

# 五积散加减联合Ca<sup>2+</sup>阻断剂治疗寒邪凝滞型高血压的临床疗效分析

喻泽篇<sup>1\*</sup>, 汪朝景<sup>1</sup>, 秦娟娟<sup>1</sup>, 陆廷飞<sup>2#</sup>

<sup>1</sup>安顺市西秀区旧州次医疗中心, 贵州 安顺

<sup>2</sup>贵州中医药大学第一临床医学院, 贵州 贵阳

收稿日期: 2024年1月29日; 录用日期: 2024年3月20日; 发布日期: 2024年3月28日

## 摘要

目的: 以五积散加减联合Ca<sup>2+</sup>阻断剂作为寒邪凝滞型高血压的治疗方案, 进而探究高血压的中西医临床治疗效果。方法: 实验对象为2020年9月~2022年6月期间医治的120名寒邪凝滞型高血压(HBP)病人, 以1至120号对这些病人排序, 其中1至60号归入研究组, 用五积散加减合Ca<sup>2+</sup>阻断剂治疗, 而后61到120号定为对照组, 仅行Ca<sup>2+</sup>阻断剂干预, 2组病人干预结束, 对双方疗效展开对比观察。结果: 在有效治疗率上, 研究组呈91.2%, 对照组呈76.7%, 前者相较后者明显偏高, 双方表现出显著不同(P < 0.05); 在血压(BP)水平上, 相较未干预时, 2组干预后皆未表现出显著不同, 干预后2组皆有所改善, 同时就改善效果而言, 研究组相较对照组更加明显(P < 0.05)。结论: 对于HBP病人行西药 + 五积散加减治疗, 可获得显著的临床疗效, 同时具备可靠性、安全性。

## 关键词

五积散加减, 寒邪凝滞型, 发汗解表, 高血压, 临床疗效, Ca<sup>2+</sup>阻断剂

# Five Product Dispersion Plus and Minus Combined with Ca<sup>2+</sup> Blocking Agent for Cold Evil Stagnation Type Clinical Efficacy Analysis of Hypertension

Zepian Yu<sup>1\*</sup>, Chaojing Wang<sup>1</sup>, Juanjuan Qin<sup>1</sup>, Tingfei Lu<sup>2#</sup>

<sup>1</sup>Jiuzhou Medical Center of Xixiu District, Anshun Guizhou

<sup>2</sup>First Clinical Medical College of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang Guizhou

\*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 喻泽篇, 汪朝景, 秦娟娟, 陆廷飞. 五积散加减联合 Ca<sup>2+</sup>阻断剂治疗寒邪凝滞型高血压的临床疗效分析[J]. 医学诊断, 2024, 14(1): 132-136. DOI: 10.12677/md.2024.141019

## Abstract

**Objective:** To use Ca<sup>2+</sup> blocking agent as the treatment scheme of cold evil coagulation type hypertension, and then explore the traditional Chinese and western medicine of hypertension treatment effect. **Methods:** The subjects were 120 patients with cold coagulation hypertension (HBP) treated from September 2020 to June 2022. These patients were sorted from numbers 1 to 120, with numbers 1 to 60 placed in the study group, treated with Ca<sup>2+</sup> blockers, and then number 61 to 120. The number was designated as the control group, with only Ca<sup>2+</sup> blocker intervention. After the intervention in 2 groups, the efficacy of both patients was compared. **Results:** In the effective treatment in terms of rate, the study group was 91.2%, and the control group was 76.7%. The former was significantly higher than the latter, and the two sides showed significantly different values ( $P < 0.05$ ); At the blood pressure (BP) level, none of the two groups was significantly different after the intervention compared with the no intervention, but both of the two groups improved after the intervention in terms of effect, the study group was more obvious than the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** For HBP patients with western medicine + pentapulus minus treatment can get significant clinical efficacy, with reliability and safety.

## Keywords

Five Addition and Subtraction, Cold Evil Stagnation Type, Sweating Table, Hypertension, Clinical Efficacy, Ca<sup>2+</sup> Blocking Agent

Copyright © 2024 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(HBP)的主要表现为体循环动脉压增大,并且存在脑、心、肾等器官合并症。HBP 存在原发性、继发性之分,前者也有“高血压病”之称,是心脑血管疾病(CCVD)最关键的一项危险因素。在 HBP 的发病率以及患病率方面,国家不同、种族不同会存在差异性表现,北方地区相较南方地区偏高,沿海区域相较内地区域偏高,城市较农村偏高,男、女患病率总体差别不大,且与年龄密切相关,高血压的患病率约为 18% [1],同时在日常生活与工作方面,其缺乏较高知晓率,造成了极大影响,因此及时治疗及适当预防是很有必要的,从而降低和维持血压水平[2] [3]。高血压发病的病因多种多样,是多种因素相互作用的结果,可分为原发性高血压、继发性高血压及难治性高血压,但具体血压升高的途径尚不明确,刘力红教授认为“高血压产生的机制就是循环阻滞”,其发病机制与外周血管的阻力、心脏的压力负荷等有关[4]。潘晓明等[5]认为原发性高血压的病因主要为遗传因素和体重超重 2 个因素,而高盐、低钾饮食、营养不良等因素占比少于遗传因素和体重超重因素。杨晓瑜等[6]通过回顾性分析认为遗传因素和环境因素是导致原发性高血压的主要原因,通过不同病因实施不同治疗后,疗效显著。经临床研究证明肾素-血管紧张素-醛固酮系统异常是诱发高血压的直接因素[7]。刘子安等[8]认为在继发性难治性高血压患者中阻塞性睡眠呼吸暂停综合征占第一位,原发性醛固酮增多症占第二位。在高血压治疗方面,提倡中西医结合治疗,只要血循环过程的障碍减少,血液冲击血管壁压力就减小,血压自然就下降[9],最终以达到“驱邪复横、调态维稳”的目的。在现有治疗方案上,药物治疗为主要措施,主要药物分为利尿

剂、 $\beta$ 受体拮抗剂、 $\text{Ca}^{2+}$ 阻断剂、ACEI与ARB等类。若伴有高血压肾病、高血压脑病等，则需要联合治疗。在中医药方面，传统认知强调主要病机为肝阳、痰浊、瘀血上犯清窍与脑髓空虚，清窍失养；其病理因素主要为风、火、痰、瘀、虚；治疗上强调“平治于权衡，去宛陈挫”；中医药一贯主张辨证论治与整体观念相结合，法随证立，方从法出，瘀血阻滞用通窍活血汤、痰浊上蒙用半夏白术天麻汤等，均体现了“同病异治”的特点。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 一般资料

资料来源于120例就诊于2020年9月至2022年6月的寒邪凝滞型高血压患者，按1号到120号进行排序，将1到60号定为研究组，其中60例中男性35例，女性25例，年龄在52~89岁，平均年龄( $68.35 \pm 27.34$ )岁，病程2.5年到17年，平均病程( $10.33 \pm 2.22$ )年；61号到120号为对照组，男性30例，女性30例，年龄56~88岁，平均年龄( $68.23 \pm 9.34$ )岁，病程2至24年，平均病程( $10.23 \pm 1.64$ )年。除了有严重并发症的患者，例如ASCVD，CKD等，全部患者资料完备，且同意自愿配合研究。就常规资料而言，对比2组实验对象发现不存在明显区别，可进行比较( $P > 0.05$ )。

### 2.2. 治疗方法

研究对象在治疗过程中坚持低盐和低脂饮食的基础上，对照组患者采用西医药物治疗，苯磺酸左氨氯地平片(规格：2.5 mg，生产厂家：施慧达药业集团有限公司)，口服，每天一次，每次一片。研究组病人除了采取上述西医药物干预，还增加了五积散加减疗法，五积散的构成含：当归、茯苓各20 g，苍术18 g，干姜、桂枝各12 g，川芎、姜厚朴、赤芍、10 g各10 g，半夏、葱白、生姜各9 g，麻黄6 g。中药材均来源于西秀区旧州次医疗中心(安顺市西秀区旧州镇卫生院)门诊中药房。水煎服，1剂/d，分3次服用。对病人连续接受16 w干预后的效果展开观察。有恶心、呕吐等症的患者，加公丁香10 g，柿蒂15 g，旋覆花30 g(包煎)降逆止呕；有腰背酸痛表现的病人，增杜仲、川牛膝与桑寄生各20 g；有头晕、目眩情况的病人，加天麻30 g，钩藤30 g，刺蒺藜30 g，土茯苓20 g，蔓荆子30 g。有大便难解、腹部胀满情况者，加大黄6 g，火麻仁30 g，郁李仁30 g，当归30 g。存在外感风热症状的病人，增炒牛蒡子与蝉蜕各15 g、桑叶10 g。

### 2.3. 研究项目和疗效评估结果

观察单用 $\text{Ca}^{2+}$ 阻断剂的治疗效果、 $\text{Ca}^{2+}$ 阻断剂基础上加用五积散加减的治疗效果及用药前后血压波动情况。治疗效果：显效标准：干预后病人肢软、两眼黑朦、眩晕等症状大幅改善，血压(BP)波动几乎无异常；好转：干预后先临床前症状消失，舒张压(DBP)或收缩压(SBP)降幅超过10 mmHg，然而还没有降至正常范围。无效标准：干预后未见明显变化[10]。

### 2.4. 统计学方法采用SPSS 26.0软件进行统计学分析

计数结果通过%描述，接受 $\chi^2$ 检验；计量结果通过( $\bar{x} \pm s$ )描述，接受t检验；差异具显著水平的标准是 $P < 0.05$ 。

## 3. 结果

### 3.1. 研究组与对照组治疗效果对比分析

对照组与研究组病人的BP水平相较于未干预时皆未表现出明显不同，干预后2组皆有所改善，同

时就改善效果而言, 研究组病人更加明显。在治疗总有效率(ORR)上, 研究组呈 91.2%, 对照组呈 76.7%, 前者明显偏高( $P < 0.05$ )。

**Table 1.** Comparative analysis of treatment efficacy between study and control groups

**表 1.** 研究组与对照组治疗疗效对比分析

疗效	Ca <sup>2+</sup> 阻断剂(n = 60)		研究组(n = 60)		x <sup>2</sup> 值
	例数	疗效率(%)	例数	疗效率(%)	
显效	36	60	43	71.2	
有效	10	16.7	12	20	
无效	14	23.3	5	8.3	
总有效	46	76.7	55	91.2	7.91*

Ca<sup>2+</sup>阻断剂治疗与研究组治疗疗效对比分析: 持续治疗后显示, 研究组治疗的有效率为 91.2%, Ca<sup>2+</sup>阻断剂治疗组患者当中有效率达到了 76.7%, P 值小于 0.05, 差异具有统计学意义。如表 1 所示。

### 3.2. 治疗前后研究组和对照组患者脉压差积分变化情况

通过对比研究发现, 研究组患者和对照组患者在治疗前脉压差积分不具备统计学意义(P 值大于 0.05), 而经过此次五积散加味联合 Ca<sup>2+</sup>阻断剂的治疗方法后, 症状较前明显改善(P 值小于 0.05), 病情较前好转, 且根据数据显示 P 值小于 0.05, 如表 2。

**Table 2.** Comparison of changes of pulse pressure difference treated with Ca<sup>2+</sup> block agent

**表 2.** 五积散加味合 Ca<sup>2+</sup>阻断剂治疗脉压差变积分变化情况比较

组别	治疗前	治疗后	t
研究组	6.52 ± 0.45	3.75 ± 0.35*	9.83
对照组	5.55 ± 0.40	4.03 ± 0.47	15
t	0.3627	3.47	45

## 4. 讨论

高血压属于中医“眩晕”范畴。虽眩晕非高血压独有, 但从经典对眩晕的论述中, 可得到很多启示。《内经》头为“诸阳之会”, 靠清阳以充; “脑为髓之海”, 靠肾精以养。若阳气虚或肾精亏, 不能上达于头而充养之, 则眩晕, 此为虚; 若邪阻, 清阳、肾精不得上达而眩晕者, 此为实。故眩晕当分虚实两大类, 正如《素问·调经论》曰: “百病之生, 皆有虚实。”肝病致晕眩, 肝风上扰清空而眩晕。然肝风分实肝风与虚肝风两类。实者, 肝热、肝火或肝经郁火上冲。或胆经郁火上扰, 或肝胆湿热上蒸, 或痰瘀搏结化热生风, 或风寒入肝而循经上干。虚者, 肝阴不足而阳亢生风, 或肝阳虚、肝气虚而清阳不能上达, 或肝虚相火郁而上干, 或肝血虚头失养, 皆可致晕眩。肝风, 分为虚风和实风, 肝血虚, 可因肝自病而生风, 产生血虚生风; 脾土反侮肝木, 亦可因他脏之病传于肝而引发肝风, 亦可产生肝阳化风, 均可导致眩晕。治疗大法为虚者补之, 实者泻之。综上所述, 五积散加味联合 Ca<sup>2+</sup>阻断剂治疗寒邪凝滞型高血压疗效明显, 症状积分较前降低, 症状明显好转, 均优于对照组, 在今后的治疗中可以积极推广。

## 参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健, 王辰. 内科学[M]. 第 9 版. 北京: 北京人民卫生出版社, 2018: 247.
- [2] 李变花. 温胆汤合半夏白术天麻汤治疗高血压 73 例疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(8): 910.

- [3] 朱明, 杨久云. 加味半夏白术天麻汤联合温胆汤治疗高血压合并高脂血症 40 例[J]. 河南中医, 2015, 35(11): 2857-2859.
- [4] 高启秀, 邓乃哲, 刘锦, 等. 五积散合四逆汤治疗高血压病验案分析[J]. 中国中医急症, 2012, 21(11): 1789+1805.
- [5] 潘晓明, 乔森, 尹大维. 探讨高血压的病因、临床治疗方法及效果[J]. 智慧健康, 2020, 6(25): 55-57.
- [6] 杨晓瑜, 谈理. 220 例高血压患者病因分析及临床治疗效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(6): 85+139.
- [7] 万小东. 高血压病因病理[J]. 家庭生活指南, 2019(5): 169.
- [8] 刘子安, 宫海滨, 李春梅, 等. 169 例难治性高血压病因回顾性分析[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(25): 8-9.
- [9] 杨牡祥, 于文涛, 魏萱, 等. 缺血性中风患者证型分布规律的研究[J]. 中医药学刊, 2006, 24(9): 1593-1595.
- [10] 王庆国. 金匱要略选读[M]. 第 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 33-45.