

化痰活血益心方对高血压左心室肥厚影响的临床研究

朱智德¹, 卢健棋²

(1. 广西中医学院, 广西南宁 530001; 2. 广西中医学院第一附属医院, 广西南宁 530023)

摘要:目的:探讨化痰活血益心方对原发性高血压(EH)左心室肥厚(LVH)的治疗作用。方法:将 58例 LVH患者随机分组,分别给予卡托普利及卡托普利联合化痰活血益心方治疗,疗程前后观察血压、心电图计分、心脏左室结构和舒张功能的变化。结果:两组治疗后的平均收缩压(SBP)和舒张压(DBP)均明显低于治疗前($P < 0.01$),但两组间治疗后的平均 SBP和 DBP均无显著性差异($P > 0.05$);两组患者治疗后 ECG积分、室间隔厚度(VST)、及左心室后壁厚度(PWT)、左心室重量指数(LVM I)、舒张早期速度峰值(PVE)有明显改善,治疗组优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:化痰活血益心方可逆转或消退 LVH改善和恢复左心室舒张功能。

关键词:原发性高血压;左心室肥厚;化痰活血益心方

中图分类号: R541.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-1719(2009)07-1170-02

LVH是心脏(包括心肌、间质细胞及血管)由于长期承受各种动力和负荷的一种适应性反应的结果,是导致心脏猝死、心肌缺血、心力衰竭及心律失常等心血管意外增多的独立性危险因素。为探讨中医药治疗 LVH的作用,近年来笔者运用自拟化痰活血益心方治疗 LVH 58例,获得肯定的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床病例资料 所有病例均符合 EH2级的诊断标准,并经超声心动图检测及心电图计分法确定合并左心室肥厚者,入选病例均来自 2006年 12月—2008年 6月广西中医学院第一附属医院心血管内科门诊及住院病人,随机分为两组。治疗组 31例,男 19例,女 12例,年龄 39~54岁,平均(46.1±4.3)岁;平均病程为(8.9±2.54)年,平均体重指数(25.4±2.1)kg/m²。对照组 27例,男 15例,女 12例,年龄 37~55岁,平均(47.5±2.8)岁;平均病程(8.4±2.68)年,平均体重指数(24.9±2.3)kg/m²。两组性别、年龄、病程、体重指数差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例诊断标准 EH2级的诊断标准:SBP 160~179mmHg DBP 100~109mmHg 超声心动图检测及心电图计分法标准:¹ LVM I男 > 125g/m²女 > 110g/m² ^④心电图采用 Ramhill-Eetes计分法,总分 ≥ 5分者可判为 LVH。

1.3 病例排除标准 (1)确诊为继发性高血压和单纯舒张压升高患者;(2)严重脑、肝、肾等重要靶器官疾病患者;(3)妊娠妇女;(4)年龄 55岁以下患者;(5)有药物过敏史者。

1.4 治疗方法 所有病例均服用卡托普利 25mg 次,每日 2次,维持血压稳定。治疗组病人在服用西药基础上加用化痰活血益心方(由黄芪、党参、丹参、川芎、瓜蒌、薤白、桂枝、葛根、钩藤、甘草等组成),各药物均为中药免煎颗粒剂,服用时用温开水混合冲服,每日 1剂,早晚分 2次服用。12周为 1个疗程,1个疗程后观

察疗效。在治疗期间,若有血压波动,可以调整用量或相互叠加应用,但需注明。

1.5 观察指标 (1)血压:包括血压下降幅度及降压疗效,测试频度开始 1次/周,以后 1次/2周。(2)超声心动图检测:包括心脏左室结构和左室舒张功能的变化情况。检测指标包括:左心室舒张期终末内径(LVEDD)、VST及 PWT。左心室重量(LVM)根据 Devereux等修正公式计算^[1]: $LVM = 0.8 \times 1.04 [(VST + LVEDD + PWT)^3 - LVEDD^3] + 0.6$ LVM I根据体表面积(BSA)算出,即 $LVM I = LVM / BSA (g/m^2)$ 。(3)心电图计分:采用 Ramhill-Eetes计分法:(1)QRS振幅:^①肢导联 R或 S ≥ 2.0mV; ^②SV₁或 SV₂ ≥ 3.0mV; ^③RV₅或 RV₆ ≥ 3.0mV。具有以上任何一项计 3分。(2)ST-T具有典型左心室劳损现象(ST向量与 QRS平均向量相反):^①未合并应用洋地黄,计 3分; ^②已合并应用洋地黄,计 1分。(3)左心房扩大:PV₁的终末负电压 ≥ 0.1mV,时限 ≥ 0.04s 计 3分。(4)电轴左偏 ≥ -30度,计 2分。(5)QRS时间 ≥ 0.09s 计 1分。(6)内转折(室壁激动)时间(V₅, V₆) ≥ 0.05s 计 1分。

1.6 血压疗效评价标准 选用《中药新药临床研究指导原则》^[2]的标准。显效:血压降至正常,或舒张压虽未降至正常但达 20mmHg 以上;有效:血压下降 10mmHg 以上,并达到正常范围,或舒张压虽未降至正常但较治疗前下降 10~19mmHg 或收缩压虽未达到正常范围但较治疗前下降 20mmHg 以上;无效:未达到以上标准者。

1.7 统计学处理 实验数据均采用 SPSS 11.0 统计软件进行处理,计量资料用 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用 Ridit 检验,连续变量以平均值 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。

2 结果

2.1 两组治疗前后平均血压的比较 两组治疗后的平均 SBP和 DBP均明显低于治疗前,差异有显著性

不良,抗甲协定方联合丙基硫氧嘧啶治疗甲亢其在症状积分、临床疗效判断上均优于单纯使用丙基硫氧嘧啶;也可缩短起效时间,同时可以减少不良反应发生率,联合中药治疗,患者血白细胞下降、肝功能损害等

不良反应发生减少。因此,采用中西药物合用治疗甲亢,取长补短,既缩短了疗程,改善了疗效,又减少药物的不良反应。

参考文献

- [1] 郑筱萸. 中国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: 226-230
- [2] 崔艳凤, 王新民. 抗甲状腺药物的不良反应及其相关研究进展 [J]. 广州医药, 2005, 36(1): 9-10

收稿日期: 2008-12-11

作者简介: 朱智德(1974-), 男(壮族), 广西南宁人, 讲师、主治医师, 硕士, 从事中医药防治心血管疾病的教学、临床和科研工作。

($P < 0.01$), 但两组间治疗后的平均 SBP 和 DBP 均无显著性差异 ($P > 0.05$), 提示两组治疗对血压的调控作用基本一致。结果见表 1。

表 1 两组治疗前后平均血压的比较 (mmHg)

组别	n	SBP	DBP	PP
治疗组 31	治疗前	168.2 ± 13.6	95.8 ± 10.3	72.4 ± 11.3
	治疗后	143.5 ± 11.4*	82.9 ± 6.4*	60.6 ± 9.5*
对照组 27	治疗前	167.9 ± 12.4	96.1 ± 11.6	71.8 ± 11.7
	治疗后	146.2 ± 14.5*	83.7 ± 11.7*	62.5 ± 12.2*

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者降压疗效的比较 两组患者治疗后, 治疗组总有效率为 87.10%, 对照组总有效率为 81.48%, 两组降压疗效经 Ridit 检验, 差异无显著性 ($P > 0.05$), 提示两组治疗降压效果无明显差异。结果见表 2。

表 2 两组患者降压疗效的比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	31	17	10	4	87.10
对照组	27	14	8	5	81.48

注: 经 Ridit 检验, $u = 1.0639$ $P = 0.2874$ 尚不能认为两组总体平均 Ridit 不相等, 无显著性差异。

2.3 两组治疗前后 ECG 积分的比较 两组患者治疗后 ECG 积分均明显下降, 且治疗组效果优于对照组, 具有显著性差异 ($P < 0.01$), 提示治疗组能明显改善 ECG 积分情况。结果见表 3。

表 3 两组治疗前后 ECG 积分的比较

组别	n	ECG 积分
治疗组 31	治疗前	169.2 ± 15.6
	治疗后	140.5 ± 10.41* Δ
对照组 27	治疗前	168.9 ± 12.4
	治疗后	148.2 ± 14.7**

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.4 两组治疗前后左室结构及左室舒张功能变化的比较 两组患者 VST、PWT、LVM I 指标治疗前后比较有明显改善, 且治疗组明显优于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 提示经化痰活血益心方治疗后, 肥厚心肌的消退明显快于扩大心腔的回缩; 同时两组舒张早期速度峰值 (PVE) 有明显变化 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 与对照组治疗后比较亦有明显差异 ($P < 0.05$), 表明经化痰活血益心方治疗后左室舒张功能有显著改善, 尤其是反映心肌舒缓性的参数改善明显。结果见表 4 表 5。

3 讨论

心脏是高血压病中直接受累的主要靶器官, 在高血压患者中, 约有 1/3 出现左心室肥厚^[3]。LVH 是心脏在高血压形成的长期压力负荷状态下, 左心室发生代偿性变化, 心肌细胞逐渐肥大和心肌间质细胞大量增生并纤维化, 使左心室出现肥厚。现代医学研究证实: LVH 是高血压病的独立危险因素, 是导致心脏猝

表 4 两组治疗前后左室结构变化的比较 ($x \pm s$)

组别	n	LV EDD (mm)	VST (mm)	PWT (mm)	LVM I (g/m^2)
治疗组 31	治疗前	54.77 ± 3.29	11.49 ± 1.16	12.23 ± 1.21	142.85 ± 6.41
	治疗后	53.93 ± 3.17	10.23 ± 1.12** Δ	10.37 ± 1.74** Δ	127.32 ± 4.08* Δ
对照组 27	治疗前	54.72 ± 3.64	11.54 ± 0.99	12.17 ± 1.09	142.96 ± 7.12
	治疗后	53.81 ± 3.28	10.88 ± 1.07*	11.07 ± 1.98**	138.92 ± 6.08** Δ

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

表 5 两组治疗前后左室舒张功能变化的比较 ($x \pm s$)

组别	n	PVE (cm/s)	PVA (cm/s)	E A
治疗组 31	治疗前	58.26 ± 4.49	77.74 ± 9.18	0.72 ± 0.24
	治疗后	70.12 ± 4.08** Δ	74.21 ± 8.26	0.95 ± 0.18** Δ Δ
对照组 27	治疗前	59.18 ± 5.35	76.80 ± 7.84	0.75 ± 0.11
	治疗后	62.14 ± 5.27*	75.64 ± 6.29	0.79 ± 0.19

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ $\Delta \Delta P < 0.01$ 。

死、心肌缺血、心律失常等心血管意外增多的重要因素, 伴有左室肥厚的高血压病人, 其心脏疾病的发生率及病死率分别是无左心室肥厚的 3~20 倍^[4], 因此近年来 LVH 的研究越来越受到重视, 中医药也在这方面进行了一些探索。

中医学虽没有 LVH 的病名, 但从中医理论而言, LVH 与血瘀痰浊密切相关。高血压患者多因情志不和, 肝失疏泄, 肝气郁滞从而见头晕、头痛症状, 长期气滞而血液运行不畅, 以致瘀血内阻, “血不利则为水”, 水湿易凝聚成痰, 加上高血压患者本多肥胖, 肥者亦多痰多湿, 从而瘀血痰浊互结, 阻遏脉道而发病。因此, 笔者立法以化痰浊、通瘀阻、益心气, 自拟化痰活血益心方治疗 LVH。方中以黄芪、党参、桂枝益气养心, 葛根、钩藤、川芎等药物滋阴潜阳, 以降低或控制过高的血压, 减轻心脏尤其是左心室负荷, 配以丹参、瓜蒌、薤白等化痰通络祛痰之品, 抑制或改善心肌细胞和血管的重构, 消除和缓解心肌间质细胞纤维化, 达到逆转或消退 LVH, 改善和恢复左心室舒张功能之目的。

本研究表明化痰活血益心方能明显改善 ECG 积分, 对心电图 LVH 的检测指标 VST、PWT、LVM I 有明显改善作用, 并能显著增加 PVE, 与对照组比较有显著性差异, 从而提示经化痰活血益心方治疗后肥厚心肌的消退明显快于扩大心腔的回缩, 且左心室舒张功能显著改善, 尤其是反映心肌舒缓性的参数改善明显。

参考文献

- [1] Deveroux R B, Richek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass: anatomic validation of the method [J]. Circulation 1987; 55: 613-615.
- [2] 郑筱萸. 中医新药临床研究指导原则 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73-77.
- [3] 刘德桓. 高血压病中西医结合诊治研究 [M]. 厦门: 厦门大学出版社, 2003: 149-154.
- [4] 胡英, 蔡乃绳. 高血压左室肥厚的组织重构 [J]. 中华内科杂志, 1997; 36(6): 424-426.