

[临 床]

薛氏4号方化裁联合阿托伐他汀对高血压伴冠心病患者的临床疗效

朱晓霞¹, 贺宁², 崔萌³, 江宁^{1*}

[1. 中国中医科学院广安门医院济南医院(济南市中医医院)高血压科, 山东 济南 250000; 2. 中国中医科学院广安门医院济南医院(济南市中医医院)营养科, 山东 济南 250000; 3. 中国中医科学院广安门医院济南医院(济南市中医医院)妇科, 山东 济南 250000]

摘要: 目的 考察薛氏4号方化裁联合阿托伐他汀对高血压伴冠心病患者的临床疗效。方法 162例患者随机分为对照组和观察组, 每组81例, 2组均采用常规治疗, 同时对对照组给予阿托伐他汀, 观察组在对照组基础上加用薛氏4号方化裁, 疗程12周。检测临床疗效、中医证候评分、血压指标(SBP、DBP)、血脂指标(TC、TG、LDL-C、HDL-C)、心功能指标(LVEF、LVEDd、CO)、血管内皮功能指标(NO、ET-1、Salusin- β)、不良反应发生率变化。结果 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分、血压指标、TC、TG、LDL-C、LVEDd、ET-1、Salusin- β 降低($P<0.05$), HDL-C、LVEF、CO、NO升高($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 薛氏4号方化裁联合阿托伐他汀可安全有效地改善高血压伴冠心病患者临床症状、血管内皮功能, 调节血压、血脂水平, 提高心功能。

关键词: 薛氏4号方; 阿托伐他汀; 常规治疗; 高血压; 冠心病

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)02-0447-06

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.02.013

Clinical effects of Modified Xue's No. 4 Formula combined with atorvastatin on patients with hypertension complicated by coronary heart disease

ZHU Xiao-xia¹, HE Ning², CUI Meng³, JIANG Ning^{1*}

[1. Department of Hypertension, Guang'anmen Hospital, Jinan Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences (Jinan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine), Jinan 250000, China; 2. Department of Nutrition, Guang'anmen Hospital, Jinan Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences (Jinan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine), Jinan 250000, China; 3. Department of Gynecology, Guang'anmen Hospital, Jinan Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences (Jinan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine), Jinan 250000, China]

ABSTRACT: AIM To investigate the clinical effects of Modified Xue's No. 4 Formula combined with atorvastatin on patients with hypertension complicated by coronary heart disease. **METHODS** One hundred and sixty-two patients were randomly assigned into control group (81 cases) for 12-week intervention of both atorvastatin and conventional treatment, and observation group (81 cases) for 12-week intervention of Modified Xue's No. 4 Formula, atorvastatin and conventional treatment. The changes in clinical effects, TCM syndrome score, blood pressure indices (SBP, DBP), blood lipid indices (TC, TG, LDL-C, HDL-C), cardiac function indices (LVEF, LVEDd, CO), vascular endothelial function indices (NO, ET-1, Salusin- β) and incidence of adverse reactions were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ($P<0.05$). After the treatment, the two groups displayed decreased TCM syndrome score, blood pressure indices, TC, TG, LDL-C, LVEDd, ET-1, Salusin- β ($P<0.05$), and increased HDL-C, LVEF, CO, NO ($P<0.05$),

收稿日期: 2025-07-10

基金项目: 山东省中医药科技项目(M-2023341); 济南市卫生健康委员会科技计划项目(2023-中-7, 2022-中-30); 济南市医疗卫生行业高层次人才专项经费资助(202412)

作者简介: 朱晓霞(1986—), 女, 博士, 副主任医师, 研究方向为中西医结合治疗心脑血管疾病。E-mail: zhuxiaoxia353@163.com

* 通信作者: 江宁(1974—), 女, 主任医师, 研究方向为中西医结合治疗心脑血管疾病。E-mail: 2849646057@qq.com

especially for the observation group ($P < 0.05$). No significant difference in incidence of adverse reactions was found between the two groups ($P > 0.05$). **CONCLUSION** For the patients with hypertension complicated by coronary heart disease, Modified Xue's No. 4 Formula combined with atorvastatin can safely and effectively improve clinical symptoms and vascular endothelial functions, regulate blood pressure and lipid levels, and enhance cardiac functions.

KEY WORDS: Modified Xue's No. 4 Formula; atorvastatin; conventional treatment; hypertension; coronary heart disease

高血压与冠心病均为常见心血管疾病，两者常合并出现，可增加患者心脑血管等方面的风险，严重时可导致器官功能衰竭，增加病死率^[1]，同时前者可促使冠状动脉粥样硬化进展，增加冠心病发生风险，而后者又可加重心脏负担，影响血压控制^[2]。我国冠心病合并高血压发生率高达60%，住院患者中约有71.8%合并高血压^[3]，故合理控制血压、缓解动脉粥样硬化进展对提高高血压合并冠心病患者预后具有重要意义。西医标准治疗方案主要采用降压、调脂、抗血小板等药物进行对症干预，但长期用药常伴随多种不良反应^[4]；阿托伐他汀作为常用调脂药物，虽然能在一定程度上减轻心肌缺血，但仍有部分患者疗效不理想^[5-6]。

中医药因安全性高、疗效显著等优点，在治疗高血压合并冠心病过程中常联用西药。中医认为，本病发生大多因情绪波动剧烈、过食肥甘厚

味而导致脏腑功能减退、气血阴阳亏虚，痰浊内生痹阻心脉，导致清窍失养，以痰浊闭阻证较为常见^[7]。研究表明，薛氏4号方辅助治疗湿热侵袭络型高血压疗效较好，具有降低血压、调节血脂等作用^[8]，但对于治疗高血压合并冠心病的疗效尚不明确。因此，本实验考察薛氏4号方化裁联合阿托伐他汀对高血压伴冠心病患者的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年1月至2024年1月收治于中国中医科学院广安门医院济南医院（济南市中医医院）的162例高血压伴冠心病患者，随机数字表法分为对照组和观察组，每组81例，2组一般资料见表1，可知差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。研究经医院伦理委员会批准[2023伦审（023）号]。

表1 2组一般资料比较 ($\bar{x} \pm s, n=81$)

Tab. 1 Comparison of general data between the two groups ($\bar{x} \pm s, n=81$)

组别	平均年龄/岁	平均BMI/(kg·m ⁻²)	平均病程/年	性别/[例(%)]		吸烟史/[例(%)]		高血压分级/[例(%)]		纽约心脏病协会心功能分级/[例(%)]		
				男	女	有	无	I	II	III		
观察组	58.26±6.35	22.70±1.45	5.85±1.76	45(55.56)	36(44.44)	28(34.57)	53(65.43)	34(41.98)	81(58.02)	19(23.46)	44(54.32)	18(22.22)
对照组	57.89±6.52	22.63±1.50	5.73±1.80	43(53.09)	38(46.91)	30(37.04)	51(62.96)	37(45.68)	44(54.32)	16(19.75)	49(60.49)	16(19.75)

1.2 诊断标准

1.2.1 西医（高血压伴冠心病） 参照文献[9-10]报道，（1）在未服用降压药的情况下非同日3次测得收缩压（SBP）≥140 mmHg或舒张压（DBP）≥90 mmHg，高血压1级为SBP 140~159 mmHg或DBP 90~99 mmHg，2级为SBP 160~179 mmHg或DBP 100~109 mmHg，并有胸闷、气促、胸部压迫、心绞痛等症状；（2）超声检查显示室壁运动存在异常，或冠脉造影表明冠状动脉血管狭窄程度达到或超过50%；（3）心电图检查可见缺血性改变。

1.2.2 中医（痰浊闭阻型） 参照文献[9-11]报道，主证眩晕，胸闷重而心痛微，头重如蒙；次证胸闷恶心，呕吐痰涎，食少多寐，倦怠乏力，纳

呆便溏；舌胖大有齿痕，苔白腻，脉濡滑。

1.3 纳入标准 （1）符合“1.2”项下诊断标准；（2）年龄45~70岁；（3）近1个月内未进行相关中医药治疗；（4）患者了解本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 （1）继发性高血压或其他原因导致的胸痛；（2）妊娠期、哺乳期妇女；（3）合并恶性肿瘤、传染病、脏器功能严重障碍、精神障碍；（4）有心脏手术史及介入史；（5）对本研究药物过敏；（6）高血压3级、心功能IV级或慢性心力衰竭。

1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 采用常规治疗，包括健康饮食指导、运动指导、戒烟戒酒等基础处理；硝酸酯类、

阿司匹林、苯磺酸氨氯地平类药物减轻心脏负荷、预防血栓、降压；单硝酸异山梨酯片（石家庄以岭药业股份有限公司，国药准字 H20083404，20 mg），每天2次，每次20 mg；拜阿司匹灵（拜耳医药保健有限公司，国药准字 J20171021，100 mg），根据患者具体情况每天75~160 mg；苯磺酸氨氯地平片（辉瑞制药有限公司，国药准字 H10950224，5 mg），每天5 mg，同时给予阿托伐他汀钙片（晖致制药有限公司，国药准字 H20051408，20 mg），每天晚饭后20 mg，连续治疗12周。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用薛氏4号方化裁，组方药材苍耳子、威灵仙、丝瓜络、陈皮、地龙各9 g，白术、瓜蒌实各15 g，滑石、海风藤各12 g，天麻、茯苓、佩兰、甘草各6 g，每天1剂，由医院中药制剂室制备，水煎取汁400 mL，分早晚2次温服，连续治疗12周。

1.5.3 其他 对于治疗过程中LVEF \leq 40%并伴有典型心衰症状的患者，加用培哚普利或替米沙坦；对于病情稳定的患者，加用 β 受体阻滞剂琥珀酸美托洛尔缓释片；若LVEF \leq 35%并经其他治疗后仍有症状，加用醛固酮受体拮抗剂螺内酯，并密切监测症状、体征、各项指标变化，及时调整治疗策略；对于治疗后血脂指标仍未达标的患者，排查是否存在影响血脂代谢的因素（如甲状腺功能减退、糖尿病等）未得到有效控制，并在肝肾功能正常、无肌肉不良反应的前提下将阿托伐他汀剂量由每天20 mg逐渐增加至每天40 mg，并密切监测血脂变化及药物不良反应，每4周复查血脂、肝肾功能、肌酸激酶等指标；对于LDL-C水平极高或他汀类药物不耐受的患者，皮下注射PCSK9抑制剂，并强化生活方式干预，进一步严格限制饱和脂肪酸、胆固醇的摄入，指导其每周进行150 min中等强度有氧运动（如快走、慢跑、游泳等），并根据血脂达标情况及时优化治疗策略。

1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分 参照文献[12]报道，主证眩晕，胸闷重而心痛微，头重如蒙，根据症状从无到重分别计为0~6分；次证胸闷恶心，呕吐痰涎，食少多寐，倦怠乏力，纳呆便溏，舌脉舌胖大有齿痕，苔白腻，脉濡滑，根据症状从无到重分别计为0~3分，总分36分，分值越高，中医证候越严重。

1.6.2 血压指标 采用电子血压计（深圳星脉医

疗仪器有限公司）测量右上臂坐位收缩压（SBP）、舒张压（DBP），连续3次，取平均值。

1.6.3 血脂指标 采集2组患者空腹静脉血各3 mL，3 000 r/min离心5 min，取上清液，采用全自动生化分析仪（西门子医学诊断有限公司）检测总胆固醇（TC）、三酰甘油（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平。

1.6.4 心功能指标 采用彩色多普勒超声诊断仪（BK 医疗有限公司）检测左心室射血分数（LVEF）、左心室舒张末期内径（LVEDd）、心排血量（CO）。

1.6.5 血管内皮功能指标 采集2组患者空腹静脉血各3 mL，3 000 r/min离心5 min，取上清液，采用ELISA试剂盒（广州万孚生物技术股份有限公司）检测一氧化氮（NO）、内皮素-1（ET-1）、Salusin- β 水平。

1.6.6 不良反应发生率 治疗期间，记录2组胃肠道反应、肌肉疼痛情况，监测血尿常规、肝肾功能等安全性指标。治疗开始前，进行基线血尿常规、肝肾功能指标（如谷丙转氨酶、谷草转氨酶、血清肌酐、尿素氮等）检测。治疗过程中，每4周进行1次血尿常规、肝肾功能指标复查，若在监测过程中发现指标异常则缩短至每周1次，并根据具体情况采取相应干预措施。治疗结束后，进行血尿常规、肝肾功能检测，并在1个月后进行随访复查，观察停药后肝肾功能是否恢复正常，是否出现延迟性不良反应。同时，计算胃肠道反应、头晕、乏力、谷丙转氨酶升高发生率。

1.7 疗效评价 参照文献[9-10]报道，（1）显效，中医证候评分降低 \geq 70%，心功能改善 \geq 2级或恢复正常，DBP下降20 mmHg以上未达到正常范围或下降10 mmHg以上达到正常范围；（2）有效，中医证候评分降低30%~70%，心功能改善1级，DBP降低10~19 mmHg未达到正常范围，SBP下降30 mmHg以上；（3）无效，未达到上述标准。总有效率=[（显效例数+有效例数）/总例数] \times 100%。

1.8 统计学分析 通过SPSS 20.0软件进行处理，正态分布、方差齐性的计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验，不符合正态分布或方差不齐者组间比较采用Mann-Whitney U 检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验，其中样本理论频数 >1 但 <5 时采用连续性校正卡方检验，而 <1 时

采用 Fisher 确切概率法。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 [例 (%), $n = 81$]

Tab. 2 Comparison of clinical effects between the two groups [case (%), $n = 81$]

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	29(35.80)	44(54.32)	8(9.88)	90.12 [#]
对照组	21(25.93)	41(50.62)	19(23.46)	76.54

注：与对照组比较，[#] $P < 0.05$ 。

2.2 中医证候评分 治疗后，2 组中医证候评分降低 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表 3。

2.3 血压指标 治疗后，2 组 SBP、DBP 降低 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表 4。

2.4 血脂指标 治疗后，2 组 TC、TG、LDL-C 水平降低 ($P < 0.05$)，HDL-C 水平升高 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 5 2 组血脂指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

Tab. 5 Comparison of blood lipid indices between the two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

时间	组别	TC/(mmol·L ⁻¹)	TG/(mmol·L ⁻¹)	LDL-C/(mmol·L ⁻¹)	HDL-C/(mmol·L ⁻¹)
治疗前	观察组	5.97±0.52	2.68±0.31	3.96±0.37	1.06±0.11
	对照组	6.08±0.61	2.74±0.33	4.07±0.42	1.10±0.13
治疗后	观察组	3.10±0.37 ^{*#}	1.80±0.35 ^{*#}	2.34±0.25 ^{*#}	1.54±0.25 ^{*#}
	对照组	3.46±0.42 [*]	2.05±0.28 [*]	2.61±0.34 [*]	1.38±0.19 [*]

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

2.5 心功能指标 治疗后，2 组 LVEF、CO 升高 ($P < 0.05$)，LVEDd 降低 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表 6。

表 6 2 组心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

Tab. 6 Comparison of cardiac function indices between the two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

时间	组别	LVEF/%	LVEDd/mm	CO/(L·min ⁻¹)
治疗前	观察组	42.97±4.12	55.64±3.28	3.02±0.48
	对照组	43.18±4.20	55.57±3.31	2.97±0.53
治疗后	观察组	50.26±4.79 ^{*#}	49.34±2.85 ^{*#}	4.84±0.56 ^{*#}
	对照组	48.56±5.07 [*]	52.18±3.08 [*]	4.39±0.50 [*]

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

2.6 血管内皮功能指标 治疗后，2 组 ET-1、Salusin-β 水平降低 ($P < 0.05$)，NO 水平升高 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表 7。

2.7 不良反应发生率 治疗期间，2 组分别出现 1、2 例谷丙转氨酶轻度升高，复查后恢复至正常范围，肝肾功能、血尿常规指标均未出现异常，不

表 3 2 组中医证候评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

Tab. 3 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups (score, $\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

时间	组别	主证	次证	总分
治疗前	观察组	14.53±2.50	13.28±1.85	28.11±3.49
	对照组	15.01±2.46	13.04±1.72	27.98±3.57
治疗后	观察组	6.08±1.27 ^{*#}	5.13±1.03 ^{*#}	11.42±1.39 ^{*#}
	对照组	9.32±1.43 [*]	7.69±1.28 [*]	16.88±1.56 [*]

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

表 4 2 组血压指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$, 1 mmHg = 0.133 kPa)

Tab. 4 Comparison of blood pressure indices between the two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$, 1 mmHg = 0.133 kPa)

时间	组别	SBP/mmHg	DBP/mmHg
治疗前	观察组	163.07±12.45	100.16±7.14
	对照组	160.89±13.84	99.20±7.31
治疗后	观察组	130.13±9.81 ^{*#}	84.64±5.23 ^{*#}
	对照组	136.98±9.56 [*]	90.28±5.19 [*]

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

表 7 2 组血管内皮功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

Tab. 7 Comparison of vascular endothelial function indices between the two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 81$)

时间	组别	NO/ ($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)	ET-1/ ($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	Salusin-β/ ($\text{nmol} \cdot \text{L}^{-1}$)
治疗前	观察组	45.84±5.41	90.88±19.02	4.85±0.57
	对照组	46.05±6.03	92.36±20.15	4.90±0.62
治疗后	观察组	57.18±5.02 ^{*#}	60.84±10.34 ^{*#}	3.87±0.61 ^{*#}
	对照组	54.23±4.67 [*]	68.59±12.08 [*]	4.35±0.56 [*]

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

良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 8。

表 8 2 组不良反应发生率比较 [例 (%), $n = 81$]

Tab. 8 Comparison of incidence of adverse reactions between the two groups [case (%), $n = 81$]

组别	胃肠道反应	头晕	乏力	谷丙转氨酶升高	总发生
观察组	2(2.47)	2(2.47)	2(2.47)	1(1.23)	7(8.64)
对照组	2(2.47)	1(1.23)	4(4.94)	2(2.47)	9(11.11)

3 讨论

高血压伴冠心病发病机制复杂,人体长期高血压可增加血管壁压力,损伤血管内皮功能,引发血管收缩并进一步升高血压,受损内皮细胞会激活血小板粘附,促进动脉粥样硬化斑块形成,引发脂质代谢紊乱,心肌细胞为克服血压增高而代偿性肥大,增厚的心室壁影响冠状动脉供血,加速冠心病发展^[13-14]。临床治疗高血压以苯磺酸氨氯地平为主,通过抑制钙离子内流来降低外周血管阻力,但可能引发头晕、疲劳等不良反应^[15];治疗冠心病则采用阿司匹林抗血小板、他汀类药物调脂,但长期使用易致胃肠道反应、出血及肝功能异常^[16]。

中医将高血压伴冠心病归属于“眩晕”“胸痹”等范畴,认为长期忧怒致肝气郁结,嗜酒或过食肥甘损伤脾胃,肝郁犯脾则脾失健运,聚湿生痰,痰湿中阻致清阳不升、浊阴不降,清窍失养,痰浊上泛心胸则阻遏阳气,气机不畅引发心脉痹阻、气血瘀滞,发为眩晕、胸痹,治则通阳泻浊、豁痰宣痹、化痰祛湿、健脾和胃。薛氏4号方化裁中地龙通络祛痹,瓜蒌实化痰通阳,为君药;海风藤祛湿通络,白术健脾益气,共为臣药,增强君药功效;佐以滑石通利水道,茯苓、佩兰助健脾渗湿,丝瓜络通络化痰,威灵仙通经除湿,陈皮理气化痰,天麻平肝止眩;使以苍耳子引药上行,甘草调和诸药,共奏祛湿化痰、健脾通阳、通络止痛之功,契合痰浊痹阻证治。本研究发现,治疗后薛氏4号方化裁联合阿托伐他汀可提高临床疗效,中医证候评分改善更明显,可能与常规用药减轻心脏负荷、阿托伐他汀调脂,联合薛氏4号方改善痰浊痹阻相关证候有关^[17]。

高血压伴冠心病患者常伴随血脂升高,与不良饮食及血管内皮损伤导致脂质沉积相关^[18]。本研究发现,治疗后观察组血压、血脂指标改善更明显,提示中西医结合治疗降压调脂效果更优,可能与薛氏4号方化裁中海风藤活性成分海风藤酮可改善血液循环、降低胆固醇有关^[19]。

心肌缺血会导致LVEF、CO降低,心肌间质纤维化则使LVEDd增大^[20]。本研究发现,治疗后观察组LVEF、CO、LVEDd改善更明显,提示中西医结合治疗能更好改善心功能,缓解心肌缺血,可能与薛氏4号方化裁中瓜蒌等组方药材具有抗氧化作用,可激活心肌信号通路,并且联合健康指导及阿托伐他汀进一步减轻心脏负荷有关^[21]。

当血管内皮受损时,NO分泌增多,ET-1无法

拮抗而降低,而Salusin- β 水平升高是高血压患者发生冠心病的独立危险因素^[22]。本研究发现,治疗后观察组ET-1、Salusin- β 、NO水平改善更明显,提示中西医结合治疗可减轻血管内皮损伤,其原因可能与薛氏4号方改善血液流变、阿托伐他汀增加循环灌注、地龙水浸液抗凝、阿司匹林抑制血小板聚集有关^[8,23]。另外,2组不良反应发生率均较低,表明薛氏4号方安全性较高。

综上所述,薛氏4号方化裁联合阿托伐他汀可有效改善高血压伴冠心病患者临床症状与血管内皮功能,调节血压和血脂,提高心脏功能,同时安全性良好。但本研究随访时间短,样本量有限,需进一步优化方案并延长随访以深入探讨。

参考文献:

- [1] Khan S S, Greenland P. Comprehensive cardiovascular health promotion for successful prevention of cardiovascular disease[J]. *J Am Med Assoc*, 2020, 324(20): 2036-2037.
- [2] 黄 慧, 苏金虎, 吴 冰. 不同降压水平对老年高血压患者复合心血管事件的影响[J]. *实用医学杂志*, 2023, 39(17): 2225-2229.
- [3] 中国医疗保健国际交流促进会心血管病学分会. 高血压合并冠心病患者血压管理中国专家共识[J]. *中华医学杂志*, 2022, 102(10): 717-728.
- [4] 陈俊民, 郭瑞瑞, 高 燕, 等. 阿托伐他汀钙片联合吲达帕胺对高血压合并冠心病患者血清血管活性肽N末端脑钠肽前体的影响[J]. *山西医药杂志*, 2020, 49(21): 2961-2964.
- [5] 王梦豪, 张晓丹, 杨 慰, 等. 丹蒎片联合阿托伐他汀钙片对痰瘀互结证稳定性心绞痛患者的临床疗效[J]. *中成药*, 2024, 46(4): 1168-1172.
- [6] 李国松, 危之萍, 郭奕利, 等. 双联抗血小板药物联合大剂量阿托伐他汀与氟伐他汀治疗ACS行直接PCI患者的获益和安全性分析[J]. *中国药物应用与监测*, 2021, 18(4): 216-219.
- [7] 潘广伟. 冠心病合并高血压的中医证型分布及影响因素分析[D]. 天津: 天津中医药大学, 2024.
- [8] 谢 田, 孙 侃, 张 松, 等. 薛氏4号方联合苯磺酸氨氯地平片治疗湿热侵袭型高血压的疗效及对血脂和血液流变学的影响[J]. *现代生物医学进展*, 2024, 24(1): 148-151; 69.
- [9] 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.
- [10] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 等. 稳定性冠心病诊断与治疗指南[J]. *中华心血管病杂志*, 2018, 46(9): 680-694.
- [11] 吴勉华, 石 岩. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版

- 社, 2021.
- [12] 中华中医药学会心血管病分会. 冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南[J]. 中医杂志, 2019, 60(21): 1880-1890.
- [13] Fuchs F D, Whelton P K. High blood pressure and cardiovascular disease[J]. *Hypertension*, 2020, 75(2): 285-292.
- [14] Du Y, Zhu B B, Liu Y H, et al. Association between nocturnal blood pressure phenotype and adverse cardiovascular prognosis in patients with coronary heart disease and hypertension[J]. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2024, 26(4): 405-415.
- [15] 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.
- [16] Debabrata R, Tanmay M, Kaushik M, et al. Comparing effectiveness of high-dose atorvastatin and rosuvastatin among patients undergone percutaneous coronary interventions; a non-concurrent cohort study in India[J]. *PLoS One*, 2020, 15(5): e0233230.
- [17] 王舟, 邓金龙, 吴东峰. ACAT-1 rs1044925 单核苷酸多态性与急性冠脉综合征及阿托伐他汀治疗后血脂反应的关系研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(21): 2620-2625.
- [18] 李朝杰, 赵永侠. 强化降压治疗对老年高血压合并冠心病血脂相关指标的作用[J]. 公共卫生与预防医学, 2024, 35(5): 150-154.
- [19] 牛昶森, 梁莉婷, 殷永凯, 等. 基于网络药理学探讨参苓白术散改善儿童肥胖脂肪组织炎症的分子机制及动物实验验证[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(12): 27-34.
- [20] 郑彩月, 郝国云, 乔杰. 抗阻运动对高血压伴冠心病病人介入术后血流动力学、心肺功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(16): 3003-3007.
- [21] 孙笛洋, 荀丽英, 周继栋, 等. 瓜蒌薤白半夏汤通过调整氧化应激激活 PI3K/Akt/eNOS 通路发挥对 II 型糖尿病合并急性心肌梗死的保护作用[J]. 厦门大学学报(自然科学版), 2023, 62(1): 119-126.
- [22] 娄满, 高春燕, 苏宁, 等. 高血压并发冠状动脉粥样硬化性心脏病患者血清血管紧张素 II、salusin- β 和 endocan 水平与冠状动脉病变的相关性[J]. 中华高血压杂志, 2022, 30(6): 567-570.
- [23] 王艳丽, 宁宇, 丁莹. 地龙的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2022, 39(12): 86-89.

蔡氏经验方联合鼻康复对肺脾气虚型儿童腺样体肥大患者的临床疗效

王慧敏, 蔡纪堂, 陈文明, 丁虹, 方琼
(河南省中医院, 河南 郑州 450006)

摘要: 目的 考察蔡氏经验方联合鼻康复对肺脾气虚型儿童腺样体肥大患者的临床疗效。方法 88 例患者随机分为 2 组, 每组 44 例, 对照组给予糠酸莫米松联合孟鲁司特钠, 观察组给予蔡氏经验方联合鼻康复, 疗程 2 周。检测临床疗效、复发率、临床症状评分、影像学指标(AT、NCW、A/N)、炎症因子(CysLTs、LTC₄、LTD₄、EOS)、T 细胞亚群(Th2、Th17、Treg、Th17/Treg)、不良反应发生率变化。结果 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$), 复发率、不良反应发生率更低($P < 0.05$)。治疗后, 2 组临床症状评分、影像学指标、炎症因子、Th2、Th17、Th17/Treg 降低($P < 0.05$), Treg 升高($P < 0.05$), 以观察组更明显($P < 0.05$)。结论 蔡氏经验方联合鼻康复可安全有效地缓解肺脾气虚型儿童腺样体肥大患者鼻塞、打鼾等临床症状, 调节机体免疫炎症反应, 降低复发率。

关键词: 蔡氏经验方; 鼻康复; 儿童腺样体肥大; 肺脾气虚

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)02-0452-06

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.02.014

Clinical effects of Cai's Empirical Formula combined with Bikangfu on patients with pediatric adenoid hypertrophy due to Lung-Spleen Qi Deficiency

WANG Hui-min, CAI Ji-tang, CHEN Wen-ming, DING Hong, FANG Qiong
(Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450006, China)

收稿日期: 2025-09-03

基金项目: 河南省医学科技攻关计划项目(LHGJ20240656)

作者简介: 王慧敏(1975—), 女, 硕士, 副主任医师, 从事中医药治疗耳鼻喉科相关疾病研究。E-mail: 13373926780@sina.cn