

中西医结合治疗有吸毒史顽固性高血压 45 例

王文武^{1,3}, 杨鸿博², 滕久红⁴

(1. 湖南省麓山强制隔离戒毒所, 长沙市 410208;

2. 湖南省新开铺强制隔离戒毒所, 长沙 410009;

3. 湖南省五一九医院, 长沙市 410208;

4. 湖南中医药大学, 长沙市 410007)

【摘要】 目的: 观察中西医结合治疗有吸毒史顽固性高血压患者的临床疗效, 探索治疗有吸毒史顽固性高血压的科学方法。**方法:** 将 90 例有吸毒史顽固性高血压患者随机分成治疗组和对照组各 45 例, 两组均服用氢氯噻嗪、马来酸依那普利、硝苯地平缓释片, 治疗组同时服用平肝降压汤随证加减, 观察治疗 4 ~ 10 周。**结果:** 血压下降, 治疗组的总有效率为 91.1%, 对照组为 62.2%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。中医证候, 治疗组的总有效率为 88.9%, 对照组为 57.8%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 中西医结合可以有效治疗有吸毒史的顽固性高血压, 平肝降压汤对有吸毒史的顽固性高血压有协同降压效果。

【关键词】 中西医结合; 吸毒史; 顽固性高血压

doi:10.15900/j.cnki.zylf1995.2019.01.009

现在吸毒已经成为了我国一个严重的社会问题, 毒品容易导致吸毒者多器官功能受累。据文献报道有吸毒史的人群高血压患病率较高^[1], 笔者在临床实践中也发现有吸毒史的人群中高血压患病率较高, 而且顽固性高血压的比率也较高。有学者用中西医结合治疗普通人群顽固性高血压取得了较好的效果^[2]。笔者也在于 2017 年 1 月 ~ 2018 年 3 月用中西医结合治疗有吸毒史顽固性高血压患者 45 例, 疗效确切, 并与单纯用西药治疗的 45 例进行对照, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将 90 例有吸毒史顽固性高血压病患者采用随机数字表法分为两组, 治疗组 45 例, 其中吸食传统毒品的 7 例、吸食合成毒品的 38 例; 男性 44 例、女性 1 例; 年龄为 31 ~ 67 岁, 平均为 (50 ± 13.8) 岁; 病程为 0.3 ~ 17 年, 平均为 (13 ± 4.8) 年; 收缩压为 (180 ± 13.2)

mmHg, 舒张压为 (110 ± 10.8) mmHg; 中医辨证: 肝火亢盛型 4 例、阴虚阳亢型 32 例、痰湿壅盛型 3 例、阴阳两虚型 6 例。对照组 45 例, 其中吸食传统毒品的 11 例、吸食合成毒品的 33 例; 全为男性, 年龄为 39 ~ 65 岁, 平均为 (51 ± 10.5) 岁; 病程为 0.5 ~ 20 年, 平均为 (12 ± 8.8) 年; 收缩压为 (180 ± 14.1) mmHg, 舒张压为 (110 ± 10.6) mmHg。所有治疗组患者均有半年以上的吸毒史且已经戒毒 3 个月以上。两组的一般资料对比, 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

所有病例均根据《中国高血压防治指南 (2010 年修订版)》中顽固性高血压的诊断标准诊断、鉴别诊断和危险分层^[3]。

1.2.2 中医证候诊断标准

参考 2002 年《中药新药临床研究指导原则 (试

作者简介: 王文武 (1975-), 男, 43 岁。湖南省麓山强制隔离戒毒所 (湖南省五一九医院) 副主任医师, 业务副院长; 中国药物滥用防治协会青年专家委员、成瘾分会委员。研究方向: 戒毒医疗、心血管内科。邮箱: 13974860717@163.com。

行)》中《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》有关高血压证候的诊断标准^[4]。

1.2.3 病例排除标准

排除继发性高血压,吸毒时间少于半年,戒毒时间少于3个月且伴有其他严重的心脑血管疾病的高血压患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组采用西医联合降压治疗方案:卡托普利+硝苯地平缓释片+氢氯噻嗪。

1.3.2 治疗组采用中西医结合降压治疗,在对照组治疗方案的基础上,根据患者的中医证候特点选用中药处方。

基础处方为平肝降压汤:天麻10g、钩藤15g、石决明20g、夏枯草15g、牛膝15g、延胡索10g等。肝火偏亢盛者加丹皮10g、杭菊10g。痰湿偏盛者去生地加半夏10g、茯苓10g。阴阳两虚者加肉桂5g、麦冬10g。失眠、焦虑明显者加夜交藤15g、茯神10g。免疫力较低、气血不足者加黄芪10g、当归10g。

1.3.3 以上治疗均以2周为1个疗程,最长治疗5个疗程。

治疗期间,不另服其他降压、降脂和血管扩张药。所有患者每周测量血压2次,每次在同一时间平均测量血压3次,取平均值。每次测量血压前要求患者安静休息15分钟。

1.4 疗效判断标准

参考《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》中的疗效判定标准进行评定^[4]。

1.4.1 血压疗效判定标准

显效:舒张压下降10mmHg以上,并达到正常范围;或舒张压虽未降至正常,但已下降20mmHg以上。有效:舒张压下降不及10mmHg,但已达到正常范围;或舒张压较治疗前下降10~19mmHg,但未达到正常范围;或收缩压较治疗前下降30mmHg以上。须具备其中1项。无效:未达到以上标准者。

1.4.2 证候疗效判定标准

显效:临床症状、体证明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状、体证明显好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:临床症状、体证无明显改善,证候积分减少不足30%。

1.5 统计学方法

应用SPSS19.0软件对所有数据进行统计学分析。计量资料数据以均数(\bar{x}) \pm 标准差(S)表示,采用

t检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表1 两组治疗后的血压疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	11(24.4)	30(66.7)	4(8.9)	41(91.1)
对照组	45	5(11.1)	23(51.1)	17(37.8)	28(62.2)

注:由表1可知,两组的降压效果总有效率比较,治疗组优于对照组。 $P < 0.05$,差异有统计学意义

表2 两组治疗后的证候疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	13(28.9)	27(60.0)	5(11.1)	40(88.9)
对照组	45	6(13.3)	20(44.4)	19(42.2)	26(57.8)

注:由表2可知,两组的临床症状改善总有效率比较,治疗组优于对照组。 $P < 0.05$,差异有统计学意义

3 讨论

现代医学对有吸毒史的顽固性高血压形成机制还不十分清楚。一般认为高血压的发病机制主要与遗传、交感神经系统活性亢进、RAAS激活、钠过多、胰岛素抵抗等因素有关^[5]。现在的研究表明长期吸毒可以导致吸毒者血清胰岛素和胰高血糖素增高、动脉病变和动脉血管壁内膜损伤、肾素、血管紧张素II和醛固酮的浓度高于正常人^[6];合成类固醇、交感神经兴奋性增强、儿茶酚胺分泌增加、肾脏功能受损等病理变化^[7]。这些病理改变在吸毒人员顽固性高血压的形成及维持过程中可能分别起到了不同程度的作用。

中医学顽固性高血压属“眩晕、头痛”的范畴。现代中医学者多认为吸毒人员在成瘾期、急性戒断期、戒断稽延期的临床症状和证候动态变化并呈一定的规律性,症状随脱毒时间延长而逐渐减轻;证候的组合形式、组合形态也是动态变化的,不同时期均有不同的证型组合^[8-10]。本人在临床观察中发现有吸毒史顽固性高血压患者以阴虚阳亢型居多。主要病机可能是吸毒者长期吸毒,素体本虚,久病伤肾,可致肾阴亏虚;肝肾同源,肾阴虚不能上滋肝木,致肝阴亏虚,肝阴虚可下及肾阴,使肾阴不足,故两脏阴液常同亏;阴虚阳亢,上扰头目,故头晕目眩。

本研究对有吸毒史顽固性高血压患者采用中西医结合治疗方法。基础方平肝降压汤主治阴虚阳亢型顽固性高血压,其功效为平肝潜阳、滋阴补肾。方中以

天麻、钩藤为君药。天麻息风止痉、平肝潜阳、祛风通络，有降低外周血管和冠状血管阻力、降压、减慢心率的作用。钩藤息风止痉、清热平肝，有镇静、降压作用，可降低大脑皮质兴奋性。两药合用具有平肝息风之效。石决明、夏枯草、牛膝为臣药。石决明平肝潜阳，有镇静作用。夏枯草清肝火、散郁结，有降压及抗心律失常作用。牛膝活血通经、补肝肾，有降压及利尿作用。三药合用加强君药平肝息风之力，又清肝火，引火下行。其余药均为佐药。全方诸药合用，相辅相成，配伍得当，主次分明，共奏平肝潜阳、滋阴补肾、清热活血之功效。对于其他证型的肝火偏亢盛者加丹皮、杭菊；痰湿偏盛者去生地加半夏、茯苓；阴阳两虚者加肉桂、麦冬；失眠、焦虑明显者加夜交藤、茯神；免疫力较低、气血不足者加黄芪、当归。结果表明，中西医结合治疗方法在降压效果总有效率和临床症状改善总有效率方面都明显优于单纯西药治疗方法。

有吸毒史顽固性高血压患者长期吸食毒品对全身多器官功能损害明显。在临床实践中单用西药治疗效果不佳，长期治疗易产生耐药性和毒副作用，患者的依从性也较差。中西医结合治疗有吸毒史顽固性高血压患者

的临床疗效明显优于单用西药治疗，且毒副作用相对较小，值得以后在临床上推广。

【参考文献】

- [1] 于传华. 强制隔离戒毒人员高血压患病率调查研究[J]. 中国药物依赖性杂志, 2018, 27(1): 64-66.
 - [2] 邢菲, 徐京育, 冯欣. 中西医结合治疗顽固性高血压 36 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(4): 44-45.
 - [3] 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: 579-615.
 - [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 第一辑. 1993: 28.
 - [5] 林果为, 王吉耀, 葛均波. 实用内科学[M]. 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 998-999.
 - [6] 贾少微. 精神活性物质依赖[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 257-259.
 - [7] 王莉, 赵竞, 孙俊, 等. 稽延性戒断综合征症状和中医证候特点初步分析[J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33(8): 10-13.
 - [8] 杜万君, 郭崧. 海洛因依赖者中医证型研究[J]. 中医杂志, 2002, 43(11): 853-855.
 - [9] 鲁丽, 刘艳萍, 杨柏枫. 107 例戒毒者健康状况与中医证候特点分析[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2008, 14(4): 219-220.
- (收稿日期: 2018-09-12; 修回日期: 2018-10-08)

上接 22 页

【参考文献】

- [1] 王志刚. 曲马多的临床应用介绍[J]. 中国药物滥用防治杂志, 1997, 8(1): 35.
 - [2] 张浩然, 刘志民. 曲马多药物滥用现状及的管理[J]. 中国药物依赖性杂志, 2014, 23(3): 170-175.
 - [3] 任丽贤, 邓发亮, 唐时幸. 曲马多完全抗原的合成及其在胶体金上的应用[J]. 中国药物依赖性杂志, 2014, 23(3): 192-195.
 - [4] 张逢, 邹成功. 曲马多致严重不良反应 4 例[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2014, 20(2): 105, 111.
 - [5] 宣刚. 曲马多致癫痫发作 1 例[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2014, 20(2): 110.
 - [6] 朱秀美, 艳丽, 肖春玲. 曲马多所致不良反应近况文献概述[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2014, 20(6): 262-263.
 - [7] 郝伟, 赵敏, 李静. 成瘾医学 - 理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 238-240.
 - [8] 杜新忠. 实用戒毒医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 第二版, 2015: 477-479.
- (收稿日期: 2018-05-18; 修回日期: 2018-09-06)