红河医学　2020，1(1)：28~30

中西医结合治疗在高血压病合并高脂血症患者中的应用效果探讨

吉章辉
（云南省红河州弥勒市弥阳社区卫生服务中心医疗组，云南 弥勒　652399）

［摘要］ **目的**　对中西医结合治疗在高血压病合并高脂血症患者中的应用效果进行分析和探讨。**方法**　以我中心 2016 年 1 月–2018 年 1 月期间收治的 130 例高血压合并高脂血症患者为研究对象，对患者随机平均分组，观察组接受中西医结合治疗，对照组接受西医单独治疗，对比两组患者临床疗效。**结果**　观察组患者治疗结束后的各项血压、血脂指标值显著低于对照组患者（*P*<0.05），两组不良反应总发生率的比较差异不显著（*P*>0.05）。**结论**　中西医结合治疗高血压病合并高脂血症有积极效果，可有效改善患者血压、血脂水平，值得推广使用。

［关键词］ 中西医结合；高血压病；高脂血症；效果

在老年群体中，高血压合并高脂血症十分常见，患者常以不同程度的动脉压升高、血压水平异常上升等症状为主要临床表现。疾病的发生一方面将导致代谢功能障碍、脂质转运障碍，引发冠心病、心肌梗死等心脑血管疾病，威胁患者的生命健康；另一方面，由于需要长时期服药且病情易反复，因而将明显降低患者生活质量水平。传统上，临床对于高血压病合并高脂血症患者的治疗以口服降压降脂西药为主，口服西药的方式能够帮助患者控制血压、血脂水平，但不足在于疗效较为有限，部分患者用药后血压、血脂水平得不到有效控制或者病情容易反复发作；另外，长期服药易导致患者产生耐药性且有较大的概率合并多种不良反应。近年来，随着临床研究的不断深入，部分学者发现将中西医联合使用对高血压合并高脂血症患者展开临床治疗有较好效果，可有效弥补单独西医治疗的不足。鉴于此，文章以我中心 2016 年 1 月–2018 年 1 月期间收治的 130 例高血压合并高脂血症患者为对象，通过分组给予患者不同治疗方法的方式探讨了中西医结合治疗本病症的效果。现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

本次研究中的所有对象在我中心的就诊时间均在 2016 年 1 月–2018 年 1 月之间，参与研究的 130 例患者符合临床对于高血压合并高脂血症的诊断标准：血浆总胆固醇水平在 6.2mmol/L 以上、甘油三酯水平在 2.3mmol/L 以上、收缩压在 140mmHg/L 及以上、舒张压在 90mmHg/L 及以上。患者排除标准如下：(1)合并心肌梗死、脑卒中等心血管疾病的患者；(2)因为肾病综合征等其他原因导致的高脂血症患者；(3)妊娠期、哺乳期患者；(4)合并严重的精神类疾病，意识混乱不能主动配合研究开展的患者。

研究开始前对所有患者进行了常规宣教和注意事项告知，患者在知情后自愿签署研究同意书。采用数字随机法对 130 例患者平均分组，其中，观察组 65 例，男性 35 例，女性 30 例，患者年龄段为 22–72 岁，平均年龄为（49.22±3.22）岁，患者病程在 2–29 年之间，平均病程为（14.17±3.20）年；根据中医辩证分型，包括 37 例气滞血瘀型患

［作者简介］ 吉章辉（1978–），男，云南省镇雄人，医学学士，主治医师，主要从事中西医结合治疗高血压病、高脂血症、支气管炎、胃炎、颈肩腰腿痛、月经不调、肠系膜淋巴结炎。

者、28 例痰浊阻遏型患者。对照组 65 例，男性 38 例，女性 27 例，患者年龄段为 23–74 岁，平均年龄为（49.19±3.68）岁，患者病程在 2–30 年之间，平均病程为（14.65±3.38）年；根据中医辩证分型，包括 36 例气滞血瘀型患者、29 例痰浊阻遏型患者。统计学对比可知，两组患者上述基线资料的比较差异不显著（P>0.05）。

1.2　方法

给予对照组患者常规西医降压、降脂治疗：口服阿托伐他汀钙（ 天方药业有限公司， 国药准字：H20051984），10mg/次，1 次/d，睡前服用；口服硝苯地平缓释片（国药集团工业有限公司,国药准字:921H61220）,20mg/次,2 次/d，早晚各口服 1 次。

在上述西医常规治疗的基础上联合给予观察组患者中药辨证治疗。对于肝阳上亢证患者，选择以下方药：葛根、磁石各 21g，夜交藤 16g，川牛膝 15g，天冬 14g，夏枯草 13g，栀子 11g。对于痰湿阻滞证患者，选择以下方药：丹参 21g，山楂 19g，白术 15g，茯苓 14g，瓜蒌 13g，木香 10g，银杏叶 9g。对于气阴两虚具瘀证患者，选择以下方药：党参 26g，黄芪 24g，杜仲 14g，合欢皮 13g，枸杞子 12g，三七 11g。上述药物共同入水煎煮，保留药汁 300ml，早晚 2 次温服，150ml/次，1 剂/d。

连续治疗 2 周为 1 个疗程，所有患者均接受 3 个疗程的治疗。

1.3　评价指标

分别在治疗开始前和治疗后的 6 周测量患者血压、血脂水平，包括舒张压、收缩压以及总胆固醇、甘油三酯 4 项指标，以此判断患者治疗效果。与此同时，对患者整个治疗期间的

不良反应发生情况进行统计，如胃肠道反应、头痛、头晕等，以此判断两种治疗方式的临床应用安全性。

1.4　统计学分析

采用 SPSS21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，P<0.05 为差异具有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者治疗前后血压水平变化情况比较

治疗开始前，观察组和对照组患者的血压水平均较高，指标之间的比较差异不显著（P>0.05）；治疗结束后，两组患者血压水平有效下降，此时，观察组患者各项血压指标值显著低于对照组患者（P<0.05），数据如表 1 所示。

表 1　两组患者干预前后血压变化情况比较表（$\bar{x}\pm s$，mmHg）

组　别	收　缩　压		舒　张　压	
	治疗干预前	治疗干预后	治疗干预前	治疗干预后
观察组（n=65）	157.72±8.15	124.10±4.22	98.11±5.17	78.35±3.67
对照组（n=65）	154.57±8.23	143.93±5.64	97.23±5.20	86.28±4.38
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2　两组患者治疗前后血脂水平变化情况比较

治疗干预前，观察组和对照组患者血压指标的比较差异不显著（P>0.05）；治疗结束后，观察组患者各项血压指标值显著低于对照组患者（P<0.05），数据如表 2 所示。

表 2　两组患者干预前后血压变化情况比较表（$\bar{x}\pm s$，mmol/L）

组　别	总 胆 固 醇		甘 油 三 酯	
	治疗干预前	治疗干预后	治疗干预前	治疗干预后
观察组（n=65）	7.72±1.05	3.13±0.90	2.53±5.80	1.11±0.24
对照组（n=65）	7.52±1.33	4.34±1.18	2.50±5.47	1.99±0.59
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者治疗期间不良反应发生情况比较

观察组和对照组中均有部分患者在本次治疗期间出现了轻微的不良反应，主要为胃肠道反应、头晕头痛等。其中，观察组出现不良反应的患者共计 4 例，占比 6.15%；对照组中出现不良反应的患者共计 5 例，占比 7.69%。经统计学分析，两组数据之间的差异不显著（P>0.05）。数据如表 3 所示。

表 3 两组患者治疗期间不良反应发生情况比较表[n(%)]

组 别	例 数	胃肠道反应	头 晕	头 痛	总有效率
观察组	65	1（1.54）	2（3.08）	1（1.54）	4（6.15）
对照组	65	2（3.08）	1（1.54）	2（3.08）	5（7.69）
P					>0.05

3 讨论

近年来，随着现代人生活压力的不断增加以及生活方式、饮食习惯的改变，高血压、高脂血症的发病率有逐年上升和年轻化的趋势。与此同时，研究发现，当高血压和高脂血症同时发生时，疾病之间相互作用将进一步加剧人体脂质代谢的紊乱程度和高血压的危险性。数据显示，相较于血压、血脂水平正常的人群，舒张压水平在 90mmHg 以上、总胆固醇水平在 5.69mmol/L 以上的人群其合并冠心病等心脑血管的概率高出 35%左右、死亡的概率高出 47%左右。鉴于此，《高血压病防治指南》明确提出，在对高血压病患者进行治疗时，除了应当最大限度的控制患者血压水平、降低患者并发心血管疾病的概率以外；还应当有效控制患者血脂水平，谨防患者合并高脂血症。传统西医治疗高血压合并高脂血症有一定的效果，但疗效有限且病情易反复发作，不利于患者病情的控制和生活质量水平的提升。对此，中西医结合治疗本病成为了近年来研究的热点和重点。

中医认为，高血压属于“眩晕”、“头痛”的范畴，肝肾阴虚导致的肝阳上亢、嗜酒肥甘导致的痰湿内生等是引发疾病的主要原因，故患者常见头痛、头晕等症状。高脂血症属于“痰浊”“疲血”的范畴，肝阳上亢、过食肥甘厚腻之物导致的津液不布聚、脾胃运化功能失职是导致患者血脂升高出现高脂血症的主要原因。按照中医的观点，高血压与高脂血症的病机异中有同，在对二者展开临床治疗时，平肝潜阳、益气养阴、化痰降浊是关键。本次研究中根据患者的中医辨证分型选择不同中药药物展开临床治疗的方式，一方面保证了治疗的针对性，解决了西医单独治疗疗效个体差异大、易反复发作的问题；另一方面各药物之间起到了较好的协同作用，能够达到显著的降压、调脂功效，充分体现了中医“异病同治”的合理性与科学性。

综上所述，本次研究证实了中西医结合治疗高血压病合并高脂血症的有效性，相较于传统单纯依靠服用西药控制患者血压、血脂水平的方式，中西医结合治疗能够进一步改善患者各项临床症状，使患者血压、血脂水平值维持在正常范围之内；与此同时，该方法不会增加患者临床不良反应的发生风险，具有较高的安全性，值得在之后的临床工作中进一步推广使用。

[参考文献]

[1] 张海英.中西医结合治疗高血压病合并高脂血症 80 例总结[J].健康大视野,2019,(14):32.

[2] 任阳,谢圆媛.脂降宁片对老年高血压合并高脂血症病人血脂的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(16):2371-2374.

[3] 张世斌. 加味半夏白术天麻汤治疗高血压病并高脂血症的临床疗效观察[J].医学信息,2017,30(6):188-189.

[4] 李建红. 中西医结合治疗顽固性高血压病的疗效观察[J].中国医药指南,2015,13(16):212-213.

[5] 戴红立,丁海霞.不同剂量辛伐他汀治疗高血压合并高脂血症的疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(28):62.

[6] 刘志学. 中西医结合的最高境界是建立统一的新医学——访上海市中西医结合心血管病研究所所长吴宗贵教授[J].中国医药导报,2017,14(21):1-3.