

涤痰降压方加减治疗痰热上扰型原发性高血压患者的回顾性分析

吕芝延^{1,2*}, 张鸿婷^{2#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院心血管一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年6月21日; 录用日期: 2026年7月15日; 发布日期: 2026年7月22日

摘要

目的: 探讨涤痰降压方联合常规降压药治疗痰热上扰型原发性高血压的临床疗效, 为中西医结合治疗该类型高血压提供循证依据。方法: 回顾性收集2020年2月至2024年8月就诊于黑龙江中医药大学附属第二医院心血管一科的132例痰热上扰型原发性高血压患者, 按治疗方案分为治疗组(65例, 常规降压药 + 涤痰降压方)与对照组(67例, 单纯常规降压药)。治疗4周后, 比较两组中医证候积分、诊室血压、24 h动态血压及临床疗效。结果: 治疗后, 两组患者中医证候总积分均显著下降($P < 0.05$), 且治疗组(5.80 ± 4.848)低于对照组(14.81 ± 8.628), 治疗组中医证候总有效率(89.23%)高于对照组(59.70%) ($P < 0.05$); 两组诊室收缩压、舒张压均明显降低($P < 0.05$), 治疗组降压总有效率(86.67%)高于对照组(68.66%) ($P < 0.05$); 治疗组24 h动态平均血压、日间及夜间平均血压、动态脉压、血压负荷、血压变异系数等指标改善幅度均优于对照组($P < 0.05$)。结论: 涤痰降压方联合常规降压药治疗痰热上扰型原发性高血压, 能更显著降低患者血压水平, 改善中医证候及动态血压相关指标, 临床疗效确切。

关键词

涤痰降压方, 痰热上扰型, 原发性高血压, 回顾性分析

Retrospective Analysis of Modified Ditan Jiangya Decoction in the Treatment of Essential Hypertension with Phlegm-Heat Disturbing the Upper Orifices Pattern

Zhiyan Lyu^{1,2*}, Hongting Zhang^{2#}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 吕芝延, 张鸿婷. 涤痰降压方加减治疗痰热上扰型原发性高血压患者的回顾性分析[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 1961-1970. DOI: 10.12677/acm.2026.1672722

Abstract

Objective: To explore the clinical efficacy of Ditan Jiangya Decoction combined with conventional antihypertensive drugs in the treatment of essential hypertension with phlegm-heat disturbing the upper orifices pattern, and to provide evidence-based basis for integrated traditional Chinese and Western medicine in the treatment of this type of hypertension. **Methods:** A retrospective collection was conducted on 132 patients with essential hypertension of phlegm-heat disturbing the upper orifices pattern who were admitted to the First Department of Cardiovascular Medicine, the Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine from February 2020 to August 2024. They were divided into the treatment group (65 cases, conventional antihypertensive drugs + Ditan Jiangya Decoction) and the control group (67 cases, conventional antihypertensive drugs alone) according to the treatment plan. After 4 weeks of treatment, the TCM syndrome scores, office blood pressure, 24-hour ambulatory blood pressure and clinical efficacy were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total TCM syndrome scores of both groups decreased significantly ($P < 0.05$), and the treatment group (5.80 ± 4.848) was lower than the control group (14.81 ± 8.628). The total effective rate of TCM syndrome in the treatment group (89.23%) was higher than that in the control group (59.70%) ($P < 0.05$). The office systolic blood pressure and diastolic blood pressure in both groups were significantly reduced ($P < 0.05$), and the total antihypertensive effective rate in the treatment group (86.67%) was higher than that in the control group (68.66%) ($P < 0.05$). The improvement of 24-hour ambulatory mean blood pressure, daytime and nighttime mean blood pressure, ambulatory pulse pressure, blood pressure load, blood pressure variability coefficient and other indicators in the treatment group was superior to that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Ditan Jiangya Decoction combined with conventional antihypertensive drugs in the treatment of essential hypertension with phlegm-heat disturbing the upper orifices pattern can more significantly reduce the patient's blood pressure level, improve TCM syndromes and ambulatory blood pressure-related indicators, with definite clinical efficacy.

Keywords

Ditan Jiangya Decoction, Phlegm-Heat Disturbing the Upper Orifices Pattern, Essential Hypertension, Retrospective Analysis

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

高血压是心血管疾病中最常见的一种疾病[1], 表现为血液对血管壁的压力持续高于正常值, 易造成脑、心重要的靶器官损害[2], 每年在全球致使近 1000 万人死亡和超 2 亿人残疾, 并呈不断上升的趋势, 已成为全球重大公共卫生问题[3]。我国成人高血压的患病率为 27.5% [4], 流行病学表现为发病率高、致残率高、死亡率高以及知晓率低——“三高一低”。因其致病因素多样、早期症状不明显, 并未获得患者的足够重视[5], 造成低管控率、低治疗率的现况[6][7]。现代医学对高血压的干预多以口服降压药等西药

治疗为主, 但长期服用降压药易导致降压效果减弱和产生药物依赖等副作用[8]。中医药在高血压及其临床症状的治疗方面, 拥有悠久的历史与独特的诊疗优势。在降压的同时能够减轻心、脑、肾等靶器官的损伤, 对患者整体症状进行综合性调治[9]。相较于单纯的口服降压药物治疗, 中医药在消除血压难以控制的相关影响因素方面, 有着更为显著的作用与潜力[10]。

真实世界的研究利用临床病历等在患病人群中获得干预手段的临床证据[11][12], 在中医药领域形成了使用临床数据开展研究并指导实践的科研模式[13][14]。

涤痰降压方为黑龙江中医药大学附属第二医院心血管一科治疗高血压的经验方, 由半夏、陈皮、茯苓等中药组成, 功效涤痰清热、补肾平肝, 适用于痰热上扰证。哈尔滨地属东北, 饮食不乏肥甘厚腻, 临床证候多有痰湿证尤为多见[15], 并常伴随血脂、血糖等代谢异常[16]。东北世居民有强悍、率真、粗犷的性格[17], 痰邪更易与火相交。在长期的临床治疗中, 此方可降低血压, 同时缓解血压升高所带来的头痛、眩晕等症状。

本研究采用回顾性研究设计, 收集曾就诊于黑龙江中医药大学附属第二医院心血管一科的高血压患者病历, 以接受自拟涤痰降压方治疗为影响因素, 将患者分为治疗组与对照组, 分析自拟涤痰降压方对高血压的疗效, 为中西医结合治疗痰热上扰型原发性高血压提供循证依据。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

数据来自 2020 年 2 月至 2024 年 8 月在黑龙江中医药大学附属第二医院心血管一科就诊的高血压患者病历。以服用自拟涤痰降压方作为影响因素。回顾性收集患者门诊治疗时的处方、诊断等病历信息。将符合痰热上扰型原发性高血压的患者病历信息进行统计, 共统计符合筛选条件患者 132 例, 根据患者治疗方案的不同将患者分为治疗组 65 例和对照组 67 例。

2.2. 诊断标准

2.2.1. 中医证候诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》[18], 将中医证候纳入标准拟定为痰热上扰型。其主症为眩晕、头痛、头重如裹、视物旋转; 次症为口干口苦、失眠、耳鸣、吐黏稠浊痰、食少、大便干、小便黄; 舌脉表现为舌质红、舌黄腻、脉弦滑或滑数。

2.2.2. 高血压的西医诊断

根据最初统计患者情况, 参考 2024 年修订版《中国高血压防治指南》[4]制定, 在未服用相关控制血压药物的情况下, 采用经国际认证的上臂式电子血压计进行测量, 非同日 3 次测量诊室血压, 收缩压(高压) ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压(低压) ≥ 90 mmHg 及以上则诊断为高血压。患者既往有高血压病史, 目前正在使用降压药物, 血压虽低于 140 mmHg/90 mmHg, 仍应诊断为高血压。

2.3. 纳入标准

① 符合原发性高血压诊断标准者, 且为第一诊断; ② 根据中医辨证, 归类为痰热上扰型原发性高血压患者; ③ 年龄 ≥ 18 岁, 性别不限; ④ 患者以降压为目的且就诊次数不少于 2 次, 就诊间隔时间不超过 1 个月; ⑤ 对中药无不耐受或过敏反应; ⑥ 临床资料完善者。

2.4. 排除标准

具有以下任意项者需排除。① 继发性高血压、恶性高血压、急性及亚急性高血压患者; ② 合并有

其他严重疾病的患者; ③ 治疗周期少于 4 周的患者; ④ 临床资料或相关指标缺失的患者; ⑤ 除自拟涤痰降压方外还服用其他中药方剂的患者; ⑥ 妊娠及哺乳期患者。

2.5. 治疗方法

2.5.1. 对照组

参照 2024 年修订版《中国高血压防治指南》[4]给予常规口服降压药: 包括钙通道阻滞剂(calcium channel blocker, CCB)、血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin-converting enzyme inhibitor, ACEI)、血管紧张素 II 受体拮抗剂(angiotensin II receptor blocker, ARB)、噻嗪类利尿剂(thiazide diuretic, TD)、 β 受体阻滞剂(β -receptor blocker, BRB)及上述药物组成的单片复方制剂(single-pill combination, SPC)以及血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(angiotensin receptor neprilysin inhibitor, ARNI)。

2.5.2. 治疗组

在对照组治疗的基础上加用涤痰降压方, 药物为黑龙江中医药大学附属第二医院中药房的中药饮片。药物组成: 清半夏 12 g, 陈皮 10 g, 茯苓 10 g, 竹茹 15 g, 枳实 10 g, 胆南星 12 g, 石菖蒲 10 g, 菊花 10 g, 夏枯草 30 g, 黄芩 12 g, 桑寄生 10 g, 川牛膝 10 g。根据患者症状随证加减: 眩晕严重者加天麻、钩藤加强镇肝熄风之功; 失眠症状严重者加龙骨、牡蛎以助潜阳安神之效; 口中干苦, 心中烦躁以丹皮、栀子清泄肝火; 呕恶重者加佩兰、藿香、生姜等。中药方剂每日 1 剂, 400 ml 水煎服, 早晚分服 200 ml, 持续四周。

2.6. 临床观察指标

1) 中医证候积分: 标准参照《中医病证诊断疗效标准》[18]制定, 主证积分分别为 0、2、4、6 分, 次证分别为 0、1、2、3 分, 符合舌象, 脉象标准者分别记作 1 分。

2) 诊室血压: 由专业医师采用科室统一电子血压计进行血压测量, 要求患者静坐休息 10 分钟, 采取坐位, 间断性测量右臂血压, 共测量三次, 并取平均值为准。

3) 24 h 动态血压(Ambulatory Blood Pressure Monitoring, ABPM): 包括 24 h 动态平均血压(24-hour Ambulatory Mean Blood Pressure, 24 h AMBP)、日间平均血压(Daytime Blood Pressure, DBP)、夜间平均血压(Nighttime Blood Pressure, NBP)、动态脉压(Ambulatory Pulse Pressure, APP)、收缩压负荷(Systolic Blood Pressure Load, SBPL)、舒张压负荷(Diastolic Blood Pressure Load, DBPL)、夜间收缩压下降百分率(Nocturnal Systolic Blood Pressure Dip Rate, SBPF)、夜间舒张压下降百分率(Nocturnal Diastolic Blood Pressure Dip Rate, DBPF)、24 h 收缩压变异系数(24-hour Systolic Blood Pressure Coefficient of Variation, 24 h SBP-CV)以及 24 h 舒张压变异系数(24-hour Diastolic Blood Pressure Coefficient of Variation, 24 h DBP-CV)。

2.7. 血压的疗效评判标准

以 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》[19]中关于高血压病的血压疗效判定标准为参考: 显效标准: 舒张压降低幅度在 10 mmHg 以上, 并且达到正常水平或舒张压下降幅度在 20 mmHg 及以上, 但未降到正常水平, 须满足其中一项; 有效标准: 舒张压降低幅度在 10 mmHg 以下, 但已达到正常水平; 舒张压的降低幅度在 10~19 mmHg 之间, 但尚未降到正常水平; 收缩压的降低幅度达 30 mmHg 以上, 须满足其中一项; 无效标准: 不满足上述任一标准者。

2.8. 中医证候疗效评判标准

参考 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》[19]中高血压病中医证候疗效的判定标准, 其中医证

候疗效的评定采用积分法, 疗效指数(n) = [(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分] × 100%。① 显效: 有效率在 70% (含 70%)以上; ② 有效: 有效率在[30%~70%]之间; ③ 无效: 有效率在 30%以下。

2.9. 统计方法

数据分析采用 SPSS 28.0 统计软件。如果数据满足正态分布, 则计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 否则运用中位数表示。治疗前后数据比较采用独立样本 t 检验, 组间比较采用配对样本 t 检验; 对于不满足正态分布的情况, 则运用 Wilcoxon 秩和检验。计数资料则用频率和百分比表示, 采用 χ^2 检验。

3. 结果

3.1. 两组患者的基本资料对比

治疗组的 65 名患者中, 男性患者 36 人, 女性患者 29 名; 其中年龄最大 79 岁, 最小 35 岁, 平均年龄(55.68 ± 12.41)岁; 对照组 67 例患者中, 男性患者 37 人, 女性患者 30 人; 年龄最大者 76 岁, 最小者 33 岁, 平均年龄(55.21 ± 11.74)岁; 经 χ^2 检验, 两组之间的年龄及性别差异并无统计学意义($P > 0.05$), 两组数据间具有可比性。

3.2. 疗效观察指标结果

3.2.1. 两组患者中医证候总积分比较

两组患者中医证候总积分比较, 治疗前两组患者中医证候总积分差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。配对样本 t 检验结果显示两组患者治疗后中医症状总积分均有下降($P < 0.05$), 且治疗组积分下降更为显著。见表 1。

Table 1. Comparison of total TCM syndrome scores between two patient groups (score, $\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组患者中医证候总积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	65	15.83 ± 9.39	$5.80 \pm 4.85^{##}$
对照组	67	15.60 ± 9.07	$14.81 \pm 8.63^{\#}$

注: 与本组治疗前比较, $^{\#}P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $^{*}P < 0.05$ 。

3.2.2. 中医证候疗效比较

非参数检验结果显示, 治疗组的总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of TCM syndrome efficacy between two patient groups (cases)

表 2. 两组患者中医证候疗效比较(例)

组别	例数	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗组	65	33	25	7	89.23
对照组	67	18	22	27	59.70

3.2.3. 治疗前后两组血压比较

两组患者治疗前的血压无显著性差异($P > 0.05$)具有可比性。配对 t 检验表明, 两组患者血压具有改善, 且治疗组血压下降更为明显($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of office blood pressure between the two groups of patients (mmHg, $\bar{x} \pm s$)
表 3. 两组患者诊室血压比较(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血压	治疗前	治疗后
治疗组	65	收缩压	171.8 $\pm$ 21.97	144.7 $\pm$ 12.46 ^{#*}
		舒张压	101.2 $\pm$ 10.58	82.34 $\pm$ 6.06 ^{#*}
对照组	67	收缩压	170.9 $\pm$ 21.76	148.9 $\pm$ 19.61 [#]
		舒张压	102.3 $\pm$ 10.73	89.82 $\pm$ 13.39 [#]

注：与本组治疗前比较，[#] $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P < 0.05$ 。

3.2.4. 两组患者治疗前后的降压疗效比较

非参数检验结果显示，治疗后治疗组降压总有效率高于对照组降压总有效率($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Comparison of total antihypertensive efficacy between two groups (cases)
表 4. 两组患者降压总疗效比较(例)

组别	例数	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
治疗组	65	23	29	8	86.67
对照组	67	19	27	21	68.66

3.2.5. 两组患者动态血压治疗前后比较

经过独立样本 t 检验，两组患者治疗前的 24 h AMBP、DBP、NBP、APP、SBPL、DBPL、SBPF、DBPF、24 h SBP-CV 以及 24 h DBP-CV 没有显著性差异($P > 0.05$)，两组间数据具有可比性。两组患者经治疗后，其 24 h 动态平均血压、日间平均血压、夜间平均血压、动态脉压、收缩压负荷、舒张压负荷、夜间收缩压下降百分率、夜间舒张压下降百分率、24 h 收缩压变异系数及 24 h 舒张压变异系数均有降低($P < 0.05$)，且治疗组降低更明显，改善效果更加明显($P < 0.05$)。见表 5。

Table 5. Comparison of 24 h ABP between two patient groups (mmHg, $\bar{x} \pm s$)
表 5. 两组患者 24 h 动态血压比较(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
24hSBP	158.20 $\pm$ 18.47	139.60 $\pm$ 13.22 ^{#*}	157.30 $\pm$ 19.43	141.00 $\pm$ 18.64 [#]
24hDBP	90.69 $\pm$ 8.10	79.54 $\pm$ 5.84 ^{#*}	91.54 $\pm$ 9.78	82.81 $\pm$ 12.08 [#]
dSBP	163.40 $\pm$ 16.50	143.20 $\pm$ 13.15 ^{#*}	162.90 $\pm$ 17.86	146.30 $\pm$ 19.08 [#]
dDBP	94.310 $\pm$ 8.613	89.29 $\pm$ 5.94 ^{#*}	95.79 $\pm$ 9.09	86.09 $\pm$ 12.46 [#]
nSBP	148.70 $\pm$ 16.25	133.20 $\pm$ 12.17 ^{#*}	148.90 $\pm$ 17.54	135.10 $\pm$ 18.79 [#]
nDBP	85.12 $\pm$ 8.00	74.32 $\pm$ 5.63 ^{#*}	85.60 $\pm$ 9.45	77.06 $\pm$ 12.06 [#]
APP	55.94 $\pm$ 8.91	51.31 $\pm$ 5.25 ^{#*}	55.40 $\pm$ 8.83	52.85 $\pm$ 6.66 [#]
SBPL	56.55 $\pm$ 17.04	21.62 $\pm$ 12.66 ^{#*}	56.37 $\pm$ 16.86	29.40 $\pm$ 15.04 [#]

续表

DBPL	48.37 ± 16.11	16.14 ± 10.38**	48.28 ± 15.67	23.75 ± 13.03 [#]
SBPF	9.588 ± 7.11	12.35 ± 4.17**	9.43 ± 6.81	11.15 ± 4.84 [#]
DBPF	9.011 ± 6.16	11.65 ± 3.69**	8.84 ± 5.98	10.57 ± 4.26 [#]
24 h SBP-CV	15.07 ± 3.02	11.58 ± 1.86**	15.00 ± 2.87	12.78 ± 2.30 [#]
24 h DBP-CV	17.78 ± 2.12	13.80 ± 1.51**	17.74 ± 2.02	15.03 ± 1.91 [#]

注：与本组治疗前比较，[#] $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，* $P < 0.05$ 。

4. 讨论

高血压，在早期医籍中并无此病名，相关描述首见于《黄帝内经》中“咸者，脉弦也”[20]。根据高血压发作时头晕、头胀，严重时头痛不安，心悸耳鸣等症状，可将其划分为中医“眩晕”“头痛”等范畴[15]。高血压在中医上以饮食不节、情志失调、久病过劳、年迈体虚等因素造成，病机以火证、饮证及虚证为主[21][22]。《丹溪心法》中首提“肥白人痰，肥人气虚生寒，寒生湿，湿生痰，故肥人多寒湿”，《临证指南医案》也指明“湿从内生，必其人膏粱酒醴过度”。因此，相比“诸风掉眩，皆属于肝”的情况，《证治准绳》中“眩，谓眼黑；晕者，头旋也，古称头旋眼花是也……有湿痰壅遏者”等眩晕的病因病机或更贴切当今社会的高血压的成因。

现代医学认为高血压产生的机制可能是血管内皮功能障碍，交感神经系统的过度激活、肾素-血管紧张素-醛固酮系统(renin-angiotensin-aldosterone system, RAAS)失调和血管炎症等反应共同导致[23]，并无明确的发病机制，但多数研究者认为免疫炎症反应和高血压的关系或更为密切[1]，包括血管炎症反应在内的危险因素致使内皮细胞功能异常，影响血管的弹性与结构，使血管压力上升[24]。而高血压的病程中会导致血管壁的持续应激[25]，往往伴有各种程度的慢性炎症反应、动脉粥样硬化、氧化应激等病理改变[26]，炎症反应与高血压互相影响。临床中高血压口服药物主要为CCB、ACEI、ARB、TD、BRB、SPC以及ARNI，在系统的诊断与治疗下，能使患者血压迅速恢复至正常水平，但单纯服用降压药物存在一定局限性，且西药存在一定的不良反应[27]。近年来中西医结合疗法逐渐获得越来越多的临床认可，并收获颇丰[28]。

中医药治疗的核心优势在于能够整体把控，综合调理，基于此，本研究回顾性分析了符合痰热上扰型原发性高血压的132例患者，并划分为治疗组与对照组。两组对比：治疗4周(28天)后，两组患者中医症状总积分、降压总有效率及24小时动态平均血压、日间平均血压、夜间平均血压、动态脉压、收缩压负荷、舒张压负荷、夜间收缩压下降百分率、夜间舒张压下降百分率、24小时收缩压变异系数、24小时舒张压变异系数等指标比较，治疗组降低幅度及改善效果均显著优于对照组($P < 0.05$)。结果表明，相较于单纯降压药物治疗，涤痰降压方联合降压药物治疗痰热上扰型原发性高血压，降压效果更显著，且能有效改善患者临床症状及中医证候，具有良好的临床应用价值。

涤痰降压方以《奇效良方》中的涤痰汤作为基础方，加菊花、夏枯草、黄芩、川牛膝等清热扶正之品化裁而成。方中半夏、陈皮、茯苓为二陈汤主要组成，是治痰湿之证的总方，有燥湿祛痰，理气和中之功，调节水谷精微运化。借鉴温胆汤中半夏、竹茹；枳实、陈皮四种药物两两相对，一温一凉，互增祛痰之效，“养其真，顺其性”，于温和之中消其痰。涤痰降压方中半夏辛温燥烈、降逆散结、化痰燥湿，现代药理研究其含有的藜芦酮等活性成分，能发挥抗炎作用，从而抑制炎症细胞活化[29]，进而降低血压。胆南星燥湿化痰之力更盛，二者相须，共奏涤痰之功，胆南星的有效成分可以恢复生物的血脂水平，其机制能够调节肝脏代谢紊乱[30]，抗炎镇痛及抗氧化[31]，达到调整血压的目的；陈皮理气健脾、理气行

滞,除化痰外并重理气之效,其成分甜橙黄酮有抗氧化、抗炎、抗菌、利尿、血管舒张等一系列医疗效果[32],进而调节血管压力;枳实破气消积,与陈皮一升一降,增理气化痰之效,通畅气机则痰浊易消,当中含有的黄酮类成分如柚皮苷、橙皮苷等,具有抗氧化、抗炎、抗肿瘤的功能[33],为抗血管炎症增效。竹茹微寒,清热化痰,佐制南星半夏之燥,兼顾痰浊化热,竹茹中所含有的天然黄酮——苜蓿素,具有抗炎、抗氧化和免疫调节等多种功能[34]。茯苓健脾,以绝生痰之源,现代药理学研究表明,茯苓及其有效成分具有广泛的生物学活性,能在免疫调节、抗炎、抗氧化、抗衰老、镇静催眠等方面发挥作用[35]。石菖蒲豁痰化湿,为免“痰浊蒙蔽心包”,恢复神志清明,挥发性成分能够镇静、抗惊厥、抑郁及癫痫、并引药入脑等[36][37],用来缓解高血压的心悸等症状;菊花、夏枯草、黄芩三者性寒,均有清热功效,为平肝清热的作用,可解痰湿化热之变,也能够调节肝肾功能,缓解肝肾亏虚引起的眩晕、失眠等症状,菊花性微寒,专入阳分[37][38],含有的多酚类成分、黄酮类成分、挥发性物质等对于治疗心血管疾病有很好的疗效[39],有明显的抗菌、抗炎作用[40],特别是能够降低细胞炎症因子的分泌来保护内皮细胞[41];夏枯草,其辛苦寒,可治目赤肿痛、头痛眩晕等症,在现代药理学研究中,夏枯草具有“三降”(血糖、血压、血脂)作用及“三抗”(抗菌、抗病毒、抗肿瘤)的核心药理活性[42];黄芩,清热燥湿,可治胸闷呕恶,黄芩的活性物质基础如黄芩苷、汉黄芩苷、黄芩素等,可以通过调控炎症信号通路,展现出降血压、抗炎抑菌、降胆固醇、抗血栓、利尿止血等作用[43];桑寄生与川牛膝入肝肾经,补肾固本强身、调补肝肾、防疾病后期转虚,增强机体的自我调节能力。桑寄生能通过抑制血浆肾素,降低血浆肌酐、血浆尿素氮水平,来达到治疗肾性高血压的目的[44],而牛膝具有抗高血脂、抗氧化、抗炎等特性,在现代临床中治疗老年高血压的核心药物运用频率中排名第1[44],具有非常明确的降压效果,同时对靶器官具有保护作用。

目前医学研究发现涤痰汤加减可抑制白细胞介素-6、血清肿瘤坏死因子 α 等信号通路的表达,多靶点、多通道地调控炎症[45]。涤痰汤具有拮抗氧化应激的作用,可显著提高脑组织中超氧化物歧化酶的活性,并上调还原型谷胱甘肽等抗氧化物质的含量。同时降低丙二醛、一氧化氮合酶等氧化应激相关指标的水平,进而减轻氧化应激所致的脑组织损伤[45]。涤痰降压方中的药物不仅在传统中医层面具有涤痰清热、补肾平肝的功效,缓解高血压的对应症状,在现代药理学研究中均有一定程度的抗炎作用,从而直接或间接影响血压恢复,保护靶器官,减少相关器官受损[46]。

综上,涤痰降压方能够改善痰热上扰型原发性高血压病患者的临床症状、中医证候,联合西药能够进一步降低患者的血压水平,是一种辅助治疗高血压病的有效中医药物治疗法。此次研究存在病例来源较单一,样本量较少等局限性。未来应进一步扩大样本量的收集,对相关危险因素逐个分析,并开展更长周期的临床研究,以提高研究结果的准确性。

参考文献

- [1] 张开泰,周静静,宋彦洁,等.化痰解郁安神方联合常规西药治疗痰湿中阻型原发性高血压伴焦虑症的临床观察[J].中药材,2025,48(9):2362-2365.
- [2] Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., et al. (2018) 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *European Heart Journal*, **39**, 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- [3] Wu, Y., Jin, A., Xie, G., Wang, L., Liu, K., Jia, G., et al. (2018) The 20 Most Important and Most Preventable Health Problems of China: A Delphi Consultation of Chinese Experts. *American Journal of Public Health*, **108**, 1592-1598. <https://doi.org/10.2105/ajph.2018.304684>
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会,等.中国高血压防治指南(2024年修订版)[J].中华高血压杂志(中英文),2024,32(7):603-700.
- [5] 孟醒,熊兴江.初发高血压病、青年高血压病的中医认识及天麻钩藤饮的临床治疗体会[J].中国中药杂志,2020,

- 45(12): 2752-2759.
- [6] 赵连友, 李妍, 牛晓琳, 等. 对我国高血压防控策略的思考[J]. 中华高血压杂志, 2024, 32(1): 2-5.
 - [7] 《中国心血管健康与疾病报告 2022》编写组.《中国心血管健康与疾病报告 2022》要点解读[J]. 中国心血管杂志, 2023, 28(4): 297-312.
 - [8] 刘海伦, 周婧璇, 郑静静, 等. 高血压非药物治疗研究进展[J]. 中华高血压杂志, 2023, 31(11): 1117-1123.
 - [9] 熊兴江, 王阶. 经方在高血压病治疗中的运用[J]. 中国中药杂志, 2013, 38(11): 1836-1839.
 - [10] 唐补生, 曹敏, 李广浩, 等. 血压难控因素的中医辨识和治疗[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(2): 197-198.
 - [11] McNair, D., Lumpkin, M., Kern, S. and Hartman, D. (2022) Use of RWE to Inform Regulatory, Public Health Policy, and Intervention Priorities for the Developing World. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, **111**, 44-51. <https://doi.org/10.1002/cpt.2449>
 - [12] Honig, P.K. (2022) The “Coming of Age” of Real-World Evidence in Drug Development and Regulation. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, **111**, 11-14. <https://doi.org/10.1002/cpt.2465>
 - [13] Sun, X., Tan, J., Tang, L., Guo, J.J. and Li, X. (2018) Real World Evidence: Experience and Lessons from China. *BMJ*, **360**, j5262. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5262>
 - [14] 周雪忠, 王世华, 张迪, 等. 构建中医药特色真实世界临床研究新模式的实践与思考[J]. 科技导报, 2023, 41(14): 22-31.
 - [15] 熊兴江, 王阶. 论高血压病的中医认识及经典名方防治策略[J]. 中医杂志, 2011, 52(23): 1985-1989.
 - [16] 姜铭, 姚锐, 袁维运. 针刺联合六味地黄丸加味干预老年卒中伴高血压(肝肾阴虚型)的临床观察及对血压水平影响[J]. 中华中医药学刊, 2026, 44(3): 180-184.
 - [17] 马振庆, 肇启新. 东北人性格特征与油画风景的地域性[J]. 黑龙江民族丛刊, 2016(2): 159-162.
 - [18] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T 001.1~001.9-94 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 23.
 - [19] 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.
 - [20] 姜德友, 周雪明. 眩晕病源流考[J]. 中医文献杂志, 2011, 29(1): 10.
 - [21] 孟醒, 熊兴江.《高血压中医诊疗专家共识》解读[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(11): 192-205.
 - [22] 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.
 - [23] Kario, K. (2013) Orthostatic Hypertension—A New Haemodynamic Cardiovascular Risk Factor. *Nature Reviews Nephrology*, **9**, 726-738. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2013.224>
 - [24] 傅为武, 欧阳雅蓉, 黄彩依, 等. 基于高血压炎症反应探讨高血压治疗研究进展[J]. 海南医学院学报, 2021, 27(9): 717-720.
 - [25] 黄琼, 詹文凤, 刘希奇, 等. 清眩降压汤治疗肝阳上亢型高血压病并失眠患者的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(21): 4101-4108.
 - [26] Costa, R.M., Cerqueira, D.M., Bruder-Nascimento, A., Alves, J.V., Awata, W.M.C., Singh, S., et al. (2024) Role of the CCL5 and Its Receptor, CCR5, in the Genesis of Aldosterone-Induced Hypertension, Vascular Dysfunction, and End-Organ Damage. *Hypertension*, **81**, 776-786. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.123.21888>
 - [27] 袁钊, 苏海. 高血压初始治疗使用国产小剂量复方制剂是否合理? [J]. 中华高血压杂志(中英文), 2025, 33(1): 2-3.
 - [28] 张裕. “活血散风”针刺法对正常高值血压人群临床症状及血管功能的影响[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2023.
 - [29] 羊田, 吴新萍, 万文洲. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型原发性高血压的临床效果及安全性分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2025, 35(9): 71-73+77.
 - [30] 张澎, 苏发智, 朱恩琳, 等. 基于肠道菌群及代谢组学探讨胆南星的降血脂作用机制[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(6): 1544-1557.
 - [31] 唐照琦, 李彪, 王秋红, 等. 胆南星的化学成分、药理作用及相关复方临床应用的研究进展[J]. 中国药房, 2020, 31(12): 1523-1527.
 - [32] Jie, L.H., Jantan, I., Yusoff, S., et al. (2021) Sinensetin: An Insight on Its Pharmacological Activities, Mechanisms of Action and Toxicity. *Frontiers in Pharmacology*, **11**, Article ID: 553404. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.553404>
 - [33] 吴倩颖, 刘德鸿, 陈伟康, 等. 不同基原枳实的多组分含量测定及差异性成分分析[J]. 中国药房, 2025, 36(9): 1071-1075.
 - [34] 王家豪, 花海兵, 薛昊, 等. 古代经典名方温胆汤的研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 世界科学技术-中医

药现代化, 2024, 26(6): 1528-1536.

- [35] 柳威. 茯苓及其有效成分药理作用机理研究进展[J]. 山西中医, 2025, 41(10): 64-67.
- [36] 李鹏辉, 孙瑜, 冯小龙, 等. 石菖蒲抗癫痫的药理机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(18): 261-268.
- [37] 乐颖娜, 张金莲, 钟凌云, 等. 石菖蒲炮制的历史沿革、化学成分及神经药理作用研究进展[J]. 中草药, 2025, 56(11): 4115-4127.
- [38] 赵学敏. 本草纲目拾遗[M]. 刘从明, 校注. 北京: 中医古籍出版社, 2017: 194.
- [39] 李孟, 郭梦真, 王小兰, 等. 怀菊花干预动脉粥样硬化的药效物质基础研究[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(7): 1383-1391.
- [40] Yuan, H., Jiang, S., Liu, Y., Daniyal, M., Jian, Y., Peng, C., *et al.* (2020) The Flower Head of *Chrysanthemum Morifolium* Ramat. (Juhua): A Paradigm of Flowers Serving as Chinese Dietary Herbal Medicine. *Journal of Ethnopharmacology*, **261**, Article 113043. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.113043>
- [41] 邓晓颜, 王小兰, 李孟, 等. 怀菊花总黄酮富集纯化工艺优化及其抗炎活性、成分组成研究[J]. 中成药, 2023, 45(9): 2815-2821.
- [42] 陈明龙, 覃桂, 张兴明, 等. 基于文献计量学的夏枯草植物学特性、种植管理及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2025, 56(16): 6017-6029.
- [43] 王梅, 曹春琪, 雷蓉, 等. 黄芩有效成分及外源性污染物的质量评价研究进展[J/OL]. 中华中医药学刊, 2025: 1-16. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250912.1304.022>, 2026-07-13.
- [44] 白宇鑫, 马红丽, 王宇, 等. 桑寄生活性成分、药理作用及妇科临床应用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2026, 44(5): 172-176.
- [45] 郭遂怀, 张鹏, 陈爱春, 等. 涤痰汤对动脉粥样硬化兔模型炎性细胞因子的相关研究[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(5): 1306-1309, 1367-1368.
- [46] 陆彭, 康达, 刘洛岐, 等. 牛膝白芍颗粒配伍对肝阳上亢型高血压肾损伤的保护作用[J]. 中国临床药理学杂志, 2024, 40(22): 3285-3289.