定义 $0.90 < ABI < 1.3$ 为正常, $ABI < 0.5$ 为有多处存在动脉阻塞; $0.5 < ABI < 0.8$ 为有一处存在动脉阻塞; $0.8 < ABI < 0.9$ 为动脉阻塞的可能性高, $ABI \geq 1.30$ 为有动脉硬化^[13]。2) PWV 的正常参考值 baPWV < 14 m/s。大于该值提示全身动脉粥样硬化僵硬度升高, 速度越快全身动脉粥样硬化僵硬度越高。高于正常值 20% ~ 30% 之间, 为轻度异常; 高于正常值 30% ~ 50% 之间, 为中度异常; 高于正常值 50% 以上, 为重度异常。

1.8 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 17.0 进行分析, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 进行统计描述, 组内比较采用配对 t 检验, 组间比较采用 t 检验, 率的比较采用率的卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血压水平及降压疗效比较 2 组在 4 周末血压与疗前比较均有明显降低, 2 组治疗期末与疗前比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 2 组在试验 4 周比较及治疗前后差值比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1、表 2。

2.2 气虚证疗效 本次临床试验治疗组中医证候总有效率为 85.00%, 对照组为 65.00%。组间总有

率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 治疗前后 ABI 及 PWV 比较 观察组及对照组患者治疗后 baPWV 及 ABI 均较治疗前有所提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后 2 组比较, ABI 明显改善, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 1 2 组患者治疗前后高血压检测情况 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

指标	收缩压		舒张压	
	观察组	对照组	观察组	对照组
治疗前	145.54 ± 10.13	146.63 ± 9.27	96.28 ± 8.94	96.19 ± 9.17
治疗后	128.64 ± 9.41 *	137.35 ± 11.26	82.29 ± 7.35 *	87.98 ± 8.52
差值	16.90 ± 12.38 * [△]	9.28 ± 11.36 [△]	13.99 ± 9.16 * [△]	8.21 ± 9.37 [△]

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$, 与治疗前比较, [△] $P < 0.01$ 。

表 2 2 组患者治疗后高血压疗效 ($n, \%$)

组别	观察组	对照组
例数	40	40
显效	13	7
有效	23	22
无效	4	11
有效率	90.00% *	72.50%

注: 与对照组比较 * $P < 0.05$ 。

表 3 2 组中医证候疗效 ($n, \%$)

组别	观察组	对照组
例数	40	40
显效	16	8
有效	18	18
无效	6	14
有效率	85.00% *	65.00%

注: 与对照组比较 * $P < 0.05$ 。

表 4 2 组患者治疗前后 ABI 及 baPWV 比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ABI	0.78 ± 0.12	0.94 ± 0.11 [△]	0.79 ± 0.10	1.19 ± 0.13 * [△]
baPWV (cm/s)	1858.3 ± 383.1	1756.8 ± 303.1 [△]	1846.5 ± 329.8	1630.3 ± 224.6 * [△]

注: 观察组与对照组治疗后比较, * $P < 0.05$, 观察组及对照组与本组治疗前比较, [△] $P < 0.01$ 。

3 讨论

中医学根据患者临床症状认为本病多从“眩晕”“头痛”“中风”“胸痹”等病范畴辨证论治,《素问》有云: 随着年龄的增长, 人体“阴气自半、气大衰”。《灵枢》又云“上气不足, 脑为之不满, 耳为之苦鸣, 头为之苦倾, 目为之眩”。可见, 老年人下虚上实, 气虚不能上充于脑, 发为该病, 为本病的病因病机之一。而今多数医家往往喜用平肝潜阳之品治疗高血压, 如龙骨、牡蛎、代赭石, 但降压效果不佳, 且老年高血压患者往往会进一步伤害阳气。医家张仲景则强调: “无虚不作眩, 当以治虚为主”。故本试验方循气虚体质特点, 以中医经典名方补中益气

汤加减, 方中重用味甘微温、入脾肺经的黄芪, 补中益气, 升阳为君药, 并配伍党参、炙甘草、白术为臣药, 以补气健脾, 增强黄芪补益中气的效用。血为气之母, 补气勿忘补血, 故用当归以养血和营。为使补而不滞, 故加用陈皮理气和胃化浊, 共为佐药。少入升麻、柴胡升阳举陷, 配合君药黄芪提升久病虚衰下陷之中气。最后, 炙甘草调和诸药, 为使药。现代药理研究表明, 黄芪具有降低血压、调血脂、抑制血栓形成的作用, 其对血压的调控是双向的, 其降低血压的功用, 是通过扩张外周血管及冠状动脉得以实现的, 需重用, 轻用则升压^[14]。而党参调节血压也是双向的^[15], 其降压作用非常短暂, 主要是作用于末

稍血管有关。白术则可利尿,其是通过减少人体的钠水潴留来调节血压的^[16]。升麻具有降压,同时调控血脂的作用^[17]。当归则具有降低血小板聚集、阻止血栓形成,扩张血管的作用,有试验表明当归挥发油可以明显舒张经过氯化钾和去甲肾上腺素预收缩的离体兔的胸主动脉平滑肌^[18]。全方诸药合用补气健脾,行气化浊,升阳入清窍,对治疗气虚型高血压患者具有明显疗效,与文献报道一致^[19]。

高血压病的发病机制与动脉粥样硬化有着密切的关系。而目前应用ABI、PWV测定以无创性评价各类患者的全身动脉粥样硬化程度的方法,已得到全世界的广泛公认^[20]。其中踝臂指数(ABI)是踝动脉收缩压与肱动脉收缩压的比值,ABI早期主要用于外周动脉病(PAD)的研究,是国际公认的诊断PAD的无创性检查指标。近年来国内外多项大规模研究表明,ABI还是心脑血管事件发生的良好预测指标,是缺血性脑卒中的独立危险因素^[21],与老年高血压患者颈动脉硬化程度密切相关^[22]。而PWV检测则被列入《2003年欧洲高血压防治指南》及《2013年ESC高血压防治指南》亚临床器官损害的重要指标,应用于检测动脉顺应性^[23]。

现今强调以患者为中心的医疗服务模式下,要求患者的疗效评价,应该采用医生与患者评价相结合的方式。自古中医就通过望、闻、问、切四种诊法收集病患的疾病信息,这四诊中尤其是问诊是通过病患提供的信息为主,并辅以其他三诊,如色、脉、神等证候表现来收集患者信息的。可见从古至今中医在评价疾病的临床疗效时,是本着对患者尊重的“人本思想”。是以患者自我评价为中心,同时医患疗效评价互相结合为评价特点的。20世纪70年代,以王琦教授为代表的一批学者开展了体质学说的研究。并明确提出了“中医体质学说”的概念。从此,中医体质学逐渐成为了中医新兴研究热点,成为一门独立学科^[24]。不同体质类型与疾病关系的研究,体现了体质的可调性。而从体质状态及不同体质类型的特征、个体差异制定相对应的防治原则,则再一次充分体现了中医学以人为本,因人制宜的治疗思想。

本研究运用医患联合评价方法从治疗气虚体质出发治疗老年原发性高血压患者,结果证明可以明显降低患者的血压并提高患者治疗有效率及明显改善患者的动脉硬化程度,与对照组比较均有统计学意义($P < 0.05$),提示运用中医体质理论治疗老年原发性高血压安全有效,值得推广应用。

参考文献

- [1]《中国高血压基层管理指南》修订委员会. 中国高血压基层管理指南(2014年修订版)[J]. 中华健康管理学杂志,2015,9(1):10-30.
- [2]刘明波,李镒冲,刘世炜,等. 2010年中国人群高血压疾病负担[J]. 中华流行病学杂志,2014,35(6):680-683.
- [3]史崧本. 灵枢经[M]. 北京:人民卫生出版社,1963:102.
- [4]王冰,林亿,重广补注. 黄帝内经素问[M]. 北京:人民卫生出版社,1963:158.
- [5]中医研究院. 伤寒论语译[M]. 北京:人民卫生出版社,1959:26-37.
- [6]王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2.
- [7]王琦. 论中医体质研究的3个关键问题(上)[J]. 中医杂志,2006,47(4):250-252.
- [8]中华医学会老年医学分会,中国医师协会高血压专业委员会. 老年人高血压特点与临床诊治流程专家建议[J]. 中华老年医学杂志,2014,33(7):689-701.
- [9]王琦. 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报,2005,28(4):1-8.
- [10]陈家旭. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:160.
- [11]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]. 中华心血管病杂志,2011,39(7):579-616.
- [12]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.
- [13]中国社工协会康复医学工作委员会血管专业委员会,国际血管健康学会中国分会,北京大学首钢医院血管医学中心. 中国血管病变早期检测技术应用指南(2011第二次报告)[J]. 心血管病学进展,2011,32(3):318-323.
- [14]孙政华,邵晶,郭政. 黄芪化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医临床研究,2015,(25):22-25.
- [15]樊长征,洪巧瑜. 党参对人体各系统作用的现代药理研究进展[J]. 中国医药导报,2016,13(10):39-43.
- [16]岳美颖,潘媛,敖慧. 白术化学、药理与临床研究进展[J]. 亚太传统医药,2016,12(5):66-68.
- [17]吴德松,卿晨. 升麻药理学活性研究进展[J]. 医学综述,2009,15(6):918-920.
- [18]吴国泰,杜丽东,高云娟,等. 当归挥发油对小鼠的降压作用及血管活性的观察[J]. 中国医院药学杂志,2014,34(13):1045-1049.
- [19]刘彤,郑伟玉,王玉玲. 补中益气汤治疗气虚型高血压患者的临床疗效[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2016,37(13):1675-1677.
- [20]陈保见,吕罗岩,谭艳娟,等. 心踝血管指数与踝臂指数预测冠心病的价值[J]. 中国动脉硬化杂志,2014,22(2):163-167.
- [21]卢生芳,于峰,韩伏莅,等. 踝臂指数与缺血性脑卒中的关系[J]. 同济大学学报:医学版,2013,01:81-84.
- [22]刘庭勇,王建芳. 高血压病颈动脉粥样硬化与踝臂指数的相关性研究[J]. 吉林医学,2013,34(26):5322-5324.
- [23]朱彦琪,储光,吴莹,等. 脉搏波传导速度的基础与临床[J]. 国际心血管病杂志,2015,42(6):376-379.
- [24]丁宇炜. 中医体质学研究进展[J]. 云南中医中药杂志,2010,31(2):71-75.