

联合用药治疗高血压伴难治性高脂血症的效果

吴峰

常宁市中医医院

DOI:10.12238/ffcr.v3i6.17274

[摘要] 目的：探究对高血压伴难治性高脂血症患者应用阿托伐他汀钙片联合保和丸加减治疗的效果。方法：选取84例患者参与本院2024年3月至2025年3月统计，均为高血压伴难治性高脂血症患者，以随机分组法分成常规组、实验组，分组对照治疗。常规组予以苯磺酸左氨氯地平、阿托伐他汀钙片治疗，实验组在常规组基础上予以保和丸加减治疗，比较两组患者治疗后的血压水平，统计治疗有效率、血脂水平。结果：治疗前两组血压水平对比 $P>0.05$ 。而治疗后，实验组的治疗有效率高于常规组 $P<0.05$ 。实验组血压、血脂指标低于常规组 $P<0.05$ 。结论：对高血压伴难治性高脂血症患者使用苯磺酸左氨氯地平、阿托伐他汀钙片联合保和丸加减治疗效果良好，可有效降低血压和血脂水平促进病情好转，建议临床应用。

[关键词] 高血压；难治性高脂血症；阿托伐他汀钙片；保和丸

中图分类号：R259 文献标识码：A

The Effect of Combined Medication in the Treatment of Hypertension with Refractory Hyperlipidemia

Feng Wu

Changning Hospital of Traditional Chinese Medicine

Abstract: Objective: To explore the therapeutic effect of atorvastatin calcium tablets combined with modified Baohe Pills on patients with hypertension and refractory hyperlipidemia. Methods: 84 hypertension patients with refractory hyperlipidemia were enrolled from March 2024 to March 2025. They were randomly assigned to either a control group (atorvastatin calcium tablets) or an experimental group (atorvastatin plus modified Baohe Pills). Post-treatment blood pressure, efficacy rate, and blood lipid levels were compared. Result: Pre-treatment blood pressure showed no significant difference ($P>0.05$). Post-treatment, the experimental group had higher efficacy ($P<0.05$) and lower blood pressure/lipid levels ($P<0.05$) versus the control group. Conclusion: The treatment effect of atorvastatin calcium tablets combined with modified Baohe Pills for patients with hypertension and refractory hyperlipidemia is good.

Keywords: Hypertension; Refractory hyperlipidemia; Atorvastatin Calcium Tablets; Baohe Pills

引言

高血压、高脂血症作为临床常见慢性代谢性疾病，二者合并存在会相互影响、产生协同作用，形成恶性循环。而难治性高脂血症发病机制复杂，与遗传因素、胰岛素抵抗、肠道菌群失调等多种因素相关，治疗难度较大^[1]。目前，临床针对高血压伴难治性高脂血症多主张联合药物治疗，他汀类药物是降脂治疗的基石，可有效抑制胆固醇合成，但与其他降脂药物联用可能增加不良反应风险^[2]。中医药治疗在调血脂、改善代谢方面具有独特优势，保和丸作为经典方剂，具有消食化积、和胃健脾之效，现代药理学研究证实其具有调节血脂、改善胰岛素抵抗等作用。以保和丸加减治疗可发挥明确的降脂作用，为此类患者提供了新的治疗思路^[3]。基于此，本研究围绕阿托伐他汀钙片联合保和丸加减治疗高血压

伴难治性高脂血症患者的疗效展开探讨，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

设定高血压伴难治性高脂血症患者为研究对象，统计时间设立2024年3月开始，2025年3月结束，共计84例。经随机分组法将患者分入常规组、实验组，予以不同治疗方案，所有患者已签署相关知情同意书，本研究经本院伦理委员会批准。

常规组：男性23例、女性19例；年龄区间45—80岁、平均 (57.04 ± 6.20) 岁。实验组：男性22例、女性20例；年龄区间44—79岁、平均 (57.22 ± 5.94) 岁。两组年龄、性别资料比较($P>0.05$)无显著差异可作为基线资料。

1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准：（1）符合《中国高血压防治指南》中高血压诊断标准，即非同日3次测量血压，收缩压高于140mmHg和（或）舒张压高于90mmHg；（2）符合《中国成人血脂异常防治指南》中难治性高脂血症诊断标准；（3）近3个月内未使用过其他降脂药物或影响血压的中药制剂。

排除标准：（1）继发性高血压（如肾性高血压、内分泌性高血压）或继发性高脂血症（如甲状腺功能减退、肾病综合征等引起）；（2）严重肝肾功能不全；（3）近期发生急性心肌梗死、脑卒中或严重心力衰竭；（4）对本次选药过敏。

1.3 方法

两组患者均接受基础治疗，第一，生活方式干预，包括饮食、运动、烟酒及睡眠管理。饮食方面遵循低盐低脂原则，每日食盐摄入不超过5g，脂肪占总热量比例低于20%；运动方面需每周进行至少150分钟中等强度有氧运动（如快走、慢跑）；患者需戒烟限酒、保持良好睡眠。第二，高血压基础治疗，应根据患者血压水平选用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素II受体拮抗剂（如缬沙坦）等，且禁用噻嗪类利尿剂等影响血脂代谢的降压药。

常规组：在基础治疗时，仅服用苯磺酸左氨氯地平（南昌弘益药业有限公司“弘福日”，批准文号H20083531，规格2.5mg），口服给药，1次/d，2.5mg/次；联合阿托伐他汀钙片（辉瑞制药有限公司“立普妥”，批准文号H20051408，规格20mg），口服给药，1次/d，20mg/次，建议晚餐后服用，连续治疗12周。

实验组：在常规组基础上加用保和丸加减治疗，苯磺酸左氨氯地平、阿托伐他汀钙片选药、给药规格与常规组一致。保和丸方剂组成：10g 莱菔子、20g 焦山楂、10g 茯苓、20g 炒麦芽、10g 制半夏、10g 陈皮、神曲各20g、10g 连翘。若伴头晕头痛需加10g 天麻、钩藤；若患者乏力可加10g 党参、15g 黄芪。针对痰热上扰者需加10g 胆南星、竹茹；脾胃气虚者加30g 黄芪、10g 人参。由本院中药房统一煎制，采用自动煎药机水煎两次，第一次加水约400ml，浸泡30分钟后，大火煮沸，小火煎煮30分钟，取药液200ml；第二次加水400ml，同法煎煮取药液200ml，合并两次药液共400ml，分装为2袋，每袋分装200ml，分成两次服用，每天1剂，连续治疗12周。

治疗期间每隔4周复查一次患者肝肾功能、肌酸激酶，密切观察其有无肌肉疼痛、乏力、胃肠道不适等不良反应。

1.4 观察指标

观察两组患者经治疗后的总有效率，记录患者血压和血脂水平。

①治疗有效率评估标准：参照《中药新药临床研究指导原则》对患者用药表现进行评估，分为显效[收缩压/舒张压下降 $\geq 20/10$ mmHg，血脂指标（TC、TG、LDL-C）下降 $\geq 20\% \sim 40\%$]、有效[收缩压/舒张压下降 $\geq 10 \sim 19/5 \sim 9$ mmHg]、无效[未达到上述标准，血脂指标下降 $\geq 10\% \sim 39\%$]三个维度，总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

②血压指标：于治疗前及治疗12周后，采用电子血压计测量患者坐位血压，测量前安静休息15分钟，连续测量3次，取平均值。记录收缩压（SBP）、舒张压（DBP）水平。

③血脂指标：采集患者空腹静脉血5ml作为检验样本，离心处理（每分钟3000r，10分钟）分离血清，采用全自动生化分析仪（日立7600）检测患者总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）水平。

1.5 统计学

在软件包SPSS 27.0中将研究数据代入，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计数资料以率（%）表示，得出检验值t、 χ^2 ，计算结果 $P < 0.05$ 即差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗有效率

治疗12周后，实验组的总治疗有效率95.24%明显高于常规组的总治疗有效率76.19%（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 治疗有效率比较表[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
常规组	42	18	14	10	76.19
实验组	42	25	15	2	95.24
χ^2					6.222
P					<0.05

2.2 治疗前后血压水平

治疗前，两组患者血压比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。治疗12周后，两组患者的收缩压、舒张压水平较治疗前显著降低；且实验组收缩压、舒张压水平低于常规组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组治疗前后血压水平比较表 $[\bar{x} \pm s, \text{mmHg}]$

组别	例数	治疗前		治疗后	
		SBP	DBP	SBP	DBP
常规组	4	156.32 \pm	96.58 \pm	135.20 \pm	85.46 \pm
	2	10.25	6.32	8.60	5.10
实验组	4	155.86 \pm	97.02 \pm	120.35 \pm	75.26 \pm
	2	10.18	6.25	7.20	4.30
t		0.206	0.321	8.580	9.909
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.3 血脂水平

实验组的血脂指标均低于常规组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

表3 两组血脂水平比较表[$\bar{x} \pm s$, mmol/L]

组别	例数	TC	TG
常规组	42	5.23±0.62	2.15±0.59
实验组	42	4.12±0.50	1.48±0.44
t		9.032	5.900
P		<0.05	<0.05

3 讨论

高血压伴难治性高脂血症是临床常见的代谢综合征组合,二者共同作用加速动脉粥样硬化进程,增加心脑血管事件风险。因此,针对发病机制复杂、治疗难度高的高血压伴难治性高脂血症,科学建立联合用药方案,兼顾降压、降脂同步干预才是强化疗效的关键策略^[4]。西医方面,阿托伐他汀钙片、苯磺酸左氨氯地平作为经典治疗药,前者通过竞争性抑制 HMG-CoA 还原酶减少肝脏胆固醇合成实现降血脂,后者通过阻滞心肌和血管平滑肌外细胞钙离子内流,具有直接舒张血管平滑肌的作用^[5]。本次研究中单纯接受苯磺酸左氨氯地平、阿托伐他汀治疗的患者,其血压指标、血脂水平及炎症因子水平较治疗前均出现改善,这一结果证实了该药物的临床有效性。然而,治疗后仍有部分患者血脂未达标,且血压控制效果不够理想。分析其原因,可能与难治性高脂血症患者对单一他汀类药物反应较差,以及高血压与高脂血症之间存在的协同损害效应有关。而中医药在代谢性疾病治疗中以多靶点作用为优势,注重患者机体整体调节。以保和丸为例,作为经典消食化积方剂,在本次研究中展现出良好的协同治疗作用^[6]。方中含有的方中焦山楂、神曲、炒麦芽共同发挥消食化积的核心功效:山楂含山楂酸等成分,可通过抑制胆固醇合成酶活性减少肠道胆固醇吸收;神曲与麦芽的多种消化酶能促进脂肪分解代谢,改善脂质蓄积^[7]。莱菔子除下气消食外,其提取物还被现代研究证实可调节脂代谢相关基因表达,降低甘油三酯水平。茯苓、陈皮、制半夏通过健脾祛湿化痰,能改善胰岛素抵抗并减少脂肪合成;连翘的清热解毒功效源于其有效成分连翘苷,该成分兼具抗炎和保护血管内皮的作用。而随证加减的用药方式,如用天麻、钩藤平肝潜阳辅助降压,以黄芪、党参益气健脾改善乏力,更强化了方剂的针对性,充分彰显了中医辨证施治的优势^[8]。将其与西药联合使用,既能抑制内源性胆固醇合成,又能促进脂质分解、减少吸收发挥作用,降脂机制互补且不易引发

不良反应,安全性较为突出。而且保和丸中陈皮、钩藤等成分还可扩张患者血管、改善血管弹性,具有降压辅助作用,可进一步控制患者血压避免两种疾病形成恶性循环^[9]。

结果可见,治疗前两组患者的血压水平相近(P>0.05);而治疗后相较常规组,实验组治疗有效率更高,血压和血脂指标更低(P<0.05),这表明该联合用药方案对促进患者病情好转更有效,可进一步稳定血压血脂水平,提示苯磺酸左氨氯地平、阿托伐他汀钙片与保和丸加减联合使用具有协同作用。

综上所述,高血压伴难治性高脂血症患者接受中西医结合用药方案的治疗效果更突出,值得推广应用。

[参考文献]

[1]林露,张传林,张华燕,等.荷丹胶囊联合阿托伐他汀钙对老年高血压合并高脂血症患者血脂、炎症因子的影响[J].中国当代医药,2024,31(11):71-74.

[2]刘发燕,胡雪梅,李丹,等.阿托伐他汀钙片联合保和丸加减治疗高血压伴难治性高脂血症的疗效观察[J].青海医药杂志,2023,53(12):1-5.

[3]郭凌燕.氨氯地平联合阿托伐他汀用于社区老年人高血压合并高脂血症的治疗效果观察[J].中国医药指南,2023,21(32):54-56.

[4]尹慧敏.阿托伐他汀联合氨氯地平治疗高血压伴高脂血症74例临床效果分析新探[J].科学咨询,2022(15):105-107.

[5]彭静微,顾银银,孙叶.保和丸联合阿托伐他汀治疗老年性高脂血症临床观察[J].光明中医,2021,36(20):3519-3521.

[6]石萌.保和丸加减联合瑞舒伐他汀钙片治疗高脂血症效果评价[J].名医,2019(11):240.

[7]崔君俊,高积慧.保和丸加减联合阿托伐他汀钙片治疗高脂血症疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(2):223-224.

[8]吴芳.苯磺酸氨氯地平联合阿托伐他汀治疗高脂血症伴高血压对患者血压、血脂水平的影响[J].当代医药论丛,2025,23(11):13-16.

[9]曾怡春,李俊.依那普利联合阿托伐他汀对原发性高血压合并高脂血症患者颈动脉IMT、血液流变学及脂代谢的影响[J].中国医学创新,2024,21(35):6-10.

作者简介:

吴峰(1992.10-),男,汉族,湖南常宁人,本科,主治医师,研究方向为中西医结合内科(心血管内科为主)。