

归脾汤加减对高血压病合并抑郁症患者 血压及其生活质量的影响

李海聪¹ 杨毅玲² 杨学青¹ 李求兵¹ 王 燕¹ 朱 赫^{1△} 田 心¹ 陈晓光¹

摘要 目的 研究归脾汤加减对高血压病合并抑郁症患者血压及其生活质量的影响。**方法** 将 245 例高血压病合并抑郁症患者随机分为治疗组(125 例)和对照组(120 例),最终纳入合格病例治疗组为 117 例,对照组为 111 例,分别给予归脾汤加减的中药汤剂和西药舍曲林片治疗,疗程均为 4 周。观察两组患者治疗前后不同时期患者血压的变化、17 项汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale-17, HAMD-17)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)、健康状况问卷(Short-Form 36 Health Survey Questionnaire, SF-36)、治疗药物不良反应量表(Treatment Emergent Symptom Scale, TESS)等评分的变化,以判断两组的临床疗效。**结果** (1)与本组治疗前比较,治疗组 2 周后收缩压谷值和舒张压谷值均降低,对照组 2 周后收缩压谷值降低,舒张压谷值 3 周后降低(均 $P < 0.05$, $P < 0.01$),两组在治疗第 2、3、4 周时收缩压谷值下降值和舒张压谷值下降值均明显大于其第 1 周的下降低值($P < 0.05$, $P < 0.01$)。与对照组同期比较,在治疗第 4 周时,治疗组收缩压谷值下降明显($P < 0.01$),收缩压谷值下降值和舒张压谷值下降值均大于对照组($P < 0.01$)。治疗组目标血压达标率为 60.7%(71/117),对照组为 42.3%(47/111),两组比较,治疗组优于对照组($\chi^2 = 7.6781$, $P < 0.01$)。(2)与本组治疗前比较,两组治疗后第 2、3、4 周 HAMD-17 评分均降低($P < 0.01$),与对照组比较,治疗组治疗后第 4 周 HAMD-17 评分降低更明显,减分差值增大(均 $P < 0.05$);有效率达 79.5%(93/117),对照组有效率为 66.7%(74/111),治疗组高于对照组($\chi^2 = 4.7741$, $P < 0.05$)。(3)与本组治疗前比较,两组治疗后第 1、2、3、4 周 HAMA 分值均明显降低($P < 0.05$, $P < 0.01$);与对照组比较,治疗组治疗后第 3、4 周 HAMA 分值降低,减分差值增大($P < 0.05$, $P < 0.01$)。(4)治疗 4 周后,除对照组生理机能外,两组 SF-36 总分及各因子评分均明显升高($P < 0.05$, $P < 0.01$),治疗组改善生理机能、生理职能、总体健康、情感职能和健康变化更优于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。(5)治疗组失眠、震颤、易激动、头晕的发生率均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 归脾汤加减对高血压病患者的抑郁症有良好的临床疗效,同时能改善高血压病合并抑郁症患者的血压和生活质量。

关键词 归脾汤;高血压病;抑郁症;生活质量

Effect of Modified Guipi Decoction on Blood Pressure and Quality of Life in Hypertension Patients Complicated Depression LI Hai-cong¹, YANG Yi-ling², YANG Xue-qing¹, LI Qiu-bing¹, WANG Yan¹, ZHU He¹, TIAN Xin¹, and CHEN Xiao-guang¹ 1 Department of Geriatrics, China-Japan Friendship Hospital, Beijing (100029); 2 Faculty of Diagnostics, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing (100029)

ABSTRACT Objective To study the effect of Modified Guipi Decoction (MGD) on blood pressure and quality of life (QOL) in hypertension patients complicated depression. **Methods** Totally 245 hypertension patients complicated depression were randomly assigned to the treatment group (125 cases, treated with MGD) and the control group (120 cases, treated with Sertraline). Final recruited qualified patients were 117 cases in the treatment group and 111 cases in the control group. The therapeutic course

基金项目:中日友好医院院级科研基金资助项目(No. 2010-MS-37)

作者单位:1. 中日友好医院老年病科(北京 100029); 2. 北京中医药大学诊断教研室(北京 100029)

通讯作者:杨毅玲, Tel: 010-84205094, E-mail: lihaicong@tom.com

[△]现在单位:中国中医科学院广安门医院(北京 100053)

DOI: 10.7661/CJIM.2016.02.0172

for all was 4 weeks. Changes of blood pressure, scores rated by Hamilton Depression Scale-17 (HAMD-17), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA), short-form 36 health survey questionnaire (SF-36), and Treatment Emergent Symptom Scale (TESS) were observed before and after treatment, thereby judging their efficacies. Results (1) Compared with before treatment in the same group, systolic and diastolic blood pressures significantly decreased in the treatment group after 2 weeks of treatment; systolic blood pressure significantly decreased after 2 weeks of treatment and diastolic blood pressure significantly decreased after 3 weeks of treatment in the control group (all $P < 0.05$, $P < 0.01$). Decreased valley values of systolic and diastolic blood pressures at week 2, 3, and 4 after treatment were obviously higher than those at week 1 after treatment in the two groups ($P < 0.05$, $P < 0.01$). Compared with the control group at week 4 after treatment, valley value of systolic blood pressure obviously decreased in the treatment group ($P < 0.01$). Decreased valley values of systolic and diastolic blood pressures in the treatment group were higher than those of the control group ($P < 0.01$). The success rate of target blood pressure was 60.7% (71/117 cases) in the treatment group and 42.3% (47/111 cases) in the control group, with statistical difference ($\chi^2 = 7.6781$, $P < 0.01$). (2) Compared with before treatment in the same group, the score of HAMD-17 at week 2, 3, and 4 after treatment all decreased in the two groups ($P < 0.01$). Compared with the control group, the score of HAMD-17 at week 4 after treatment decreased more obviously in the treatment group, with higher difference in decreased value ($P < 0.05$). The effective rate was 79.5% (93/117) in the treatment group, higher than that in the control group [66.7% (74/111); $\chi^2 = 4.7741$, $P < 0.05$]. (3) Compared with before treatment in the same group, the score of HAMA at week 1, 2, 3, and 4 after treatment all obviously decreased in the two groups ($P < 0.05$, $P < 0.01$). Compared with the control group, the score of HAMA at week 3 and 4 after treatment decreased more obviously in the treatment group, with higher difference in decreased value ($P < 0.05$, $P < 0.01$). (4) After 4 weeks of treatment, except physical function in the control group, SF-36 total score and the score for each factor were obviously higher in the two groups ($P < 0.05$, $P < 0.01$). MGD showed superior effect in improving physical function, physical activity, overall health, emotion activity, and health changes to that of Sertraline ($P < 0.05$, $P < 0.01$). (5) The incidence of insomnia, tremor, liability to agitation, dizziness was obviously less in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). Conclusions MGD had favorable clinical effect on hypertension patients complicated depression. Meanwhile, it also could improve their blood pressure and QOL.

KEYWORDS Guipi Decoction; hypertension; depression; quality of life

高血压病是心血管疾病中的常见病、多发病。同时高血压是我国人群脑卒中、冠心病发病的重要的危险因素,高血压可增加心力衰竭和肾脏疾病的危险。高血压病的发病机制更多的被认为是生物学的发病过程,如遗传、肾素—血管紧张素—醛固酮系统平衡失调、胰岛素抵抗、钠盐摄入过多、肥胖及神经系统调节功能失调等。而近年来研究发现,高血压病除了受生物学因素影响外,其同时是一种心身性疾病,社会心理因素在高血压病的发病过程中亦起重要的作用,高血压病与心理因素的相关性近来受到广泛关注^[1]。研究表明,长期的心理压抑、急剧而强烈的精神创伤也是高血压病发生的重要原因。抑郁、焦虑等不良情绪对高血压病的发生发展均有显著的影响^[2]。高血压病同时合并抑郁症患者也有较高的发病率。有学者认为,充分重视高血压病患者的心理健康状况,早期识

别、积极干预高血压病患者所伴发的抑郁情绪,并给予有效的心理、社会或药物干预,对于进一步提高高血压病的防治水平、改善预后具有重要意义^[3]。本文主要就归脾汤对高血压病合并抑郁症患者的血压的影响及改善其生活质量的结果报道如下。

资料与方法

1 诊断标准

1.1 高血压病诊断标准 参考《中国高血压防治指南》^[4]中高血压病诊断标准。抑郁症的诊断标准:参考《中国精神障碍分类与诊断标准》^[5](CCMD-3)中各型抑郁发作诊断标准。17项汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale-17, HAMD-17)评分基线总分 ≥ 17 分^[6]。

1.2 中医辨证分型标准 参照文献^[7]。心脾

两虚气血不足型:面色苍白或萎黄,神疲乏力,心慌气短,食少懒言,情绪低落,心烦失眠,悲观厌世,健忘,善叹息,唇甲淡白,舌淡胖,苔白,脉细弱。

2 纳入标准 (1)符合高血压病诊断标准、抑郁症诊断标准及中医心脾两虚气血不足分型标准;(2)年龄 ≥ 18 岁;(3)近1个月内未进行过抗抑郁治疗患者;(4)能坚持完成全部疗程的治疗,并能按要求接受随访;(5)签署知情同意书。

3 排除标准 有严重自杀倾向;重大躯体疾病或合并其他系统严重疾病者;癫痫病;已知的酗酒或药物依赖者;既往对试验药物过敏者;1个月内参加过其他药物试验;同时接受心理治疗者。

4 一般资料 245 例均为 2011 年 1 月—2013 年 12 月中日友好医院的高血压病合并抑郁症的门诊或住院患者,根据计算机随机制定的随机号,将患者分为治疗组(125 例)和对照组(120 例)。治疗组最终纳入合格病例为 117 例,对照组为 111 例。两组患者性别、年龄、高血压病病程和抑郁病程、治疗前平均血压值和 HAMD-17 平均基线总分及合并疾病比较(表 1),差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究方案经本院伦理委员会审核同意。

表 1 两组一般资料比较

项目	治疗组(117 例)	对照组(111 例)
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	63.3 \pm 13.5	62.9 \pm 13.3
性别(男/女)	61/56	64/47
高血压病程(年, $\bar{x} \pm s$)	12.3 \pm 10.2	11.9 \pm 8.8
血压(mmHg, $\bar{x} \pm s$)		
收缩压	159.2 \pm 14.7	160.7 \pm 15.2
舒张压	93.7 \pm 15.4	92.5 \pm 14.9
抑郁病程(年, $\bar{x} \pm s$)	3.5 \pm 2.6	3.2 \pm 2.6
HAMD-17 总分(分, $\bar{x} \pm s$)	27.3 \pm 7.2	26.9 \pm 7.5
总分 ≥ 24 分(例)	66	64
17~23分(例)	51	47
合并疾病(例)		
多发腔隙脑梗	10	13
稳定型冠心病	27	30
高脂血症	45	39
糖尿病	22	17
慢性支气管炎	8	8
脂肪肝	20	24
消化性溃疡	5	4
其他	13	11

5 治疗方法 治疗组给予健脾养心、补益气血、安神解郁治疗,采用归脾汤加减:党参 15 g 白术 15 g 生黄芪 15 g 当归 15 g 茯苓 20 g 远志 15 g 酸枣仁 40 g 木香 10 g 龙眼肉 15 g 生姜 10 g 大枣 10 g 阿胶(烔化)10 g 煅龙骨 30 g 煅牡蛎

30 g 浮小麦 30 g 石决明(先煎)30 g 灵磁石 20 g 薄荷(后下)10 g 合欢花 10 g 香附 10 g 栀子 10 g 黄连 10 g。每日 1 剂,水煎取汁 400 mL,分 2 次服(早、晚各 1 次),疗程 4 周。对照组给予舍曲林片(50 mg/片,由 Pfizer Pharmaceutical Ltd 生产,生产批号:1172002)口服,每日 1 次,每次 50 mg,与食物同服。第 3 日,如果患者症状改善则仍维持原剂量,如果症状无改善则逐渐增加剂量,1 周后可增加至 200 mg,疗程 4 周。

合并用药规定:不合并使用其他具有抗抑郁、催眠、抗精神病作用的中药和西药治疗。高血压病的治疗:两组患者可按常规服用治疗高血压病的基本药物,西药如血管紧张素 II 受体拮抗剂、血管紧张素转化酶抑制剂、钙拮抗剂、 β 受体阻滞剂、利尿剂等;中成药如牛黄降压丸、牛黄清心丸等。其他合并疾病的常规用药,如治疗心、脑血管病药物、降血脂药、抗血小板聚集药、治疗糖尿病药物等照常使用。

6 观察指标及方法

6.1 血压的变化 观察两组患者治疗前、治疗第 1、2、3、4 周末(24 \pm 3)h 袖带坐位收缩压谷值和舒张压谷值与基线血压的变化;第 4 周后目标血压(<140/90 mmHg)达标率;24 h 动态血压监测结果。

6.2 HAMD-17 评分 观察两组治疗前后评分变化。

6.3 汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)评分 观察两组治疗前后 HAMA 变化。

6.4 健康状况问卷(Short-Form 36 Health Survey Questionnaire, SF-36)评分 参照文献[8,9],观察两组治疗前后评分变化。

6.5 不良反应量表(Treatment Emergent Symptom Scale, TESS)评分 观察患者治疗前后评分变化,以上 5 项分别于治疗前,治疗第 1、2、3、4 周末各观察记录 1 次。

6.6 安全性指标 实验检查血、尿、便常规,肝、肾功能,血液生化及心电图等,治疗前后各检查 1 次。

7 疗效评定标准 疗效评估主要指标为收缩压谷值和舒张压谷值的变化、目标血压(<140/90 mmHg)达标率、HAMD-17 评分变化,次要指标为 HAMA 和 SF-36 评分变化。抑郁症疗效判定按 HAMD-17 总分减分率划分总体疗效:减分率 $\geq 75\%$ (或总分 ≤ 7 分)为临床痊愈,50%~74%为显著进步,25%~49%为进步,<25%为无效。有效率(%)=(临床痊愈例数+显著进步例数)/总例数 $\times 100\%$ 。减分率(%)=(基线总

分 - 治疗后总分) / 基线总分 × 100% [6]。

抑郁症的严重程度以 HAMD-17 总分变化情况来反映病情严重程度: 重度为 HAMD-17 总分 ≥ 24 分, 中度为 HAMD-17 总分为 17 ~ 23 分, 临床痊愈为 HAMD-17 总分 ≤ 7 分, 症状残留总分为 HAMD-17 > 7 分 [10]。

8 统计学方法 统计分析采用 SPSS 18.0 统计软件进行处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组间比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验、Fisher 精确概率检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

结 果

1 脱落情况 治疗组有 3 例失访, 2 例因药物不良反应不能坚持而退出试验, 3 例未遵循给药规定而合并了其他禁用的药物因而终止试验, 共计不合格病例 8 例, 合格病例为 117 例。对照组失访 2 例, 因药物不良反应不能坚持而退出试验者 4 例, 未遵循给药规定而合并了其他禁用的药物因而终止试验 2 例, 其他原因意外死亡(交通事故) 1 例, 共计不合格病例 9 例, 合格病例为 111 例。

2 两组治疗前后血压比较(表 2) 两组治疗前血压水平差异无统计学意义(P > 0.05)。与本组治疗前比较, 治疗组在治疗后第 2、3、4 周收缩压谷值和舒张压谷值下降明显(P < 0.05, P < 0.01), 对照组在治疗后第 2、3、4 周收缩压谷值下降明显(P < 0.05, P < 0.01), 舒张压谷值在第 3、4 周亦明显下降(P < 0.05)。两组在治疗第 2、3、4 周时收缩压谷值下降值和舒张压谷值下降值均明显大于其第 1 周的下降值(P < 0.05, P < 0.01)。与对照组同期比较, 在治疗第 4 周时, 治疗组收缩压谷值下降明显(P < 0.01), 收缩压谷值下降值和舒张压谷值下降值均大于对照组(P < 0.01)。治疗组目标血压达标率为 60.7% (71/117), 对照组为

42.3% (47/111), 两组比较, 治疗组高于对照组($\chi^2 = 7.6781, P < 0.01$)。

3 两组治疗前后 HAMD-17 评分比较(表 3) 与本组治疗前比较, 两组治疗后第 2、3、4 周 HAMD-17 评分均有下降(均 P < 0.01), 且对照组治疗后第 1 周 HAMD-17 评分比治疗前明显下降(P < 0.05)。与对照组同期比较, 治疗组治疗第 4 周 HAMD-17 评分下降明显(P < 0.05), 同时其治疗前后的减分差亦大于对照组(P < 0.05)。治疗组有效率为 79.5% (93/117), 对照组为 66.7% (74/111), 两组比较, 治疗组优于对照组($\chi^2 = 4.7741, P < 0.05$)。

表 3 两组治疗前后 HAMD-17 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	HAMD-17 评分
治疗	117	治疗前	27.3 ± 7.2
		治疗第 1 周	25.6 ± 7.8
		治疗第 2 周	23.3 ± 9.4 **
		治疗第 3 周	15.6 ± 8.5 **
		治疗第 4 周	11.5 ± 7.3 *** Δ
		减分差	-15.8 ± 7.9 Δ
对照	111	治疗前	26.9 ± 7.5
		治疗第 1 周	24.2 ± 8.6 *
		治疗第 2 周	21.4 ± 10.1 **
		治疗第 3 周	17.3 ± 9.6 **
		治疗第 4 周	14.6 ± 7.1 **
		减分差	-12.3 ± 8.3

注: 减分差 = 治疗前评分 - 治疗第 4 周末评分; 与本组治疗前比较, *P < 0.05, **P < 0.01; 与对照组同期比较, $\Delta P < 0.05$

4 两组治疗前后 HAMA 评分比较(表 4) 与本组治疗前比较, 治疗后两组第 1、2、3、4 周其 HAMA 分值均明显降低(P < 0.05, P < 0.01)。治疗组治疗后第 3、4 周 HAMA 分值低于对照组(P < 0.05), 同时治疗前后的减分差明显大于对照组(P < 0.01)。

5 两组 SF-36 评分比较(表 5) 与本组治疗前比较, 对照组治疗后第 2 周其生理机能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、社会功能、精神健康和总分均升高

表 2 两组治疗前后血压谷值及其下降值的比较 (mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	收缩压谷值	舒张压谷值	收缩压谷值下降值	舒张压谷值下降值
治疗	117	治疗前	159.2 ± 14.7	93.7 ± 15.4	—	—
		治疗第 1 周	156.5 ± 15.5	91.2 ± 16.4	2.7 ± 5.8	2.5 ± 6.1
		治疗第 2 周	154.6 ± 13.8 *	89.1 ± 14.5 *	4.6 ± 4.7 Δ	4.7 ± 5.0 Δ
		治疗第 3 周	149.3 ± 14.5 **	87.1 ± 13.9 **	9.9 ± 4.5 $\Delta\Delta$	6.6 ± 4.2 $\Delta\Delta$
		治疗第 4 周	143.8 ± 16.0 ** Δ	84.6 ± 14.7 **	15.4 ± 8.2 $\Delta\Delta\Delta$	9.2 ± 5.4 $\Delta\Delta\Delta$
		对照	111	治疗前	160.7 ± 15.2	92.5 ± 14.9
治疗第 1 周	158.1 ± 15.4	90.2 ± 15.3		2.6 ± 5.5	2.3 ± 5.7	
治疗第 2 周	155.7 ± 14.9 *	88.7 ± 15.6		5.0 ± 4.4 $\Delta\Delta$	3.8 ± 4.5 $\Delta\Delta$	
治疗第 3 周	153.2 ± 13.6 **	87.1 ± 14.2 *		7.5 ± 4.8 $\Delta\Delta$	5.4 ± 4.0 $\Delta\Delta$	
治疗第 4 周	150.5 ± 12.9 **	86.4 ± 13.8 *		10.2 ± 6.5 $\Delta\Delta$	6.1 ± 4.8 $\Delta\Delta$	

注: 与本组治疗前比较, *P < 0.05, **P < 0.01; 与本组治疗第 1 周比较, $\Delta P < 0.05, \Delta\Delta P < 0.01$; 与对照组同期比较, $\Delta P < 0.01$

表 4 两组治疗前后 HAMA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	HAMA 评分
治疗	117	治疗前	23.7 ± 8.7
		治疗第 1 周	21.5 ± 7.6*
		治疗第 2 周	18.2 ± 9.1**
		治疗第 3 周	14.7 ± 7.4** [△]
		治疗第 4 周	10.9 ± 7.8** [△]
		减分差	-12.8 ± 6.6 [△]
对照	111	治疗前	23.2 ± 8.0
		治疗第 1 周	20.4 ± 8.4*
		治疗第 2 周	18.9 ± 7.5**
		治疗第 3 周	16.9 ± 7.2**
		治疗第 4 周	13.7 ± 8.3**
		减分差	-9.5 ± 6.2

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组同期比较,[△] $P < 0.05$

($P < 0.05$),治疗后第 4 周除生理机能外的其他因子评分和总分均明显升高 ($P < 0.05$, $P < 0.01$);治疗组治疗后第 2 周躯体疼痛、总体健康、生命活力、精神健康、健康变化和总分均明显升高 ($P < 0.05$, $P < 0.01$),治疗后第 4 周所有因子评分和总分均升高 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗组治疗后第 4 周生理机能、生理职能、总体健康、情感职能和健康变化评分均高于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$),但两组的总分差异无统计学意义($P > 0.05$)。

6 两组不良反应发生率比较(表 6) 常见的不良反应为失眠、焦虑、震颤、易激动、出汗、精神紧张、恶心、头晕、食欲减退、头痛。治疗组失眠、震颤、易激动、头晕的发生率均明显低于对照组($\chi^2 = 5.6353$, $P < 0.05$)。

表 5 两组 SF-36 量表评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组(117 例)			对照组(111 例)		
	治疗前	治疗第 2 周	治疗第 4 周	治疗前	治疗第 2 周	治疗第 4 周
生理机能	64.6 ± 27.4	71.7 ± 30.0	79.8 ± 29.4** [△]	65.3 ± 26.8	74.1 ± 31.5*	72.0 ± 28.2
生理职能	52.8 ± 25.1	57.8 ± 26.2	80.3 ± 27.3** [△]	50.9 ± 26.2	58.4 ± 28.7*	69.6 ± 29.1**
躯体疼痛	57.3 ± 29.1	64.9 ± 29.6*	69.5 ± 31.5*	55.9 ± 27.5	66.5 ± 28.4*	75.5 ± 30.6**
总体健康	48.1 ± 24.8	55.1 ± 26.7*	69.9 ± 25.6** [△]	47.6 ± 23.4	56.2 ± 26.4*	61.2 ± 26.2**
生命活力	47.6 ± 26.5	56.4 ± 29.4*	65.1 ± 30.2**	48.6 ± 24.9	55.7 ± 30.1	69.2 ± 32.7**
社会功能	55.8 ± 27.0	62.4 ± 26.0	72.3 ± 25.7**	56.9 ± 29.1	65.6 ± 27.2*	68.9 ± 28.5*
情感职能	54.6 ± 19.2	59.5 ± 21.5	76.8 ± 20.8** ^{△△}	53.7 ± 20.2	58.9 ± 21.4	66.4 ± 22.6**
精神健康	63.9 ± 28.3	72.9 ± 29.8*	77.2 ± 27.9**	65.5 ± 26.5	76.3 ± 30.5*	80.1 ± 29.0**
健康变化	50.1 ± 25.9	66.8 ± 28.3**	81.7 ± 25.7** ^{△△}	51.8 ± 27.0	57.4 ± 26.6	67.8 ± 28.8**
总分	54.9 ± 26.4	63.1 ± 27.8*	74.7 ± 26.7**	55.1 ± 26.5	63.2 ± 26.9*	70.1 ± 28.5**

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组同期比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$

表 6 两组不良反应发生率比较 [例(%)]

组别	例数	失眠	焦虑	震颤	易激动	出汗	精神紧张	恶心	头晕	食欲减退	头痛
治疗	117	5(4.3)*	7(6.0)	0(0.0)*	6(5.1)*	6(5.1)	7(6.0)	10(8.5)	5(4.3)*	13(11.1)	3(2.6)
对照	111	16(14.4)	10(9.0)	4(3.6)	16(14.4)	4(3.6)	4(3.6)	5(4.5)	14(12.6)	9(8.1)	6(5.4)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

7 安全性观察 两组患者的血压,心率,肝、肾功能,心电图等在治疗的各阶段均无明显异常变化。

讨 论

流行病学研究表明,抑郁症与高血压关系密切,两者互相影响^[11]。心血管疾病患者常伴有抑郁的症状,高血压病患者更容易发生抑郁症。国外研究表明,高血压病患者抑郁症的发生率达 20% ~ 30%^[12]。国内也有研究^[13]显示,高血压病患者抑郁症的患病率为 15.8%,高血压病程 3 年以上,重度高血压,曾有住院史的患者其抑郁评分更高^[13]。抑郁症不仅是高血压发生、发展的重要因素,而且还影响高血压的转归、预后及药物疗效^[11,14]。

一些前瞻性研究认为,抑郁症是高血压病发生的一项独立危险因素。Adamis D 等^[15]学者的研究显示,抑郁症患者的高血压患病率增高,抑郁的情绪与血压升高水平相关。为了评估抑郁症与高血压病发生的关系,Jonas BS 等^[16]对 2 992 例血压正常者进行了 7 ~ 16 年的随访,发现具有高抑郁症状评分的患者发生高血压病的风险成倍增加。同样,高血压病患者中抑郁症的患病率也在增加,患者一旦患有高血压病,常会出现多方面的心理反应,易出现惊恐、焦虑或愤怒等消极情绪,产生不同程度的抑郁表现。目前多项研究认为,抑郁症导致高血压的机制可能与交感神经活性增强,迷走神经张力减低,以及下丘脑功能紊乱等有关^[17]。

本研究主要观察抑郁症对高血压病患者血压和生活质量的影响以及抑郁症改善后其血压的变化及其生活质量的改善情况。研究采用中药治疗组和西药对照组,分别口服归脾汤加减中药(健脾养心、补益气血、安神解郁)和西药舍曲林片(Sertraline)治疗,结果发现,归脾汤加减中药和西药舍曲林片(Sertraline)均能降低患者 HAMD-17 评分,改善患者的抑郁症状,总有效率分别为 79.5% (93 例)和 66.7% (74 例),两组比较,治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。随着 HAMD-17 评分的下降和抑郁症状的改善,患者的血压也出现明显的改善,其收缩压和舒张压均明显的下降,目标血压达标率较治疗前明显提高,治疗组的目标血压达标率高于对照组($P < 0.05$)。这也说明抑郁症对高血压病患者的血压有显著的影响,改善患者的抑郁障碍有利于改善其血压的状态。

有些高血压病合并抑郁症的患者的社会功能和生活质量均有不同程度的下降,因此,本研究观察了两组患者 SF-36 量表评分变化,比较两组患者在治疗后社会功能和生活质量的变化。结果发现,两组患者在治疗的第 4 周末其 SF-36 量表总分均较治疗前提高($P < 0.01$),这说明改善患者的抑郁症不仅有利于改善其血压的状态,同时也能够改善患者的社会功能和生活质量。但两组疗程结束后的总分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组总体疗效相当。本研究发现,治疗组生理机能、生理职能、总体健康、情感职能和健康变化等因子评分均较对照组评分升高更加明显($P < 0.05$, $P < 0.01$),说明归脾汤加减中药在改善患者生理机能、生理职能、总体健康、情感职能和健康变化等方面优于舍曲林片。

本研究还发现,高血压病合并抑郁症的患者也常有不同程度的焦虑症状。归脾汤加减在显著降低患者的 HAMD-17 评分,改善患者抑郁症状的同时,还能降低患者 HAMA 评分,减轻患者的焦虑症状,而且此作用优于舍曲林片($P < 0.05$)。缓解或消除患者的焦虑和精神紧张的情绪,对其血压下降、改善生活质量也有重要的作用。

根据临床表现和特征,结合中医学理论分析,抑郁症属中医学“郁症”、“失眠”、“善忘”、“癫证”、“百合病”、“梅核气”等范畴^[18]。根据作者多年的临床观察发现,有不少高血压病伴有抑郁症患者主要表现为心脾两虚、气血不足,肝郁不舒的临床症状:如面色苍白或萎黄,神疲乏力,心慌气短,食少懒言,情绪低落,心烦失眠,悲观厌世,健忘,善叹息,唇甲淡白,舌淡胖,苔白,脉细弱。其主要的病因病机是心脾两虚,气血不

足。《灵枢·口问》篇说:“悲哀愁忧则动心,心动则五脏六腑皆摇。”心动则耗伤心之气血,心之气血不足则心失所养,使心神失藏而导致心神不宁;心动则思虑过度而伤脾,脾伤则饮食减少,生化乏源,导致气血不足,心脾两虚;心动也可导致肝气不舒,肝失调达。以上种种最终导致郁症的发生。根据上述病因病机,本研究确立了健脾养心、补益气血、安神解郁的治疗原则,以归脾汤加减治疗之,因此能取得较好的临床效果。最近的研究也发现,归脾汤加减治疗抑郁有良好的临床疗效,同时还能改善老年患者的焦虑和生活质量^[19]。

本研究药物不良反应分析显示,两组常见的不良反应为失眠、焦虑、震颤、易激动、出汗、精神紧张、恶心、头晕、食欲减退、头痛等。治疗组的失眠、震颤、易激动、头晕等明显少于对照组。本研究亦未发现两组药物引起实验室指标的明显异常。

参 考 文 献

- [1] 曹爽,杜勤. 高血压合并抑郁症与肾素-血管紧张素系统的关系研究进展[J]. 医学综述, 2013, 19(24): 4482-4484.
- [2] 曹晶晶,程友琴. 老年抑郁症与心血管疾病的关系[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2005, 7(3): 206-207.
- [3] 唐启盛,曲森. 抑郁症的中西医结合治疗[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(3): 283-288.
- [4] 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]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- [5] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 第3版. 济南:山东科学技术出版社, 2001:118-119.
- [6] 王传跃,翟屹民,翁永振,等. 安非他酮与阿米替林治疗抑郁障碍的双盲对照研究[J]. 中华精神科杂志, 2006, 39(3): 169-173.
- [7] 田德禄主编. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:279-285.
- [8] 李春波,何燕玲. 健康状况调查问卷 SF-36 的介绍[J]. 国外医学精神病学分册, 2002, 29(2): 117-119.
- [9] 葛小锚,伍毅,胡桐森. 文拉法辛与帕罗西汀治疗首发抑郁症对照研究[J]. 临床精神医学杂志, 2009, 19(6): 407-408.
- [10] 苏晖,江开达,徐一峰,等. 抑郁症首次发病患者治疗前后认知功能的研究[J]. 中华精神科杂志, 2006, 39(1): 20-23.
- [11] Meng L, Chen D, Yang Y, et al. Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies[J].

J Hypertens, 2012, 30 (5) : 842 - 851.

[12] Grisk O, Retting R. Interactions between the sympathetic nervous system and the kidneys in arteria[J]. Cardiovasc Res, 2004, 61(2) : 238 - 246.

[13] 韦铁民, 曾春来, 陈礼平, 等. 高血压合并焦虑抑郁[J]. 高血压杂志, 2003, 11(6) : 567 - 569.

[14] Gentil L, Vasiliadis HM, Preville M, et al. Association between depressive and anxiety disorders and adherence to antihypertensive medication in community-living elderly adults[J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60(12) : 2297 - 2301.

[15] Adamis D, Ball C. Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between major mental disorders and physical illness [J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2000, 15(3) : 248 - 253.

[16] Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. Epidemiologic follow-up study [J]. Arch Fam Med, 1997, 6(1) : 43 - 49.

[17] 张保敏, 高颖, 郭艺芳. 高血压与抑郁症[J]. 临床荟萃, 2007, 22(17) : 2186 - 2187.

[18] 曲淼, 唐启盛. 抑郁症与中医“郁证”的关系探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27(1) : 11 - 12.

[19] 李海聪, 李求兵, 杨学青, 等. 归脾汤加减治疗老年抑郁障碍及改善患者生存质量的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(6) : 154 - 158.

(收稿:2014 - 07 - 13 修回:2015 - 06 - 03)

第 7 次全国中西医结合传染病学术会议征文通知

由中国中西医结合学会传染病专业委员会主办的第 7 次全国中西医结合传染病学术会议将于 2016 年 6 月在山东省青岛市召开。现征文要求如下。

征文内容:(1) 各种传染病的中西医结合诊疗和实验研究;(2) 中医药及中西医结合防治传染病的经验总结;(3) 中西医结合传染病的研究方法、思路和发展战略;(4) 中医药和中西医结合诊疗传染病的进展和评价;(5) 运用多种疗法(如针灸、气功等)、多种给药途径(栓剂、保留灌肠、皮肤给药、器官给药、腧穴给药等)治疗各种传染病的应用和配合研究;(6) 各种传染病动物模型、病理机制、检测技术、诊断标准的最新进展及动态;(7) 中西医结合传染病学术定位及体系研讨。

稿件要求:在 5 000 字以内, 未经正式发表, 提供 500 字以内的中文摘要, 注明作者姓名、单位、地址、邮编及 E-mail。

投稿方式:广东省深圳市龙岗区布澜路 29 号(邮编 518112) 深圳市第三人民医院 聂广(收), 欢迎通过电子邮件投稿, 请发至 zxyjhcrb@163.com, 并注明“会议征文”。

截稿日期:2016 年 5 月 20 日。