

[文章编号] 1007-0893(2024)09-0053-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.09.015

化痰逐瘀汤治疗痰瘀互结型高血压的临床疗效

任超凡 王静敏 丁震环 黄雷华

(鹤壁市人民医院, 河南 鹤壁 458030)

[摘要] 目的: 探究化痰逐瘀汤在痰瘀互结型高血压 (HP) 患者中的应用价值。方法: 选取在鹤壁市人民医院 2020 年 3 月至 2022 年 9 月诊治的 106 例痰瘀互结型 HP 患者为研究对象, 依据治疗方法不同分为对照组和观察组, 每组 53 例。对照组患者行常规西医标准化治疗及增强型体外反搏 (EECP) 治疗, 观察组患者在对照组基础上增加化痰逐瘀汤治疗, 比较两组患者临床疗效、血管内皮指标、动脉粥样硬化程度。结果: 观察组患者总有效率为 94.34%, 高于对照组的 81.13%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 1 月后, 两组患者非内皮依赖性血管舒张功能 (NMD) 水平较治疗前均降低, 内皮依赖性血管舒张功能 (FMD) 水平较治疗前升高, 且观察组患者 FMD 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 1 月后, 观察组患者肱踝脉搏波传导速度 (baPWV) 水平低于对照组, 踝臂指数 (ABI) 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 化痰逐瘀汤可调节痰瘀互结型 HP 患者血管内皮指标, 调控血压, 改善动脉硬化程度, 提高临床疗效。

[关键词] 高血压; 痰瘀互结型; 化痰逐瘀汤**[中图分类号]** R 544.1 **[文献标识码]** B

临床上正常的血压范围为 80 ~ 140/60 ~ 90 mmHg (1 mmHg \approx 0.133 kPa), 当舒张压或收缩压中的一项大于正常范围, 或两者都大于正常范围, 就称为高血压 (hypertension, HP)。年龄、遗传、药物、饮食等因素均可引起 HP 的发生, 致使患者的生活质量遭受不同程度影响。现临床对于 HP 患者多采用西医常规及增强型体外反搏 (enhanced external counter pulsation, EECP) 治疗, 可调控患者的血压水平, 但对于血管舒缩功能的改善效果一般^[1]。研究表明, 中药疗法可改善 HP 患者的眩晕、头重如裹等症状, 利于临床预后^[2]。本研究旨在探讨化痰逐瘀汤对痰瘀互结型 HP 患者血管内皮指标、动脉粥样硬化程度的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在鹤壁市人民医院 2020 年 3 月至 2022 年 9 月诊治的 106 例痰瘀互结型 HP 患者为研究对象, 依据治疗方法不同分为对照组和观察组, 每组 53 例。对照组男性 30 例, 女性 23 例; 年龄 44 ~ 58 岁, 平均 (51.24 \pm 3.12) 岁; 病程 5 ~ 10 年, 平均 (7.56 \pm 1.31) 年; 高血压分级为 1 级 28 例, 2 级 25 例。观察组男性 31 例, 女性 22 例; 年龄 45 ~ 60 岁, 平均 (52.53 \pm 5.32) 岁; 病程 5 ~ 10 年, 平均 (7.54 \pm 1.23) 年; 高血压分级为 1 级

31 例, 2 级 22 例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 经动态血压、心电图等检查符合《中国急诊高血压诊疗专家共识 (2017 修订版)》中 HP 的诊断标准^[3]和《高血压中医诊疗专家共识》相关中医诊断标准, 并辨证为痰瘀互结型^[4]。

1.2.2 排除标准 严重心肺功能损害, 风湿免疫性疾病等。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予常规西医标准化治疗及 EECP 治疗。(1) 常规西医标准化治疗, 嘱患者合理休息, 并需进行低盐低脂饮食, 并给予利尿剂、钙离子拮抗剂、血管紧张素转化酶抑制剂等药物进行对症支持治疗。

(2) EECP 治疗, 给予反搏 1 h \cdot 次⁻¹, 并保持压力在 0.4 ~ 0.5 kg \cdot cm⁻², 1 次 \cdot d⁻¹。均持续治疗 1 个月。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合化痰逐瘀汤治疗。组方: 黄芪 20 g, 茯苓、法半夏各 15 g, 地龙、川芎 12 g, 丹参、红花 10 g。气血两虚者加党参 10 g、当归 10 g; 肝肾阴虚者加女贞子 12 g、牛膝 12 g。1 剂 \cdot d⁻¹, 水煎煮, 取汁 400 mL, 2 次 \cdot d⁻¹, 于饭后早晚温服。均持续治疗 1 个月。

[收稿日期] 2024 - 03 - 24**[作者简介]** 任超凡, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科方面。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效：参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[5] 评估两组患者治疗 1 个月后的临床疗效。舒张压没有降至正常范围，但下降幅度不小于 20 mmHg 或者舒张压下降幅度在 10 mmHg 以上，并且为正常范围，上述情况至少具备其中 1 项为显效；舒张压下降未达 10 mmHg，但已达正常范围或者舒张压较治疗前下降幅度为 10 ~ 19 mmHg，但没有降至正常范围，或收缩压较治疗前下降幅度为 30 mmHg 以上，上述情况至少具备其中 1 项为有效；治疗后没有达到以上标准者为无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。(2) 血管内皮指标：包括肱动脉内径基础值 (D0)、内皮依赖性血管舒张功能 (flow mediated vasodilation, FMD) 及非内皮依赖性血管舒张功能 (nitroglycerine mediated vasodilation, NMD)。采用东芝 Nemio 20 血管彩超仪测定 D0。于右侧肘关节处 5 cm 部位缚一适宜宽度的血压计袖带，先迅速加压，直至达到 200 mmHg，并维持 5 min，再迅速减压，直到 0 mmHg，在 60 ~ 90 s 对肱动脉内径 (D1) 进行测定。待休息 15 min，血管恢复至试验前状态时，行舌下含服硝酸甘油 0.5 mg，并在 5 min 后对肱动脉内径 (D2) 进行测定。其中 FMD = (D1 - D0) / D0 × 100 %；NMD = (D2 - D0) / D0 × 100 %。(3) 动脉硬化程度：采用 DAS-1000 型全自动动脉硬化检测仪（北京东华原医疗设备有限公司）测定肱踝脉搏波传导速度 (brachial ankle pulse wave velocity, baPWV) 和踝臂指数 (ankle brachial index, ABI) 水平。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率为 94.34 %，高于对照组的 81.13 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 53, n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	30 (56.60)	13 (24.53)	10 (18.87)	43 (81.13)
观察组	41 (77.36)	9 (16.98)	3 (5.66)	50 (94.34) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后血管内皮指标比较

治疗 1 个月后，两组患者 NMD 水平较治疗前均降低，FMD 水平较治疗前升高，且观察组患者 FMD 水平高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血管内皮指标比较 (n = 53, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	D0/mm	FMD/%	NMD/%
对照组	治疗前	3.76 ± 0.32	6.94 ± 2.09	24.27 ± 2.41
	治疗 1 个月后	3.80 ± 0.33	7.98 ± 2.37 ^b	14.56 ± 2.62 ^b
观察组	治疗前	3.74 ± 0.45	6.91 ± 2.11	24.25 ± 2.46
	治疗 1 个月后	3.84 ± 0.31	9.54 ± 2.06 ^{bc}	14.91 ± 2.58 ^b

注：D0 一肱动脉内径基础值；NMD 一非内皮依赖性血管舒张功能；FMD 一内皮依赖性血管舒张功能。与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后动脉硬化程度比较

治疗 1 个月后，两组患者 baPWV 水平较治疗前降低，ABI 水平较治疗前升高，且观察组 baPWV 水平低于对照组，ABI 水平高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后动脉硬化程度比较 (n = 53, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	baPWV/cm · s ⁻¹	ABI
对照组	治疗前	1854.21 ± 153.74	0.71 ± 0.14
	治疗 1 个月后	1422.17 ± 131.25 ^d	0.92 ± 0.28 ^d
观察组	治疗前	1851.62 ± 158.16	0.73 ± 0.11
	治疗 1 个月后	1213.51 ± 124.11 ^{dc}	1.17 ± 0.52 ^{dc}

注：baPWV 一肱踝脉搏波传导速度；ABI 一踝臂指数。与同组治疗前比较，^d*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

3 讨论

痰瘀互结型 HP 患者的临床主要症状为头重如裹、胸脘痞闷、胸痛心悸、纳呆恶心、身重困倦、手足麻木、舌苔腻、脉滑等。HP 常见于中老年人，肥胖人群以及长期酗酒人群，大约有 60 % 的 HP 患者有家族遗传史。现临床对于 HP 患者多采用西医常规及 EECF 治疗，可改善其身重困倦、头重或痛等症状，但治疗效果较不理想^[6]。研究表明，中药疗法治疗 HP 患者可调控其血压水平，提高生活质量^[7]。

西医常规及 EECF 治疗通过对下肢静脉进行挤压，促使静脉回心血量增加，提高了右心房容量负荷，刺激右心房内钠素的分泌以及释放增多，对血压水平具有一定的调节效果^[8]。在中医学中，将 HP 归属于“头痛”“眩晕”的范畴，主要是由于风、痰、火三者作用于肝肾，引起气机逆乱，痰瘀互结。本研究采用化痰逐瘀汤治疗 HP，该方中黄芪益气为君药；茯苓利水健脾，法半夏燥湿化痰为臣药；地龙通经络，川芎行气止痛为佐药，丹参、红花活血祛瘀止痛为使药，全方共奏豁痰祛瘀之功。相关药理研究显示，地龙水煎液通过扩张微血管，促使微血管总管径得以扩大，降低了血小板积聚的发生，利于血液黏度的降低，促使血液得以被稀释，并利于周围血管阻力的降低，发挥降压作用；红花水煎液可提高机体血液循环，针对心脏的后负荷进行适度降低，促进心

脏排血，利于全身血液供应，促进肾动脉血液循环，使得肾素-血管紧张素-醛固酮系统相关升高血压物质的合成与分泌得到抑制，利于血压的降低^[9]。本研究显示，观察组总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ），表明化痰逐瘀汤治疗痰瘀互结型 HP 患者可调控血压水平，提高临床疗效。

本研究结果发现，治疗 1 个月后，两组患者 NMD 水平较治疗前均降低，FMD 水平较治疗前升高，且观察组患者 FMD 水平高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。表明化痰逐瘀汤可改善痰瘀互结型 HP 患者血管内皮指标。西医常规及 EECF 治疗通过促进动脉剪切应力的提高，以促进血管内皮细胞增加一氧化氮和前列环素等内皮依赖性舒张因子的分泌以及释放，促使血管平滑肌得以松弛，一定程度上改善血管内皮功能。在化痰逐瘀汤中，黄芪对于外周血管、脑血管以及冠状血管等发挥明显的扩张作用，并对于微循环有改善作用，避免毛细血管脆性不必要的增加，利于血管舒张；川芎中的川芎嗪通过对患者血浆中的血栓素 A2 的含量进行下调，促进前列环素的分泌，利于血管扩张，便于发挥血管舒张作用，法半夏、红花等水煎液联用共同调控血管舒张功能；联合 EECF 可升高主动脉舒张压，对颈动脉窦压力感受器进行刺激，降低对迷走神经的刺激，开放冠状动脉与其他脏器的侧支循环，利于扩大管腔，降低外周阻力，便于对血管内皮功能的调节^[10]。

西医常规及 EECF 治疗可促进动脉剪切应力的提高，改善机体血液循环，对动脉硬化程度有一定调节效果^[11]。而化痰逐瘀汤治疗痰瘀互结型 HP，黄芪中的黄酮可降低因低渗引起的内皮单层通透性的增加；川芎中的川芎嗪可降低因缺氧致使的氧自由基的释放，及其对细胞造成的损伤，丹参、茯苓等水煎液联合应用提高机体的新陈代谢水平，改善血管弹性，缓冲心脏泵出的血液冲击，调节 baPWV 水平；联合 EECF 治疗，通过驱动血液利于双脉冲的形成并灌注于全身，促使血流速度加快，确保脂质正常代谢，避免因脂质沉积管壁所引起的动脉硬化，调控动脉硬化程度^[12]。本研究结果显示，观察组患者治疗后 baPWV 水平低于对照组，ABI 水平高于对照组，差

异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。表明化痰逐瘀汤可改善痰瘀互结型 HP 患者的动脉硬化程度。

综上所述，化痰逐瘀汤治疗痰瘀互结型 HP 患者，可改善血压水平，调节血管内皮指标，调控动脉硬化程度，疗效优于西医常规及 EECF 治疗。

[参考文献]

- [1] 于长生, 宫丽鸿, 赵殿臣. 中西医结合联合增强型体外反搏治疗高血压的疗效及对血清 Apelin 的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18 (13): 2028-2030.
- [2] 董振华, 王静, 王明珠, 等. 活血潜阳祛痰方治疗肥胖高血压伴左室肥厚的临床疗效观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18 (23): 3909-3913.
- [3] 中国医师协会急诊医师分会, 中国高血压联盟, 北京高血压防治协会. 中国急诊高血压诊疗专家共识 (2017 修订版) [J]. 中国急救医学, 2018, 38 (1): 1-13.
- [4] 中华中医药学会心血管病分会. 高血压中医诊疗专家共识 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25 (15): 217-221.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [6] 刘丽萍, 洪晓华, 陈培娥. 体外反搏联合中药离子导入在高血压心脏康复中的临床应用 [J]. 内蒙古中医药, 2020, 39 (10): 99-100.
- [7] 邓林华, 陈善夫, 柳威, 等. 平肝潜阳法治疗原发性高血压的疗效和安全性 Meta 分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15 (7): 1202-1210.
- [8] 张丹丹, 王少华, 马娟, 等. 增强型体外反搏对老年高血压患者血压的即刻作用和持续影响 [J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40 (12): 1512-1516.
- [9] 杨广栋, 王健, 张万辉, 等. 甘酸缓急中药组方治疗肝阳上亢型 H 型高血压疗效及对血压变异性、同型半胱氨酸的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30 (5): 469-473.
- [10] 赵燕, 张芬芬, 王玉. 天麻钩藤饮结合苯磺酸氨氯地平片治疗肝阳上亢型高血压病伴左心室肥厚临床研究 [J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44 (10): 1112-1116.
- [11] 权乾坤, 李玺, 袁海峰, 等. 增强型体外反搏装置治疗老年 2 型糖尿病合并下肢动脉粥样硬化性病变的疗效观察 [J]. 实用老年医学, 2020, 34 (12): 1270-1274.
- [12] 韩景辉, 张迪, 辛珂, 等. 消积方对老年 2 型糖尿病并 H 型高血压病患者颈动脉易损斑块稳定性的影响 [J]. 中国中药杂志, 2020, 45 (17): 4246-4253.