

半夏白术天麻汤合温胆汤联合硝苯地平缓释片 治疗高血压的临床效果

田福明

(宾县人民医院中西医结合科, 黑龙江 哈尔滨 150400)

摘要: **目的** 探究半夏白术天麻汤合温胆汤联合硝苯地平缓释片治疗高血压的临床效果及对患者血压水平、血管内皮功能的影响, 为临床治疗提供依据。**方法** 按随机数字表法将宾县人民医院 2020 年 8 月至 2021 年 8 月期间收治的 120 例高血压患者分为对照组和观察组。对照组 (60 例) 患者应用硝苯地平缓释片治疗, 观察组 (60 例) 患者在对照组的基础上联合半夏白术天麻汤合温胆汤治疗, 两组患者均治疗 4 周。比较两组患者临床疗效, 治疗前后中医证候积分、收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、内皮依赖性血管舒张功能 (FMD)、一氧化氮 (NO)、内皮素 (ET) 水平、脉搏波传导速度 [肱-踝脉搏波传导速度 (baPWV)、颈-股脉搏波传导速度 (cfPWV)], 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 观察组患者临床总有效率为 98.33%, 较对照组的 86.67% 显著升高; 治疗后两组患者头痛、眩晕、胸闷、头重如裹、呕吐痰涎积分, SBP、DBP、血清 ET 水平, 以及 baPWV、cfPWV 均显著低于治疗前, 且观察组显著低于对照组; 血清 NO、FMD 水平均显著高于治疗前, 且观察组显著高于对照组 (均 $P < 0.05$); 两组患者胃肠不适、头痛、嗜睡总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 半夏白术天麻汤合温胆汤联合硝苯地平缓释片治疗高血压可有效促进患者临床症状的缓解, 降低血压水平, 并改善患者血管内皮功能和血管弹性水平, 提高临床疗效, 且未增加治疗不良反应, 安全性较好。

关键词: 高血压; 半夏白术天麻汤; 温胆汤; 硝苯地平缓释片; 血压; 血管内皮功能

中图分类号: R544.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.13.0083.04

高血压多见于中老年人群, 发病原因与遗传、年龄、不良生活习惯、精神刺激等因素有关, 易引发动脉粥样硬化, 增加心肌梗死、脑梗死等不良心脑血管事件发生风险, 因此需积极控制患者血压水平。硝苯地平为二氢吡啶类钙拮抗剂, 通过抑制心肌细胞膜钙内流、抑制血管收缩, 以改善患者血压水平, 具有降压效果确切、安全性高等特点^[1]。中医认为, 高血压属于“眩晕”“头痛”等范

畴, 病机多为阴阳失调, 湿邪贯穿发病始终, 因此需从湿论治^[2]。半夏白术天麻汤合温胆汤中含有半夏、茯苓、白术、天麻等多种药材, 具有理气化痰、祛湿止晕之功效, 为痰湿证的重要治疗药物, 主治眩晕、头痛、头重如裹、心悸失眠等病症。相关研究表明, 半夏白术天麻汤合温胆汤对改善高血压患者眩晕症状具良好治疗效果^[3]。为此, 本次研究旨在分析半夏白术天麻汤合温胆汤与硝苯地平缓

作者简介: 田福明, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗心脑血管疾病。

- [2] 李妮娇, 符思, 王微. 加味三香汤对功能性腹胀患者胃肠传输功能的影响 [J]. 中国中医药信息杂志, 2017, 24(2): 33-35.
- [3] 杜闻博, 徐大洲, 岳冬静, 等. 消化系统疾病内科诊治 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2019: 244-245.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会, 黄穗平, 孟立娜, 等. 消化系统常见病功能性腹胀中医诊疗指南 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9): 4148-4154.
- [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: 134-138.
- [6] 周秋利. 优质护理干预对胃肠外科患者 SAS 和 SDS 评分以及生存质量的影响 [J]. 中华全科医学, 2015, 13(2): 309, 312.
- [7] 罗晓华, 马宇, 姚反修. 老年功能性消化不良患者的 SAS、SDS 及 SCL-90 评分调查分析 100 例 [J]. 世界华人消化杂志, 2015, 23(4): 676-679.
- [8] 金立慧, 丁琳. 枸橼酸莫沙必利分散片治疗功能性消化不良腹胀的研究 [J]. 中医临床研究, 2018, 10(12): 12-13.
- [9] 朱丽丽, 赵晓峰, 郭海, 等. 加味三香汤治疗肝郁脾虚型功能性消化不良的临床疗效及对患者焦虑抑郁的影响 [J]. 中药材, 2015, 38(11): 2442-2444.
- [10] 赵彬, 张秋丽. 柴枳平肝汤对功能性消化不良患者 MTL、Gas、SS 和 Ghrelin 的影响 [J]. 上海中医药杂志, 2018, 52(1): 48-50.
- [11] 黄雪丽, 陈玉宇. 中药枳实的化学成分及分析方法研究进展 [J]. 广州化工, 2016, 44(17): 22-25, 49.
- [12] 李佳容, 缪顺莉, 赵肱宏, 等. 木香-砂仁药对治疗功能性消化不良的分子机制探讨 [J]. 南昌大学学报 (医学版), 2021, 61(6): 24-31.
- [13] 张淑洁, 钟凌云. 厚朴化学成分及其现代药理研究进展 [J]. 中药材, 2013, 36(5): 838-843.

释片联合治疗高血压的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按随机数字表法将宾县人民医院2020年8月至2021年8月期间收治的高血压患者120例分为两组。对照组(60例)患者中男性34例,女性26例;年龄57~76岁,平均(67.15±4.26)岁;病程3~19年,平均(6.37±1.31)年;合并症:糖尿病8例,冠心病19例;体质指数(BMI)22~34 kg/m²,平均(26.37±1.09) kg/m²。观察组(60例)患者中男性36例,女性24例;年龄54~78岁,平均(68.33±4.17)岁;病程4~21年,平均(6.41±1.48)年;合并症:糖尿病10例,冠心病21例;BMI 22~36 kg/m²,平均(26.67±1.21) kg/m²。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。纳入标准:符合《高血压基层诊疗指南(2019年)》^[4]中的相关标准者;符合《高血压中医诊疗指南》^[5]中痰湿壅盛证的诊断标准者;未使用降压药物情况下,非同日3次测量血压,舒张压(DBP)≥90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),收缩压(SBP)≥140 mmHg者等。排除标准:存在药物治疗禁忌证者;近期接受相关治疗者;难治性高血压、继发性高血压者;主动脉瓣狭窄者等。本研究经院内医学伦理委员会批准,患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对所有患者进行常规检查后,对照组患者按10 mg/次的剂量口服硝苯地平缓释片(国药集团广东环球制药有限公司,国药准字H44024160,规格:10 mg/片),2次/d。在此基础上,观察组患者联合半夏白术天麻汤合温胆汤治疗,药方组成:半夏、茯苓、白术各12 g,竹茹、陈皮各9 g,天麻、炒枳实、炙甘草各6 g,生姜、砂仁各3 g,大枣5个;大便干结者加大黄5 g,决明子6 g;头痛、眩晕者加珍珠母、钩藤、石决明各6 g。水煎,1剂/d,分早晚2次温服。所有患者均进行4周的治疗。

1.3 观察指标 ①临床疗效。参照《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[6]评估疗效。显效:眩晕、头痛等症状基本消失,SBP下降>20 mmHg,或DBP下降>10 mmHg,或均下降至正常范围,对患者工作、学习均无影响;有效:眩晕、头痛等症状改善,SBP下降10~20 mmHg,DBP下降5~10 mmHg,但未恢复至正常范围,对患者工作、学习有影响;无效:眩晕、头痛等症状较治疗前无明显改善,SBP下降<10 mmHg,DBP下降<5 mmHg,对患者工作、学习有明显影响。总有效率=显效率+有效率。②中医证候积分。对眩晕、头痛、头重如裹、胸闷、呕吐痰涎等症状根据《高血压中医诊疗指南》^[5]中的相关标准评估,评分为0、2、4分,分别表示无症状、症状明显、症状严重,分数高表示症状严重。③血压水平。均在上午8:00~9:00,患者静息状态下,非同日测量其左臂

SBP、DBP,测量3次后取平均值,以全自动医用电子血压计进行测量。④血管内皮功能。在患者肱动脉以彩色超声诊断仪测量内皮依赖性血管舒张功能(FMD);取两组患者治疗前后空腹静脉血3 mL,离心处理(转速:3 000 r/min;时间:15 min)后取血清,以硝酸还原酶法测定一氧化氮(NO)水平,以酶联免疫吸附实验法测定内皮素(ET)水平。⑤脉搏波传导速度。患者保持静息状态(休息5~10 min),应用自动脉搏测速仪测定肱-踝脉搏波传导速度(baPWV)、颈-股脉搏波传导速度(cfPWV)。⑥统计两组患者胃肠不适、头痛、嗜睡发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 24.0统计软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,行 χ^2 检验;使用S-W法检验计量资料数据是否符合正态分布,符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内不同时间点比较行配对 t 检验,两组间比较行独立 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 对照组和观察组患者临床总有效率分别为86.67%、98.33%,观察组显著高于对照组,差异有统计学意义(均 $P<0.05$),见表1。

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	60	23(38.33)	29(48.33)	8(13.33)	52(86.67)
观察组	60	26(43.33)	33(55.00)	1(1.67)	59(98.33)
χ^2 值					4.324
P 值					<0.05

2.2 两组患者中医证候积分比较 治疗后两组患者各项中医证候积分较治疗前均显著下降,且观察组较对照组均显著降低,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者血压水平比较 治疗后两组患者SBP、DBP较治疗前均显著降低,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3。

2.4 两组患者血管内皮功能指标比较 治疗后两组患者血清NO、FMD水平较治疗前均显著升高,ET水平均显著降低,且观察组血清NO、FMD水平均显著高于对照组,ET水平均显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表4。

2.5 两组患者脉搏波传导速度比较 与治疗前相比,治疗后两组患者baPWV、cfPWV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5。

2.6 两组患者不良反应发生率比较 观察组患者出现胃肠不适2例,嗜睡1例,不良反应总发生率为5.00%(3/60);对照组患者出现头痛1例,嗜睡1例,对照组患

表 2 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	头痛		眩晕		胸闷	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	2.96±0.67	1.14±0.20*	3.05±0.46	1.20±0.25*	2.85±0.39	0.96±0.21*
观察组	60	3.02±0.58	1.03±0.26*	3.08±0.52	1.03±0.37*	2.88±0.53	0.82±0.24*
<i>t</i> 值		0.524	2.598	0.335	2.949	0.353	3.401
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	头重如裹		呕吐痰涎	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	2.93±0.53	1.00±0.28*	2.46±0.38	0.87±0.24*
观察组	60	2.95±0.47	0.85±0.22*	2.47±0.55	0.74±0.21*
<i>t</i> 值		0.219	3.263	0.116	3.158
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。

表 3 两组患者血压水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	152.47±10.38	140.33±9.76*	98.72±5.28	86.84±3.36*
观察组	60	154.20±9.43	134.47±8.71*	99.03±4.45	85.19±4.27*
<i>t</i> 值		0.956	3.470	0.348	2.352
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

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

表 4 两组患者血管内皮功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NO(μg/L)		FMD(%)		ET(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	28.43±5.61	37.64±9.60*	1.71±0.21	2.89±0.37*	67.85±5.61	54.26±4.29*
观察组	60	27.88±6.10	42.39±6.17*	1.70±0.39	3.05±0.43*	68.59±6.20	46.68±5.36*
<i>t</i>		0.514	3.224	0.175	2.185	0.686	8.552
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。NO：一氧化氮；FMD：内皮依赖性血管舒张功能；ET：内皮素。

表 5 两组患者脉搏波传导速度比较 ($\bar{x} \pm s$, m/s)

组别	例数	baPWV		cfPWV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	20.64±3.39	16.50±1.67*	9.84±2.31	8.55±1.49*
观察组	60	21.43±3.07	15.27±2.39*	9.63±2.18	7.00±2.43*
<i>t</i> 值		1.338	3.268	0.512	4.212
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。baPWV：肱-踝脉搏波传导速度；cfPWV：颈-股脉搏波传导速度。

者不良反应总发生率为 3.33%(2/60)，两组间比较，差异无统计学意义($\chi^2=0.000$, *P*>0.05)。

3 讨论

血管阻力、心肌收缩力增强、血液黏稠度增高等都

会导致血压水平的升高。在对高血压的治疗中，硝苯地平为临床常见治疗药物，通过拮抗钙离子内流，以舒张外周血管，降低外周阻力，促进 SBP、DBP 水平降低，并减轻心脏后负荷；同时可促进缺血冠状动脉舒张，拮抗冠状动脉痉挛症状、抑制心肌收缩，减少心肌耗氧量，改善高血压胸闷、心悸等症状，以降低患者的血压水平^[7]。

中医认为，高血压的病因为“心气不定”，邪气夹痰袭于清窍，使脉络瘀阻而发病^[8]。半夏白术天麻汤合温胆汤属祛痰剂方中的半夏可燥湿化痰、降逆止呕；天麻可熄风化痰、解目眩；白术可燥湿利水、健脾益气；茯苓可利水渗湿；竹茹甘而微寒，清热化痰，与半夏配伍，一温一寒，可和胃化痰，止呕除烦；陈皮可燥湿化痰、理气行滞；

枳实可消痰除痞；加大枣、生姜，可兼制半夏毒性，改善患者眩晕、痰湿症状，诸药合用，共奏健脾祛湿、化痰熄风之效^[9-10]。本研究中，治疗后观察组患者各项中医证候积分及血压水平均显著低于对照组，临床总有效率显著高于对照组，提示半夏白术天麻汤合温胆汤联合硝苯地平缓释片治疗高血压可有效促进患者临床症状的缓解，降低血压水平，提高治疗效果。

高血压的发病与血管内皮细胞功能的紊乱密切相关，血管内皮细胞能够通过分泌 NO、ET 等调节血管张力^[11]。NO 具有调节血管紧张性、对抗血管壁炎症反应、抑制血小板聚集等作用，当血管内皮细胞受损后，其合成能力下降，影响血管舒张能力；FMD 为反映患者血管舒张收缩功能指标，其水平下降提示患者血管收缩舒张能力下降，同时提示患者出现血管内皮功能损伤情况；ET 为血管内皮细胞分泌的血管活性物质，在发生血管内皮细胞损伤后，其从破损细胞的血管内皮细胞中被释放进入血液^[12]。现代药理研究显示，半夏碱可抑制血小板聚集，并拮抗异丙肾上腺素对患者血压水平的影响，以改善患者血压水平；天麻水、醇提取物具有降低外周血管阻力之效；竹茹可抗氧化，减轻患者血管内皮细胞的损伤^[13-14]。本研究中，治疗后观察组患者 ET 水平显著低于对照组，NO、FMD 水平均显著高于对照组，提示半夏白术天麻汤合温胆汤与硝苯地平缓释片联合治疗高血压，可使患者的血管内皮功能得以有效改善。

高血压患者的血管弹性水平较差，从而可导致高血压患者出现多脏器损伤，因此及时监测血管弹性水平可有效预防高血压并发症的发生。动脉脉搏传导速度即单位时间内脉搏沿动脉壁传导的距离，其是反映血管弹性的重要指标。动脉硬化时由心脏输出的血液产生的波动传导速度会加快，baPWV、cfPWV 随即升高^[15]。应用硝苯地平治疗可改善血管痉挛症状，使血管内径随之增加，起到扩张血管、降低血压作用，继而恢复患者血管弹性水平^[16]；半夏白术天麻汤可在降低外周血管阻力基础上，通过对抗血栓形成、抑制高血脂形成、抑制血小板聚集，来改善患者血液质量，减少血管局部栓塞、狭窄情况，保持患者血压水平稳定^[17]。本研究中，治疗后观察组患者 baPWV、cfPWV 均显著低于对照组，提示半夏白术天麻汤合温胆汤联合硝苯地平缓释片治疗高血压可患者的血管弹性得以改善，从而控制机体血压水平。

综上，半夏白术天麻汤合温胆汤与硝苯地平缓释片联合治疗高血压可有效促进患者临床症状的缓解，降低血压水平，并改善患者血管弹性水平和血管内皮功能，提高临床疗效，且未显著增加不良反应，安全性较好，建议临床推广应用。

参考文献

- [1] 辛琳, 姜雨欣, 马新军. 血府逐瘀汤合温胆汤加减联合西药治疗高血压颈动脉硬化的临床观察 [J]. 世界中医药, 2020, 15(17): 2598-2601, 2607.
- [2] 郑州, 张立德, 谷丽艳. 中西医结合干预原发性高血压病临床观察 [J]. 吉林中医药, 2019, 39(10): 1321-1324.
- [3] 崔艳莹. 半夏白术天麻汤联合黄连温胆汤治疗高血压病眩晕的疗效 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50(5): 841-842.
- [4] 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 高血压基层诊疗指南 (2019 年) [J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(4): 301-313.
- [5] 中华中医药学会. 高血压中医诊疗指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(23): 108-109.
- [6] 孙明, 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 194.
- [7] 姜世平, 王颖. 阿托伐他汀钙联合硝苯地平缓释片治疗高血压的临床疗效及对 TNF- α 、CRP、IL-4 和 IL-10 的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(4): 555-557.
- [8] 杨小英, 陈春玲, 马晓聪, 等. 基于网络药理学探讨温胆汤治疗高血压的作用机制 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(24): 4108-4116.
- [9] 李渊. 硝苯地平缓释片联合半夏白术天麻汤合温胆汤治疗高血压的临床疗效 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(12): 125-126.
- [10] 阎岩. 观察加味半夏白术天麻汤联合温胆汤治疗高血压合并高血脂血症的临床疗效 [J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(21): 209-211.
- [11] 宋涛, 刘静, 戴继红, 等. 硝苯地平联合羟苯磺酸钙对早期 2 型糖尿病合并高血压患者血管内皮功能及血液流变学影响 [J]. 临床军医杂志, 2019, 47(3): 311-313.
- [12] 谢进, 胡沛, 李欣, 等. 氨氯地平与左旋氨氯地平降压作用及对高血压患者血管内皮功能影响的对比研究 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(8): 63-65.
- [13] 历明辉, 陈黎, 梁欢. 半夏白术天麻汤联合温胆汤治疗高血压疗效及药物有效性成分分析 [J]. 山西医药杂志, 2018, 47(5): 555-557.
- [14] 周鹤腾. 温胆汤合半夏白术天麻汤治疗高血压病的临床疗效观察 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50(20): 2930-2932.
- [15] 王雪萍, 翁锦龙, 赵利, 等. 和畅膏治疗阴虚阳亢型原发性高血压 46 例及对动脉硬化指标影响 [J]. 福建中医药, 2018, 49(6): 60-62.
- [16] 丁明明, 高建步. 虎杖叶胶囊联合硝苯地平治疗肝阳上亢型原发性高血压的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2021, 36(4): 777-781.
- [17] 沈秋生, 金月华. 半夏白术天麻汤联合西药治疗高血压患者疗效观察及对肾功能和炎症因子水平的影响 [J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(6): 28-30.