

# 健脾活血化瘀汤加减联合厄贝沙坦 治疗痰浊血瘀型高血压的临床效果

张树和

(北京市密云区河南寨镇社区卫生服务中心内科门诊, 北京 101500)

**摘要:** **目的** 探讨健脾活血化瘀汤加减联合厄贝沙坦对痰浊血瘀型高血压患者血压水平与血液流变学的影响。**方法** 选取北京市密云区河南寨镇社区卫生服务中心 2019 年 1 月至 2020 年 12 月收治的 60 例痰浊血瘀型高血压患者作为研究对象, 按照随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组患者采用厄贝沙坦治疗, 观察组患者采用健脾活血化瘀汤加减联合厄贝沙坦治疗, 15 d 为 1 个疗程, 两组患者均连续治疗 2 个疗程。对比两组患者临床疗效, 治疗前后血压水平和血液流变学指标水平, 以及治疗期间不良反应的发生情况。**结果** 观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、全血低切黏度 (BVL)、全血高切黏度 (BVH)、血浆黏度 (PV) 均显著降低, 且观察组均显著低于对照组 (均  $P < 0.05$ ); 治疗期间两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论** 予以健脾活血化瘀汤加减与厄贝沙坦联合治疗痰浊血瘀型高血压患者疗效确切, 可改善患者血压和血液流变学指标水平, 且不良反应少, 安全有效。

**关键词:** 高血压; 痰浊血瘀型; 健脾活血化瘀汤加减; 厄贝沙坦; 血压; 血液流变学

**中图分类号:** R544.1

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.03.0084.03

高血压是较为常见的慢性心血管疾病, 具有患病人数多、患病时间长、病情较顽固等特点。高血压患者血压值高于正常范围, 易影响患者心、脑、肾等系统功能, 加之病情迁延难愈, 且并发症较多, 可严重影响患者的身心健康与生存质量。目前, 高血压的临床治疗以药物治疗为主, 由于中西医对高血压的见解存在差异性, 故两者治疗方式不一。西药常用降压药厄贝沙坦进行治疗, 其可将患者血压稳定维持在正常范围, 但长期用药可损害患者的肝、肾、血管功能, 从而诱发头晕、呕吐等不良反应<sup>[1]</sup>。中医认为, 高血压属于“眩晕”“头痛”范畴, 痰浊血瘀型高血压是常见的一种分型, 患者饮食不节、情志过极、劳累过度, 致肝肾阴阳失调, 伤及心脾, 血脉瘀阻, 痰浊内生<sup>[2]</sup>。健脾活血化瘀汤中的丹参、川牛膝等多味中药具有健脾祛湿、理气化痰、活血化瘀的功效, 能够用于高血压患者的治疗中<sup>[3]</sup>。基于此, 本研究旨在探讨健脾活血化瘀汤加减联合厄贝沙坦对痰浊血瘀型高血压患者血压水平与血液流变学的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取北京市密云区河南寨镇社区卫生服务中心 2019 年 1 月至 2020 年 12 月收治的 60 例痰浊血瘀型高血压患者作为研究对象, 按照随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组患者中男性 18 例, 女性 12 例; 年龄 50~75 岁, 平均  $(61.37 \pm 2.21)$  岁。观察组患者中男性 19 例, 女性 11 例; 年龄 50~75 岁, 平

均  $(61.24 \pm 2.44)$  岁。两组患者一般资料相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 组间具有可比性。纳入标准: 符合《中国高血压防治指南 (2018 年修订版)》<sup>[4]</sup> 中的相关西医诊断标准, 符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup> 中的相关中医诊断标准, 辨证分型为痰浊血瘀型; 表现为舌苔白腻、舌质暗红、瘀点或瘀斑, 舌下脉络粗长, 脉弦滑或沉涩。主症: 眩晕头痛, 头重如裹, 胸闷; 次症: 口淡无味, 呕吐痰涎, 食少体胖者; 对本研究所用药物无过敏史者等。排除标准: 肾功能减退者; 合并心肌炎、心肌梗死、脑卒中、脑出血等心脑血管疾病者; 合并恶性肿瘤等。本研究经北京市密云区河南寨镇社区卫生服务中心医学伦理委员会批准, 所有患者均签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 对照组患者给予厄贝沙坦治疗, 口服厄贝沙坦片 (浙江华海药业股份有限公司, 国药准字 H20030016, 规格: 75 mg/片), 150 mg/次, 1 次/d。观察组患者在对照组的基础上给予健脾活血化瘀汤, 方剂组成: 丹参 20 g, 川牛膝、橘红、茯苓各 15 g, 党参、白术、生山楂各 12 g, 川芎、枳壳、法半夏、炙甘草各 9 g, 荷叶 6 g。辨证加减: 伴口干、口苦、目赤、心烦失眠, 偏肝火旺者, 去党参、炙甘草, 加夏枯草、龙齿各 12 g, 菊花、龙胆草各 9 g, 以清肝泻火、镇静安神; 伴头身困重、胸闷、腹胀、纳差、乏力, 脾虚湿困偏重者, 去川牛膝加苍术、石菖蒲各 20 g, 厚朴 12 g, 郁金 9 g, 以增加行气宽胸、化湿醒脾、开窍醒脑的作用; 伴头部或胸部刺

**作者简介:** 张树和, 大学专科, 副主任医师, 研究方向: 内科相关疾病的诊疗。

痛,痛有定处或肢体麻木疼痛,舌质紫暗瘀斑较重者,可加天麻 12 g,地龙 9 g,全蝎 6 g,以增强活血化痰、通络止痛的作用;伴头目眩晕、目胀耳鸣、脑部热痛、面红、脉弦细数,属肝肾阴虚,肝阳偏亢者,去茯苓、荷叶、白术,加女贞子、龙骨、煅牡蛎各 20 g,白芍、玄参、石决明各 12 g,以滋阴潜阳平肝热;伴胸肋胀痛,情绪低落,属肝郁较重者,加白芍 20 g,柴胡 12 g,香附子 9 g,以疏肝理气。以上药物加水适量浸泡 20 min,煎得药液 300 mL,分早晚 2 次服用,温服,1 剂/d。15 d 为 1 个疗程,两组患者均连续治疗 2 个疗程。

**1.3 观察指标** ①临床疗效。根据《中国高血压防治指南(2018 年修订版)》<sup>[4]</sup>中的相关标准进行疗效评价,显效:治疗后头晕、头痛等症状缓解,收缩压(SBP)降低 >20 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),舒张压(DBP)降低 >10 mmHg,或血压恢复至正常水平;有效:治疗后头晕、头痛等症状改善,SBP 降低 10~20 mmHg,DBP 降低 5~10 mmHg;无效:治疗后头晕、头痛等症状未缓解,SBP 降低 <10 mmHg,DBP 降低 <5 mmHg。临床治疗总有效率=显效率+有效率。②血压水平。治疗前后采用台式血压计测量两组患者 DBP、SBP 水平。③血液流变学。治疗前后采集两组患者静脉血 5 mL,抗凝处理后,采用全自动血液流变分析仪测量两组患者全血低切黏度(BVL)、全血高切黏度(BVH)、血浆黏度(PV)。④不良反应。统计并比较两组患者治疗期间头晕、呕吐、恶心等不良反应的发生情况。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 25.0 统计软件分析数据,临床疗效、不良反应等计数资料以[例(%)]表示,采用 $\chi^2$ 检验;血压水平、血液流变学指标水平等计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效** 观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

**2.2 血压水平** 与治疗前比,治疗后两组患者的 DBP、SBP 水平均显著降低,且观察组显著低于对照组,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),见表 2。

**2.3 血液流变学指标** 与治疗前比,治疗后两组患者血

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	13(43.33)	9(30.00)	8(26.67)	22(73.33)
观察组	30	18(60.00)	10(33.33)	2(6.67)	28(93.33)
$\chi^2$ 值					4.320
$P$ 值					<0.05

表 2 两组患者血压水平比较( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	例数	DBP		SBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	98.91 $\pm$ 5.98	89.98 $\pm$ 5.06*	168.45 $\pm$ 25.43	134.67 $\pm$ 23.43*
观察组	30	98.82 $\pm$ 5.67	82.76 $\pm$ 5.11*	167.64 $\pm$ 25.24	121.76 $\pm$ 22.65*
$t$ 值		0.060	5.499	0.124	2.170
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ 。DBP:舒张压;SBP:收缩压。  
1 mmHg=0.133 kPa。

液流变学指标(BVL、BVH、PV)水平显著降低,且观察组显著低于对照组,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),见表 3。

**2.4 不良反应** 治疗期间观察组患者不良反应总发生率为 3.33%,对照组患者不良反应总发生率为 20.00%,组间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	例数	头晕	呕吐	恶心	总发生
对照组	30	3(10.00)	1(3.33)	2(6.67)	6(20.00)
观察组	30	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)
$\chi^2$ 值					2.588
$P$ 值					>0.05

## 3 讨论

高血压属于一种常见的心脑血管系统疾病,以血压显著升高为主要临床特点,患者患病时间较长,是一种较顽固的疾病,不良饮食习惯、负面情绪、长期生活压力较大等均是诱发高血压的常见因素。此外,高血压患者是心血管疾病的高危患者,相比于非高血压患者,高血压出现冠心病、心力衰竭等心脑血管疾病的概率更高<sup>[6]</sup>。厄贝沙坦属血管紧张素 II 受体抑制剂,可抑制血管紧张素 I 转化为血管紧张素 II,抑制醛固酮释放和患者血管收缩,进而起

表 3 两组患者血液流变学指标水平比较( $\bar{x} \pm s$ , mPa·s)

组别	例数	BVL		BVH		PV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	16.21 $\pm$ 2.35	12.79 $\pm$ 2.48*	6.44 $\pm$ 1.54	5.79 $\pm$ 0.47*	1.83 $\pm$ 0.35	1.51 $\pm$ 0.34*
观察组	30	16.25 $\pm$ 2.43	9.42 $\pm$ 1.36*	6.51 $\pm$ 1.35	5.09 $\pm$ 0.44*	1.89 $\pm$ 0.29	0.96 $\pm$ 0.28*
$t$ 值		0.065	6.526	0.187	5.955	0.723	6.839
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ 。BVL:全血低切黏度;BVH:全血高切黏度;PV:血浆黏度。

到降低血压的作用,并能促使血管内皮缓激肽释放,使得血管扩张剂一氧化氮合成增加,进一步降低血压和保护血管内皮,但其不能快速改善患者临床症状,单一使用疗效欠佳<sup>[7]</sup>。

中医学认为,痰浊血瘀型是高血压患者的高发性中医证型,其主要病因是脾虚生湿,湿聚成痰,痰湿停聚,阻碍气机,气血运行受阻,气滞血瘀,导致脉络瘀阻,升降失常,清阳不升,浊阴不降,出现头晕、头痛等症状,故需予以健脾祛湿、理气化痰、活血化瘀法治疗<sup>[8]</sup>。健脾活血化瘀汤中的党参具有健脾益肺、养血生津的功效;白术可燥湿健脾、利水消肿;荷叶可升发清阳、散瘀止血;生山楂有消食健胃、行气散瘀功效;茯苓有利水渗湿、健脾宁心安神功效;炙甘草可补脾益气、祛痰止咳,调和诸药,以上六味配伍使用,可健脾益气、利水渗湿,使脾主运化水湿,肺宣发肃降的功能加强,从根本上祛除体内水湿痰浊生成之源;法半夏具有燥湿化痰、降逆止呕、消痰散结功效;橘红有理气宽中、燥湿化痰作用;枳壳有理气宽中、行滞消胀作用,以上三味配伍有燥湿化痰、行气宽胸、消痰散结的作用,对体内已经形成的痰浊,有很好的清除作用;丹参有活血化瘀、凉血消痛、除烦安神的功效;川芎能活血祛瘀、祛风止痛,为血中气药;川牛膝具有逐瘀通经、通利关节、利水通淋作用,善于引血下行,此三味配伍使用,可活血化瘀、行气利水、引血下行,对气滞血瘀导致的头痛、胸痛等身体多处疼痛有很好的治疗作用<sup>[9]</sup>。全方配伍紧扣痰浊血瘀型高血压的病机,能够健脾祛湿、理气化痰、活血化瘀,使脾主运化的功能得到加强,使湿浊祛、痰饮消、瘀血散、脉络畅,再根据不同的情况进行适当加减,联合厄贝沙坦应用,具有降血压和维持血压稳定的作用<sup>[10]</sup>。本研究结果显示,观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组,且治疗后观察组患者的DBP、SBP水平均显著低于对照组,表明采用健脾活血化瘀汤联合厄贝沙坦治疗痰浊血瘀型高血压患者可有效改善患者临床症状,稳定患者血压,治疗效果显著。

受到外周阻力、心输出量等因素影响,高血压患者血压水平会升高,且若患者血压水平长期处于较高状态时,易增加患者的血液黏度<sup>[11]</sup>。血液黏度是患者外周阻力增加的主要原因之一,外周阻力又是血压升高的主要原因,外周阻力增加,患者血压升高,形成闭环效应<sup>[12]</sup>。现代药理学研究表明,丹参中的丹参酮能够抗炎、抗氧化应激,扩张血管,降低血压,抑制血小板激活,降低血液黏稠度,发挥改善患者血流速度的作用;川芎中的川芎嗪具有抗血小板凝集、降血脂的作用,同时可有效清除氧自由基和炎性因子,缓解患者血管内皮损伤,进一步改善痰浊血瘀型高血压患者血液流变学指标<sup>[13-14]</sup>。本研究结果显示,治疗

后观察组患者血液流变学指标均显著低于对照组,且治疗期间观察组患者不良反应总发生率低于对照组,但差异无统计学意义,表明健脾活血化瘀汤联合厄贝沙坦治疗痰浊血瘀型高血压患者可改善患者血液流变学指标水平,且不会增加不良反应的发生,安全性较高。

综上,予以健脾活血化瘀汤与厄贝沙坦联合治疗痰浊血瘀型高血压患者疗效确切,可改善患者血压和血液流变学指标水平,且不良反应少,是一种安全有效的治疗方案,值得临床进一步研究与应用。

## 参考文献

- [1] 邵贵峰,汪茂宝,杨方成.瑞舒伐他汀联合厄贝沙坦对原发性高血压早期肾损伤患者肾脏功能及其他实验室指标的影响[J].安徽医学,2016,37(5):553-556.
- [2] 杨波,寇媛.清眩补肾汤治疗原发性高血压对患者血压水平及肾素-血管紧张素-醛固酮系统的影响[J].山西医药杂志,2021,50(12):1972-1975.
- [3] 柯娟,王俊华,李翠娥.健脾活血法对老年性高血压患者脂代谢的影响[J].长春中医药大学学报,2016,32(3):518-520.
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中华医学会心血管病学分会,等.中国高血压防治指南(2018年修订版)[J].中国心血管杂志,2019,24(1):24-56.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:61-79.
- [6] 邓阳生,刘全未,赵增光.原发性高血压患者心血管风险水平分层研究[J].中国现代医学杂志,2016,26(4):133-137.
- [7] 吕曼.小剂量氢氯噻嗪联合厄贝沙坦治疗原发性高血压的临床观察[J].首都医科大学学报,2018,39(1):148-152.
- [8] 刘聪,王作顺.化痰活血降压汤治疗痰浊血瘀型轻、中度高血压临床观察[J].山西中医,2019,35(9):8-10.
- [9] 石皓月,黄力,吴佳芸,等.活血化瘀法治疗原发性高血压的研究进展[J].医学综述,2018,24(11):2241-2245.
- [10] 赵亚军,苏晓红,郭媛媛,等.活血化瘀法治疗原发性高血压临床随机对照试验有效性和安全性系统评价与Meta分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(12):1417-1427.
- [11] 王磊,赵志刚,高真真,等.等量间断和持续运动对轻中度高血压患者动态血压和血液流变性的影响[J].中国康复医学杂志,2016,31(1):45-49,76.
- [12] 余永远.健脾活血化瘀汤联合贝那普利治疗痰浊血瘀型高血压效果观察[J].中国乡村医药,2016,23(10):47-48.
- [13] 江小梨,邓波,刘彬,等.丹参对高血压血瘀证血清诱导内皮功能障碍的影响[J].中华中医药学刊,2019,37(3):638-642.
- [14] 李芳芳,张琪.川芎嗪对血管内皮损伤的保护作用机制研究进展[J].中国医药导报,2020,17(8):25-28.