

大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平治疗高血压 肝火亢盛证患者的疗效分析

赵帅¹, 屈会化^{1*}, 涂玉媛², 张越¹

1. 北京中医药大学, 北京 100020; 2. 平邑县中医医院肺病科, 山东 临沂 273300

摘要 目的:探究大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平治疗高血压肝火亢盛证的临床效果。方法:将2022年1月—2025年1月平邑县中医医院收治的148例高血压肝火亢盛证患者依据随机数字表法分为对照组(74例,苯磺酸氨氯地平)和联合组(74例,大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平)。对比两组的临床疗效、中医证候积分、24 h动态血压,评价两组的安全性及生活质量。结果:与对照组相比,治疗后联合组的临床疗效提高($P < 0.05$),中医证候积分降低($P < 0.05$);与对照组相比,治疗后联合组24 h平均收缩压、24 h平均舒张压,日间平均收缩压、日间平均舒张压,夜间平均收缩压和夜间平均舒张压均降低($P < 0.05$);与对照组相比,治疗后联合组的生活质量简表中各维度评分升高($P < 0.05$);两组不良反应对比差异不明显($P > 0.05$)。结论:大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平治疗高血压肝火亢盛证患者疗效明显,可有效降低血压,改善症状,提高生活质量,且安全性有保障。

关键词 高血压;肝火亢盛;大柴胡汤;苯磺酸氨氯地平;临床疗效

中图分类号: R255.3

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)06-0085-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260125

高血压作为一种全球性的慢性非传染性疾病,已成为影响人类健康和生活质量的重要因素之一^[1-2]。高血压不仅增加了心血管疾病(如冠心病、心肌梗死、脑卒中等)的发病风险,还可能导致肾脏疾病、视网膜病变等多种并发症,对个人、家庭乃至社会造成了巨大的经济负担和健康威胁^[3]。因此,探索高效、安全的高血压治疗方法,对于提升患者生活质量意义重大。苯磺酸氨氯地平作为第三代钙通道阻滞剂,是目前临床上广泛使用的降压药物之一,通过阻止钙离子进入血管平滑肌细胞,从而松弛血管平滑肌,降低外周血管阻力,达到降压效果^[4-5]。高血压在中医学理论体系中主要归属于“眩晕”“头痛”“肝阳上亢”“肝风内动”等病证范畴,肝火亢盛证作为高血压的一种常见中医证型,主要表现为头目胀痛、眩晕耳鸣、面红目赤、急躁易怒、口苦咽干等症状,其病机多与情志不遂、气郁化火、肝阳上亢有关^[6-7]。针对这一证型,中医治疗原则通常为清肝泻火、平肝潜阳,通过调整机体阴阳平衡来

达到治疗目的^[8]。大柴胡汤作为中医经典方剂之一,源自《伤寒论》,具有和解少阳、内泻热结的功效,临床上常用于治疗少阳阳明合病,对于改善肝火亢盛证患者的症状具有潜在价值^[9-10]。现代药理研究表明^[11],大柴胡汤中的多种成分具有降压、抗炎、抗氧化等作用,这为其在高血压治疗中的应用提供了科学依据。鉴于中医与西医在高血压治疗上的各自优势,近年来,中西医结合疗法逐渐成为研究热点。本研究旨在探讨大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平应用于高血压肝火亢盛证中的疗效,以期高血压肝火亢盛证的临床治疗提供新的思路 and 依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2022年1月—2025年1月平邑县中医医院收治的148例高血压肝火亢盛证患者,依据随机数字表法分为对照组和联合组,每组74例。两组一般资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。本研究经平邑县中医医院医学伦理委员会审批(伦理批号:Pyxzyyllwyh2025072401)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准符合《高血压基层诊疗指南》^[12]中高血压标准,收缩压 ≥ 140 mmHg和/或舒张压 ≥ 90 mmHg。

收稿日期:2025-06-30 修回日期:2025-11-04

基金项目:国家自然科学基金项目(82204914)

作者简介:赵帅(1989-),男,硕士,主治医师,主要从事中医脉诊与经方结合的临床应用研究。

*通信作者:屈会化(1966-),男,博士,博士研究生导师,主要从事中药炭药物物质基础及作用机制研究。

中医诊断标准符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13]中肝火亢盛证型,主症:眩晕、头痛、急躁易怒。次症:面红、目赤、口干、口苦、便秘、溲赤。舌红苔黄,脉弦数。满足全部主症和次症≥3 项即可确诊。

表 1 两组高血压肝火亢盛证患者基线资料比较

组别	例数	性别 男/女/例	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	体质量指数($\bar{x} \pm s$)/(kg/m ²)	病程($\bar{x} \pm s$)/月
联合组	74	40/34	55.79 ± 7.72	23.86 ± 1.59	7.32 ± 1.83
对照组	74	43/31	56.43 ± 8.57	23.95 ± 1.64	7.57 ± 1.95
$t/\chi^2/Z$ 值		0.247	0.477	0.339	0.804
P 值		0.619	0.634	0.735	0.423

组别	例数	高血压分级[例(%)]			合并症[例(%)]		
		1 级	2 级	3 级	糖尿病	冠心病	高血脂
联合组	74	54(72.97)	14(18.92)	6(8.11)	12(16.22)	2(2.70)	5(6.76)
对照组	74	53(71.62)	12(16.22)	9(12.16)	10(13.51)	3(4.05)	3(4.05)
$t/\chi^2/Z$ 值			0.770		0.214	0.207	0.529
P 值			0.441		0.644	0.649	0.467

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄 18 ~ 70 岁;③具备完整的临床资料;④自愿签署知情同意书,均能配合完成疗程及随访。

1.3.2 排除标准

①继发性高血压者;②对研究药物中的任何成分过敏者;③严重心脑血管疾病、肝肾功能不全或免疫系统疾病者;④妊娠期高血压者;⑤恶性肿瘤者;⑥长期服用可能影响血压的药物者;⑦精神疾病者;⑧同时参加其他临床试验者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组

予以苯磺酸氨氯地平(陕西步长高新制药有限公司,国药准字 H20203567,规格:5 mg/片)口服,初始剂量 5 mg/次,1 次/d。2 周后复查血压,若血压达标则维持当前剂量,若不达标,则增加剂量至 10 mg/次,1 次/d。

1.4.2 联合组

在上述治疗基础上加用大柴胡汤,组方为柴胡 12 g,黄芩 10 g,白芍 10 g,清半夏 9 g,炒枳实 9 g,大黄 6 g,生姜 6 g,大枣 10 g。煎熬取 200 mL 汤剂服用,1 剂/d,分早晚两次温服。

两组均以 7 d 为 1 个疗程,连续治疗 4 个疗程。两组均无脱落病例。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 疗效评价

治疗后舒张压下降 10 mmHg 以上,且达到正常范

围,或舒张压未降至正常范围,但下降超过 20 mmHg 为显效;舒张压下降不足 10 mmHg,但已达正常范围,或舒张压下降 10 ~ 19 mmHg,但未达到正常范围,或收缩压下降 30 mmHg 以上为有效。未达到上述标准为无效。总有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。^[14]

1.5.2 中医证候积分

治疗前后将主症(眩晕、头痛、急躁易怒)按照症状严重程度计为 0 分(无)、2 分(轻度)、4 分(中度)、6 分(重度),总分 18 分;次症(面红、目赤、口干、口苦、便秘、溲赤)按照症状严重程度计为 0 分(无)、1 分(轻度)、2 分(中度)、3 分(重度),总分 18 分,得分越高则症状越严重。

1.5.3 24 h 动态血压

以无创性携带式血压监测仪测定 24 h、白天和夜间的平均收缩压和舒张压。观察时间为治疗前后 24 h 内的当日上午 8:00 至次日上午 8:00。

1.5.4 生活质量

治疗前后以生活质量简表(SF-36)^[15]评价,包括 8 个维度,各维度总分 100 分,得分越高生活质量越高。

1.5.5 安全性

治疗过程中统计两组的胃肠道反应、头晕头痛、心悸、皮疹等不良反应。

1.6 统计学方法

以 SPSS22.0 软件分析数据,符合正态分布的计量资料以平均数 ± 标准差描述,行 t 检验;若进行多重两两比较,采用 Bonferroni 校正(调整后显著性水平 $\alpha =$

0.05/ n , n 为检验次数)。不符合正态分布的计量资料以四分位距 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述, 组间比较行 Mann – Whitney U 检验; 计数资料以[例(%)]描述, 组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验; 若进行多组比较或多维度卡方检验, 采用 Benjamini – Hochberg 法校正假发现率。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

与对照组比较, 联合组的临床疗效明显提高 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组高血压肝火亢盛证患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	74	32(43.24)	38(51.35)	4(5.41)	70(94.59)
对照组	74	26(35.14)	34(45.94)	14(18.92)	60(81.08)
χ^2 值					6.325
P 值					0.012

2.2 两组中医证候积分比较

表 4 两组高血压肝火亢盛证患者 24 h 动态血压比较($\bar{x} \pm s$, mmHg)							
组别	例数	24 h 平均收缩压		24 h 平均舒张压		日间平均收缩压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	74	143.31 $\pm$ 12.05	131.72 $\pm$ 10.02 ^{ab}	93.04 $\pm$ 8.33	82.83 $\pm$ 7.84 ^{ab}	145.36 $\pm$ 10.68	133.09 $\pm$ 9.84 ^{ab}
对照组	74	143.38 $\pm$ 10.79	136.38 $\pm$ 10.55 ^a	93.70 $\pm$ 9.23	87.87 $\pm$ 8.64 ^a	146.08 $\pm$ 11.23	137.88 $\pm$ 10.08 ^a

组别	例数	日间平均舒张压		夜间平均收缩压		夜间平均舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	74	95.26 $\pm$ 8.57	85.26 $\pm$ 6.38 ^{ab}	141.26 $\pm$ 10.34	130.35 $\pm$ 7.49 ^{ab}	90.83 $\pm$ 7.45	80.39 $\pm$ 8.68 ^{ab}
对照组	74	96.04 $\pm$ 9.28	90.12 $\pm$ 5.56 ^a	140.68 $\pm$ 9.36	134.87 $\pm$ 8.45 ^a	91.35 $\pm$ 8.89	85.62 $\pm$ 9.64 ^a

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

表 5 两组高血压肝火亢盛证患者生活质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)									
组别	例数	躯体功能		躯体角色功能		躯体疼痛		总体健康	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	74	62.58 $\pm$ 11.34	80.37 $\pm$ 9.38 ^{ab}	66.24 $\pm$ 8.63	80.88 $\pm$ 7.38 ^{ab}	59.73 $\pm$ 9.22	76.49 $\pm$ 9.28 ^{ab}	64.77 $\pm$ 8.67	82.02 $\pm$ 9.12 ^{ab}
对照组	74	63.02 $\pm$ 12.49	70.23 $\pm$ 8.44 ^a	67.09 $\pm$ 7.71	73.44 $\pm$ 8.19 ^a	60.08 $\pm$ 7.96	68.43 $\pm$ 8.41 ^a	65.12 $\pm$ 9.36	71.33 $\pm$ 8.84 ^a

组别	例数	生命活力		社会功能		情绪角色功能		心理健康	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	74	65.31 $\pm$ 9.85	80.04 $\pm$ 9.44 ^{ab}	60.37 $\pm$ 9.19	75.11 $\pm$ 9.32 ^{ab}	66.42 $\pm$ 7.35	80.77 $\pm$ 8.37 ^{ab}	70.36 $\pm$ 8.44	81.37 $\pm$ 7.44 ^{ab}
对照组	74	64.2 $\pm$ 10.06	73.08 $\pm$ 8.77 ^a	61.18 $\pm$ 10.25	68.92 $\pm$ 8.16 ^a	65.55 $\pm$ 9.08	72.23 $\pm$ 9.88 ^a	69.04 $\pm$ 8.78	75.88 $\pm$ 6.77 ^a

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.5 两组安全性比较

联合组出现恶心、腹泻各 1 例, 总发生率为 2.70%, 对照组出现头晕头痛 2 例, 心悸、皮疹各 1 例, 总发生率为 5.41%, 组间比较差异不明显 ($\chi^2 = 0.695, P > 0.05$)。

相较于对照组, 联合组治疗后主症、次症评分均降低 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组高血压肝火亢盛证患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)					
组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	74	13.26 $\pm$ 2.12	7.51 $\pm$ 1.87 ^{ab}	14.02 $\pm$ 2.76	5.38 $\pm$ 1.46 ^{ab}
对照组	74	12.88 $\pm$ 2.74	9.21 $\pm$ 2.33 ^a	13.78 $\pm$ 2.45	8.21 $\pm$ 2.35 ^a

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组 24 h 动态血压比较

与对照组比较, 联合组治疗后的 24 h 平均收缩压、24 h 平均舒张压, 日间平均收缩压、日间平均舒张压, 夜间平均收缩压和夜间平均舒张压均降低 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 两组生活质量比较

与对照组比较, 联合组治疗后的 SF – 36 各维度评分均升高 ($P < 0.05$)。见表 5。

3 讨论

高血压作为复杂的代谢综合征, 其发病机制涉及神经、内分泌及血管内皮功能紊乱等多因素交互作用, 单纯依赖西药治疗虽可有效控制血压, 但在改善患者临床症状及调节整体病理状态方面仍存在局限^[16]。尤其对于肝火亢盛证患者, 中医认为其核心病机为

“肝失疏泄、郁而化火”,仅靠苯磺酸氨氯地平钙通道阻滞剂难以全面纠正肝阳上亢、气血失衡的病理基础^[17-18]。近年来,中西医结合治疗模式逐渐受到关注,其优势在于通过西药快速降压与中药整体调治的协同作用,既针对血压调控,又兼顾患者的证候特征^[19]。本研究通过探索大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平的疗效,不仅为肝火亢盛证高血压提供了“病证结合”的治疗新思路,也为优化中西医联合用药方案提供了依据,对推动高血压个体化精准治疗具有重要临床价值。

本研究中,联合组的临床疗效优于对照组,治疗后的中医证候积分低于对照组,提示大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平可有效提升肝火亢盛型高血压患者的疗效,改善其临床症状。分析可能的机制,一方面大柴胡汤中柴胡主入肝胆经,可疏泄肝郁,调畅气机,缓解肝火亢盛所致的急躁易怒、头痛眩晕;黄芩清肝胆实火,直折上炎之火势,与柴胡配伍,一散一清,共解肝郁化火之证,二者共为君药。白芍酸寒敛阴,可缓解肝阳上亢,协同柴胡调和肝气,防止疏散过度;炒枳实可疏通气机壅滞,助柴胡疏肝,兼导痰热下行,改善胸胁胀满。大黄可通导阳明腑实,引肝火从大肠而泄,减轻肝火上冲之证,三者共为臣药。清半夏可降逆化痰,和胃止呕;生姜温中和胃,散水止呕,与大枣配伍,调和脾胃,缓解黄芩、大黄之寒凉,保护中焦。大枣可补中益气,缓和药性,三者共为佐药。柴胡兼为使药,引诸药入肝胆经,直达病所;生姜、大枣共为调和之使,确保全方寒温适中,升降有序^[20]。另一方面,苯磺酸氨氯地平可通过阻断血管平滑肌细胞 L 型钙通道,降低细胞内钙离子浓度,扩张外周血管,减少心脏后负荷,从而快速降低血压,改善症状^[21-23]。二者结合既通过西药精准调控血管张力实现“降压”,又通过中药多途径干预“肝火亢盛”的病理核心,实现了“标本兼治”的治疗目的。周丽娜等^[24]研究中对颈动脉合并高血压患者应用中西结合治疗方案,结果表明其血压改善效果优于单纯西药治疗。本研究中,治疗后联合组的 24 h 平均收缩压、24 h 平均舒张压,日间平均收缩压、日间平均舒张压,夜间平均收缩压和夜间平均舒张压均低于对照组,进一步说明该联合方案可有效降低肝火亢盛型高血压患者的血压。可能因大柴胡汤中柴胡、黄芩等成分具有中枢性镇静、调节血管内皮功能及抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统活性的作用,可能通过多靶点干预血压调节网络,从而增强降压效果^[25-26]。同时,柴胡皂苷可下调下丘脑-垂体-肾上腺轴活性,降低血浆去甲肾上腺素水平^[27];苯磺酸氨氯地平可通

过降压减少压力反射介导的交感神经代偿性激活。两者协同抑制交感神经过度兴奋,改善血压昼夜节律^[28-29]。本研究中,治疗后联合组的 SF-36 各维度评分高于对照组,说明大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平可提高高血压肝火亢盛证患者的生活质量,这可能得益于该联合方案可协同增效,有效降血压。本研究中,两组均未出现严重的不良反应,且均可自行缓解,说明该联合方案的安全性较高。

综上所述,对高血压肝火亢盛证患者应用大柴胡汤联合苯磺酸氨氯地平治疗效果显著,可有效降压,提高患者的生活质量,且安全性高。该研究可为临床治疗肝火亢盛证高血压患者提供新思路,但本研究属于单中心研究,样本量有限,可能存在地域、人群等因素导致的偏倚。因此,未来需要开展多中心、大样本的研究,以进一步验证该联合治疗方案的普遍适用性和有效性。此外,高血压是一种需要长期治疗的慢性病,短期内的疗效并不能完全反映治疗方案的整体效果。因此,未来研究应加强对患者的长期随访,收集血压控制情况、生活质量改善、药物副作用等方面的数据,以全面评估治疗方案的长期效果。

参考文献:

- [1] NGUYEN B A, ALEXANDER M R, HARRISON D G. Immune mechanisms in the pathophysiology of hypertension[J]. *Nat Rev Nephrol*, 2024, 20(8): 530-540.
- [2] GOORANI S, ZANGENE S, IMIG J D. Hypertension: a continuing public healthcare issue[J]. *Int J Mol Sci*, 2024, 26(1): 39795981.
- [3] AYTENEW T M, KASSAW A, SIMEGN A, et al. Uncontrolled hypertension among hypertensive patients in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis[J]. *PLoS One*, 2024, 19(6): e0301547.
- [4] WANG J G, TOPOUCHIAN J, BRICOUT-HENNEL S, et al. Efficacy and safety of a single-pill versus free combination of perindopril/indapamide/amlodipine: a multicenter, randomized, double-blind study in Chinese patients with hypertension[J]. *J Hypertens*, 2024, 42(8): 1373-1381.
- [5] LEVY P, LEMAYSKI T, CROSSAN C, et al. Cost-effectiveness analysis comparing single-pill combination of perindopril/amlodipine/indapamide to the free equivalent combination in patients with hypertension from an Italian national health system perspective[J]. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 2024, 24(8): 967-975.
- [6] 李佳佳, 陈仁波, 曹紫嫣, 等. 基于人脸检测技术的高血压病肝火亢盛证的色部界定法[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2022, 28(1): 103-107.
- [7] 宫妍, 王东梅, 梁月, 等. 虎符铜砭刮痧联合揪针对肝火亢盛型高血压患者的治疗效果[J]. *心血管康复医学杂志*, 2022, 31(4): 475-479.
- [8] 汤笑尘, 张久亮, 李琳, 等. 高血压病中医病机探析[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(8): 4619-4621.

- [9] 姜德龙,张展,王庆彦,等. 基于动物模型的系统评价大柴胡汤对胆汁淤积的效果及作用机制[J]. 世界中医药, 2025, 20(2): 259–265.
- [10] 胡蒙惠,闫京京,曹盼夏,等. 吴鸿教授运用大柴胡汤治疗高血压经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2025, 23(7): 1118–1120.
- [11] 汲晓玲,周游,李泽浩,等. 大柴胡汤历史沿革、临床应用和药理作用研究进展及其质量标志物预测分析[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(8): 2064–2075.
- [12] 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(实践版·2019)[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(8): 723–731.
- [13] 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: 77–85.
- [14] 张裕,赵瑞珍,马迪,等. 清肝化痰方治疗高血压前期疗效评价[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(3): 187–191.
- [15] ESSEX R, GOVINTHARJAH P, ISSA R, et al. Health related quality of life amongst refugees: a meta analysis of studies using the SF-36[J]. J Immigr Minor Health, 2024, 26(5): 925–935.
- [16] SNELSON M, VANUYTSEL T, MARQUES F Z. Breaking the barrier: the role of gut epithelial permeability in the pathogenesis of hypertension[J]. Curr Hypertens Rep, 2024, 26(9): 369–380.
- [17] 尹彤,张新元. 连葛胶囊联合缬沙坦治疗肝火亢盛型围绝经期高血压病临床研究[J]. 山东中医杂志, 2021, 40(1): 53–57.
- [18] 王宇,李淑敏,李超,等. 基于 UPLC-Q-Exactive MS 技术的高血压前期肝火亢盛证非靶向代谢组学研究及生物标志物筛查[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(11): 2881–2888.
- [19] 何智渊,陈晓虎. 陈晓虎教授中西医结合治疗老年高血压经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(13): 2487–2490.
- [20] 蒋里,庞博,王世东,等. 大柴胡汤方证新义[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(1): 15–17.
- [21] CUI Z Q, QIU Z H, CHENG W L, et al. Efficacy and safety of olmesartan medoxomil-amlodipine besylate tablets (Sevikar®) in older patients with essential hypertension: Subgroup analysis from the Sevikar study[J]. Exp Ther Med, 2023, 27(2): 38234624.
- [22] 吴朝晖,谢振宏,韩志远,等. 马来酸左氨氯地平与苯磺酸氨氯地平对老年高血压患者降压效果的比较[J]. 西北药学杂志, 2024, 39(1): 116–121.
- [23] 尹絮,宋雨,吴东彬. 厄贝沙坦联合苯磺酸氨氯地平对难治性高血压患者降压效果、动脉粥样硬化及负性情绪的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2023, 31(5): 112–115.
- [24] 周丽娜,辛欢,杨敏. 加味红龙夏海汤联合苯磺酸氨氯地平治疗对高血压合并颈动脉斑块患者血压、血脂及内皮功能的影响[J]. 四川中医, 2023, 41(1): 96–100.
- [25] 王威,范倩,王帅,等. 柴胡加龙骨牡蛎汤加减联合平衡针灸治疗原发性高血压[J]. 世界中医药, 2021, 16(2): 298–302.
- [26] 刘旋,赵福森,徐启耀,等. 基于管周脂肪炎性微环境的黄芩汤调控 NEK7-NLRP3/IL-1 β 保护肥胖高血压大鼠血管内皮功能研究[J]. 南京中医药大学学报, 2024, 40(9): 896–905.
- [27] 陈凯明,李焱,薛一涛. 大柴胡汤治疗高血压病潜在机制的网络药理学研究[J]. 中医学报, 2021, 36(5): 1064–1070.
- [28] 吴山永,姜宁华,石彦波,等. 小柴胡汤联合厄贝沙坦对高血压患者肠道菌群及脂代谢影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1): 169–172.
- [29] 张龙飞,党肖萍,陈思文. 血栓通软胶囊联合苯磺酸氨氯地平治疗高血压合并脑梗死的疗效及对血压、血液流变学的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2024, 23(12): 1249–1253.

Efficacy Analysis of Dachaihu Decoction Combined with Amlodipine Besylate in Treating Hypertension Patients with Liver Fire Hyperactivity Syndrome

ZHAO Shuai¹, QU Huihua¹, TU Yuyuan², ZHANG Yue¹

1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100020, China; 2. Department of Pulmonary Disease, Pingyi County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Linyi 273300, China

Abstract Objective: To explore the clinical effect of combination of Dachaihu Decoction and amlodipine besylate in treating hypertension with liver-fire hyperactivity syndrome. Methods: A total of 148 hypertensive patients with liver-fire hyperactivity syndrome admitted to Pingyi County Traditional Chinese Medicine Hospital between January 2022 and January 2025 were divided into control group ($n=74$, amlodipine besylate) and combined group ($n=74$, Dachaihu Decoction combined with amlodipine besylate) according to the random number table method. The clinical efficacy, TCM symptoms scores and 24 h ambulatory blood pressure were compared between both groups, and the safety and quality of life in the two groups were evaluated. Results: Compared with the control group, the clinical efficacy in the combined group was enhanced after treatment ($P<0.05$) while the scores of TCM syndromes were reduced ($P<0.05$). The 24 h average systolic, 24 h average diastolic blood pressures, daytime average systolic blood pressure, daytime average diastolic blood pressure, nighttime average systolic blood pressure and nighttime average diastolic blood pressure in the combined group after treatment were decreased compared with those in the control group ($P<0.05$). The scores of various dimensions of quality of life brief scale were increased in the combined group after treatment ($P<0.05$). No significant difference was exhibited in the occurrence of adverse reactions between groups ($P>0.05$). Conclusion: Dachaihu Decoction combined with amlodipine besylate has significant efficacy in the treatment of hypertensive patients with liver-fire hyperactivity syndrome, and it can effectively reduce blood pressure, improve symptoms, and enhance the quality of life, with guaranteed safety.

Key words Hypertension; Liver-fire hyperactivity; Dachaihu Decoction; Amlodipine besylate; Clinical efficacy