

畚药活血降压汤治疗痰瘀互结型H型高血压疗效观察

邱丽珍, 陈文霖, 柯淑兰, 项伟忠

丽水市中医院心血管内科, 浙江 丽水 331000

〔摘要〕 目的: 观察畚药活血降压汤治疗痰瘀互结型H型高血压的临床疗效。方法: 选择2022年7月—2024年6月于丽水市中医院心血管内科就诊的80例痰瘀互结型H型高血压患者, 根据信封法随机分为对照组、畚药组各40例, 对照组予以常规西医降压药与叶酸双联治疗, 畚药组在对照组基础上加用活血降压汤治疗。治疗4周, 比较2组临床疗效及不良反应发生率, 以及治疗前后中医证候评分、24 h动态血压与血压变异性水平、臂踝脉搏波传导速度与踝臂指数、同型半胱氨酸水平。结果: 治疗后, 畚药组总有效率87.50% (35/40), 对照组为67.50% (27/40), 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且畚药组评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组24 h收缩压、舒张压均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且畚药组2项指标水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组昼夜舒张压变异性、昼夜收缩压变异性水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且畚药组4项指标水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组臂踝脉搏波传导速度均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且畚药组低于对照组 ($P < 0.05$); 2组踝臂指数较治疗前上升 ($P < 0.05$), 且畚药组高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组同型半胱氨酸水平较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且畚药组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。畚药组不良反应发生率为17.50% (7/40), 对照组为22.50% (9/40), 2组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 在西药治疗的基础上, 加用活血降压汤治疗痰瘀互结型H型高血压可提高临床疗效, 降低血压变异性及同型半胱氨酸水平, 改善臂踝脉搏波传导速度与踝臂指数。

〔关键词〕 H型高血压; 痰瘀互结; 畚药; 活血降压汤; 血压变异性; 同型半胱氨酸

〔中图分类号〕 R255.3; R544.1 **〔文献标志码〕** A **〔文章编号〕** 0256-7415 (2026) 08-0062-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.010

Observation on the Efficacy of She Medicine Huoxue Jiangya Decoction in the Treatment of H-Type Hypertension of Phlegm Blended with Blood Stasis Type

QIU Lizhen, CHEN Wenlin, KE Shulan, XIANG Weizhong

Department of Cardiovascular Medicine, Lishui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lishui Zhejiang 331000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical efficacy of She medicine Huoxue Jiangya Decoction in the treatment of H-type hypertension of phlegm blended with blood stasis type. **Methods:** A total of 80 patients with H-type hypertension of phlegm blended with blood stasis type who visited the Department of Cardiovascular Medicine at Lishui Hospital of Traditional Chinese Medicine from July 2022 to June 2024 were selected and randomly divided into a control group and a She medicine group (40 cases each) using the envelope method. The control group received conventional western antihypertensive drugs combined with folic acid for dual therapy, while the She medicine group was additionally treated with Huoxue Jiangya Decoction based on the control group. After four weeks of treatment, the clinical efficacy and incidence of adverse reactions were compared between the two groups, as well as the traditional Chinese medicine syndrome scores, levels of 24-hour ambulatory blood pressure and blood pressure variability, brachial-ankle pulse

〔收稿日期〕 2024-11-05

〔修回日期〕 2025-12-08

〔作者简介〕 邱丽珍 (1991-), 女, 主治中医师。

wave velocity and ankle-brachial index, and homocysteine levels before and after treatment. **Results:** After treatment, the total effective rate in the She medicine group was 87.50% (35/40), while that in the control group was 67.50% (27/40), with the difference between the two groups being significant ($P < 0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores in both groups decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the score in the She medicine group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). Both groups showed a significant decrease in 24-hour systolic and diastolic blood pressure after treatment ($P < 0.05$), and the levels in the She medicine group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of day-night diastolic and systolic blood pressure variability were decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), and the levels in the She medicine group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). Brachial-ankle pulse wave velocity was decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), and the level in the She medicine group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). The ankle-brachial index was increased in both groups after treatment ($P < 0.05$), and the level in the She medicine group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). Homocysteine levels were decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), and the level in the She medicine group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 17.50% (7/40) in the She medicine group and 22.50% (9/40) in the control group, with no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** On the basis of western medicine treatment, the addition of Huoxue Jiangya Decoction can improve clinical efficacy, reduce blood pressure variability and homocysteine levels, and improve brachial-ankle pulse wave velocity and ankle-brachial index in patients with H-type hypertension of phlegm blended with blood stasis type.

Keywords: H-type hypertension; Phlegm blended with blood stasis; She medicine; Huoxue Jiangya Decoction; Blood pressure variability; Homocysteine

H型高血压是伴有血同型半胱氨酸水平升高($\geq 10 \mu\text{mol/L}$)的原发性高血压,其特点为患者普遍存在高同型半胱氨酸、低叶酸水平,且二者与高血压具有协同损伤作用。高血压与高同型半胱氨酸的双重影响不仅加剧了患者认知功能障碍,还可进一步升高心脑血管事件的发病风险,二者之间存在明显的协同致病效应^[1-2]。临床治疗H型高血压多采用联合用药,如叶酸联合降压药(常用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂),虽然其可有效降低血压与同型半胱氨酸水平,但长期服药常伴随一定的不良反应。近年来,中医学认为H型高血压多因情志失调、饮食不节、劳逸失度等因素,导致肝脾肾功能失调,气血津液运行失常,痰浊、血瘀内生,气机失畅,肝风内动而发病,其中痰浊与血瘀蕴结为关键病理因素,这一病机为从痰瘀论治H型高血压提供理论依据^[3]。

畲族医药是浙江、福建一带畲族地区人民在长期的医疗实践中形成和发展起来的民族医药,因其

防病治病多以青草药为主,故又称“青草医”,是中医药的重要组成部分。食凉茶(畲药)具有清热利湿、活血化瘀、祛痰化浊等功效,在改善痰瘀互结所致病证方面体现出独特优势^[4]。现代药理学研究表明,食凉茶有效成分具有调节血脂、改善血管内皮功能、抗炎及抗氧化等多重作用,有助于降低血压、改善血液流变学指标,并对抗高血压相关的靶器官损害^[5]。本研究观察以畲药食凉茶为主药组成的活血降压汤治疗H型高血压痰瘀互结证的疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国高血压防治指南(2018年修订版)》^[6]H型高血压诊断标准,在未使用降压药物的情况下,非同日3次测量诊室血压,收缩压 $\geq 140 \text{ mmHg}$ ($1 \text{ mmHg} \approx 0.133 \text{ kPa}$)和/或舒张压 $\geq 90 \text{ mmHg}$,或目前正在接受规范的降压药物治疗,且同型半胱氨酸 $\geq 10 \mu\text{mol/L}$ 。

1.2 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原

则(试行)》^[7]中痰瘀互结证标准。主症:眩晕,头痛,头如裹,胸闷,呕吐痰涎;次症:心悸,失眠,口淡,食少;舌脉:舌胖苔腻,脉滑。

1.3 纳入标准 符合H型高血压诊断标准和痰瘀互结证辨证标准;年龄 ≥ 18 岁;入组前规律服用降压药物至少4周,且血压控制平稳(收缩压 < 160 mmHg且舒张压 < 100 mmHg);对本研究方案所用药物无过敏史;认知水平正常,无精神障碍;患者知悉研究方案内容,自愿签署知情同意书;

1.4 排除标准 高血压危象、继发性高血压;合并肝、肾等器质性病变;合并严重糖尿病、高血脂等内分泌疾病、造血功能异常、全身系统性疾病、恶性肿瘤;妊娠或哺乳期妇女;不能配合临床试验安排,依从性差者。

1.5 一般资料 选择2022年7月—2024年6月丽水市中医院心内科就诊的80例H型高血压患者,根据信封法随机分为对照组与奋药组各40例。对照组男25例,女15例;年龄25~70岁,平均 (54.35 ± 8.47) 岁;病程0.67~13年,平均 (7.15 ± 1.27) 年;高血压分级^[6]:I级28例,II级12例;体质量指数19~26,平均 22.72 ± 1.32 ;心血管危险分层^[8]:低危27例,中危13例。奋药组男23例,女17例;年龄24~72岁,平均 (54.73 ± 7.93) 岁,病程0.75~15年,平均 (7.33 ± 1.62) 年;高血压分级:I级25例,II级15例;体质量指数19~25,平均 22.58 ± 1.75 ;心血管危险分层:低危24例,中危16例。2组一般资料比较,差异无统计学意义,具有可比性($P > 0.05$)。本研究经丽水市中医院伦理委员会审批通过[临伦审(LW-2024065)]。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以缬沙坦氨氯地平片(河北仁合益康药业有限公司,国药准字H20233538,规格:每片缬沙坦80 mg、氨氯地平5 mg)口服,每天1次,每次1片;叶酸片(广州白云山光华制药股份有限公司,国药准字H44020019),每天1次,每次5 mg。同时根据患者血脂水平,选择以下一种他汀类药物进行调脂治疗。阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司,国药准字H19990258)口服,起始剂量为每次10 mg,每天1次,之后可根据病情遵医嘱调整剂量;或瑞舒伐他汀钙片(浙江京新药业股份有限公司,国

药准字H20080482)口服,初始量为每次5 mg,每天1次,之后可根据病情遵医嘱调整剂量。

2.2 奋药组 在对照组的基础上予以活血降压汤治疗。处方:食凉茶30 g,天麻15 g,川芎15 g,白术15 g,水蛭5 g,活血丹15 g,赤芍15 g,钩藤15 g。每天1剂,加水1 000 mL煎煮,熬至400 mL,分早晚2次服用。

2组均持续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]标准,对眩晕、头痛、头如裹、胸闷等中医证候进行评分,根据证候严重程度由轻到重,主症按照0、2、4、6分评估,次症按照0、1、2、3分评估,总积分0~42分,并计算中医证候减分率,中医证候减分率=(治疗前证候评分-治疗后证候评分)/治疗前证候评分 $\times 100\%$ 。②24 h动态血压以及昼夜血压变异性。采用ABP-06动态血压监测仪(深圳市博声医疗器械有限公司,粤械注准20172070555)对2组患者进行24 h全天血压监测,观测治疗前后24 h收缩压与舒张压,以及昼夜血压变异性。③动脉血管硬度。分别于治疗前后采用DAS-3000动脉硬化检测仪(吉林东华原医疗设备有限责任公司,吉械注准20202070424)及HBP-8000型欧姆龙动脉硬化测量仪检测2组臂踝脉搏波传导速度、踝臂指数。④同型半胱氨酸。分别于治疗前后抽取2组患者清晨静脉血3~5 mL,静置离心,设置参数转速2 000 r/min,半径8 cm,离心10 min,分离上层血清,置于 -80 °C条件低温保存,采用西门子ADVIA2400全自动生化分析仪检测同型半胱氨酸水平。⑤不良反应。统计2组不良反应发生情况,包括心率加快、胃肠道症状、头痛等。

3.2 统计学方法 应用SPSS Statistics 24.0统计学软件进行数据分析。计量资料符合正态分布者以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用成组样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]中相关标准拟定。显效:临床症状、体

征明显改善,中医证候减分率 $\geq 70\%$;有效:临床症状、体征均有好转,中医证候减分率 $30\% \sim 69\%$;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,中医证候减分率 $< 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后, 畜药组总有效率为 87.50% , 对照组为 67.50% , 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较					例(%)
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	11(27.60)	16(40.00)	13(32.50)	27(67.50)
畜药组	40	18(45.00)	17(42.50)	5(12.50)	35(87.50)
χ^2 值					4.588
P 值					0.032

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前, 2组中医证候评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2组中医证候评分均较治疗前降低($P < 0.05$), 且畜药组评分低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)				分
组别	例数	治疗前	治疗后	
对照组	40	29.30 $\pm$ 5.18	17.54 $\pm$ 3.15 ^①	
畜药组	40	30.79 $\pm$ 5.16	13.58 $\pm$ 3.13 ^{①②}	

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后24 h动态血压比较 见表3。治疗前, 2组24 h收缩压、舒张压比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2组24 h收缩压、舒张压均

较治疗前下降($P < 0.05$), 且畜药组2项指标水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后24 h动态血压比较($\bar{x} \pm s$)						mmHg
组别	例数	24 h 收缩压		24 h 舒张压		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	40	154.83 $\pm$ 5.52	139.38 $\pm$ 6.12 ^①	92.78 $\pm$ 5.13	84.55 $\pm$ 4.18 ^①	
畜药组	40	153.30 $\pm$ 5.30	132.75 $\pm$ 6.25 ^{①②}	93.43 $\pm$ 4.20	80.35 $\pm$ 3.25 ^{①②}	

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.5 2组治疗前后血压变异性比较 见表4。治疗前, 2组昼夜舒张压变异性、昼夜收缩压变异性比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2组昼夜舒张压变异性、昼夜收缩压变异性均较治疗前下降($P < 0.05$), 且畜药组4项指标水平均低于对照组($P < 0.05$)。

4.6 2组治疗前后臂踝脉搏波传导速度、踝臂指数比较 见表5。治疗前, 2组臂踝脉搏波传导速度、踝臂指数比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组臂踝脉搏波传导速度均较治疗前下降($P < 0.05$), 且畜药组低于对照组($P < 0.05$); 2组踝臂指数较治疗前升高($P < 0.05$), 且畜药组高于对照组($P < 0.05$)。

4.7 2组治疗前后同型半胱氨酸比较 见表6。治疗前, 2组同型半胱氨酸水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2组同型半胱氨酸水平较治疗前降低($P < 0.05$), 且畜药组低于对照组($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后血压变异性比较($\bar{x} \pm s$)							mmHg
组别	时间	例数	白昼舒张压变异性	夜间舒张压变异性	白昼收缩压变异性	夜间收缩压变异性	
对照组	治疗前	40	13.25 $\pm$ 0.95	12.35 $\pm$ 1.37	14.85 $\pm$ 2.11	14.90 $\pm$ 2.69	
	治疗后	40	10.68 $\pm$ 1.31 ^①	10.55 $\pm$ 1.24 ^①	12.38 $\pm$ 2.00 ^①	12.50 $\pm$ 1.91 ^①	
畜药组	治疗前	40	13.15 $\pm$ 1.44	12.33 $\pm$ 1.44	14.93 $\pm$ 2.26	14.83 $\pm$ 2.52	
	治疗后	40	9.18 $\pm$ 1.06 ^{①②}	9.08 $\pm$ 1.25 ^{①②}	10.28 $\pm$ 1.96 ^{①②}	10.75 $\pm$ 2.05 ^{①②}	

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表5 2组治疗前后臂踝脉搏波传导速度、踝臂指数比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	臂踝脉搏波传导速度(cm/s)		踝臂指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	1 762.25 $\pm$ 227.53	1 417.95 $\pm$ 206.78 ^①	0.98 $\pm$ 0.13	1.16 $\pm$ 0.15 ^①
畜药组	40	1 738.95 $\pm$ 213.86	1 303.83 $\pm$ 251.11 ^{①②}	1.02 $\pm$ 0.12	1.25 $\pm$ 0.20 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表6 2组治疗前后同型半胱氨酸比较 ($\bar{x} \pm s$) $\mu\text{mol/L}$				
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值
对照组	40	14.63 $\pm$ 1.56	9.51 $\pm$ 1.69	14.079
畚药组	40	14.78 $\pm$ 1.47	8.76 $\pm$ 1.42	18.628
t 值		0.442	2.149	
P 值		0.659	0.035	

4.8 2组不良反应发生率比较 见表7。畚药组发生心率加快3例、胃肠道症状3例、头痛1例，发生率为17.50%；对照组发生心率加快4例、胃肠道症状3例、头痛2例，发生率为22.50%。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表7 2组不良反应发生率比较					例
组别	例数	心率加快	胃肠道症状	头痛	发生率(%)
对照组	40	4	3	2	22.50
畚药组	40	3	3	1	17.50
χ^2 值					0.312
P 值					0.576

5 讨论

H型高血压在我国具有较高发病率，一般认为与患者年龄、高血压家族史、肥胖等因素相关^[9]。其病机主要在于Hcy代谢关键酶(如MTHFR)基因缺陷，导致Hcy在体内蓄积，进而损伤血管内皮、促进氧化应激与炎症、加剧动脉粥样硬化，临床治疗主要在常规降压药基础上，联合补充叶酸，以降低Hcy水平。但该疗法存在一定的局限性，难逆转靶器官损害，长期用药存在安全风险。中医学认为该病归属于眩晕、头痛、肝风等范畴，多因情志失调、饮食不节、劳逸失度及年老体衰等因素，导致肝、脾、肾三脏功能失调，进而引发气血津液代谢紊乱，痰瘀内生，气机逆乱而发病。其核心病理产物为痰浊与血瘀，二者相互搏结，阻滞经络，上扰清窍，发为眩晕、头痛等症。痰瘀互结是贯穿疾病发展的重要病机，故治疗多以活血化瘀、祛痰化浊为主，辅以太平肝熄风定眩^[10]。

活血降压汤是课题组基于畚医经验用药与中医学“痰瘀同治”理论所拟订的经验方，方中以食凉茶为君药，具有祛痰化积、泄浊化邪之功，切中痰瘀互结之核心病机；水蛭、活血丹、川芎、赤芍为臣药，具有活血破瘀、通经活络之功效；天麻、钩藤为佐药，可平抑肝阳、熄风定眩；白术为使药，

主健脾燥湿之功，以绝生痰之源。诸药合用，不仅针对痰、瘀、风等标实之证，亦兼顾气血之本，共奏活血祛瘀、祛痰化浊、平肝定眩之效。余令正等^[11]基于数据挖掘中医药治疗H型高血压的组方规律发现，其组方以活血化瘀药、补气药、平肝熄风药为主，以天麻、茯苓、川芎、白术等为核心组方成分，与本方案畚药活血降压汤治疗思路相类似。相关研究也证实采用畚药活血通络方能够有效缓解高血压患者动脉硬化情况，降低血压水平^[12-13]。从现代药理学角度分析，活血降压汤主药食凉茶所含黄酮类成分具有明显抗氧化作用^[14]；川芎中酚酸类物质可清除自由基，减轻内皮细胞的氧化损伤，有助于修复和改善血管内皮功能^[15]；赤芍能抑制血小板聚集、改善血液流变学，同时还能缓解血管壁与全身炎症反应^[16]；天麻、钩藤中所含多酚类活性成分可通过类似血管紧张素转换酶抑制剂的途径产生降压效应^[17]。本研究结果表明，治疗后畚药组总有效率高于对照组，中医证候评分、24 h收缩压、舒张压及昼夜舒张压变异性、昼夜收缩压变异性及同型半胱氨酸水平均低于对照组，提示加用活血降压汤治疗H型高血压能提高临床疗效，改善中医证候，进一步下调同型半胱氨酸水平，具有较好的降压与维稳血压的效果。

臂踝脉搏波传导速度可辅助判断心率，踝臂指数能够反映踝部动脉供血情况，二者常作为临床预测不良心血管事件风险指标^[18]。本研究结果表明，畚药组臂踝脉搏波传导速度低于对照组，踝臂指数高于对照组，与项超丽等^[19]的研究结果基本一致，证实畚药活血方能降低H型高血压痰瘀互结证患者脉搏波传导速度，提升踝臂指数，降低同型半胱氨酸水平，有助于降低不良心血管事件的风险。治疗期间，2组不良反应发生率无明显差异，提示联合活血降压汤无明显增加药物不良反应。

综上，应用畚药活血降压汤治疗H型高血压(痰瘀互结证)能提高疗效，提升血压稳定性，下调同型半胱氨酸水平，且用药安全性良好。本研究不足之处在于样本量较少，以及未对患者血流动力学参数变化、炎症反应等指标进行分析，后续将扩大样本量，增加更多的观察指标进行疗效评估，以加强治疗效果的可靠性及全面性。

[参考文献]

- [1] 魏心源, 蒋与刚, 黄承钰, 等. 中老年高血压人群H型高血压患病程度与认知功能关系分析[J]. 中国全科医学, 2021, 24(20): 2520-2526.
- [2] 黄成茜. H型高血压致心脑血管疾病相关机制的研究进展[J]. 贵州医药, 2021, 45(6): 861-863.
- [3] 陈炳安, 李洁, 宋彦洁, 等. 821例老年H型高血压病人中医证素分布及组合规律[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(15): 2820-2822.
- [4] 陈文晓, 商桃英, 柳占元. 自拟畚药活血舒筋方熏蒸联合正骨理筋手法治疗陈旧性踝关节扭伤效果观察[J]. 中国乡村医药, 2023, 30(13): 12-13.
- [5] 刘爽, 张晓芹, 陈礼平, 等. 畚药食凉茶的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中国现代应用药学, 2023, 40(3): 421-426.
- [6] 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中国医师协会高血压专业委员会, 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.
- [7] 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.
- [8] 南楠, 左惠娟, 周渊, 等. 比较3种不同指南/共识评价极高风险或超高危动脉粥样硬化性心血管疾病危险分层和血脂达标率差异[J]. 中华内科杂志, 2022, 61(4): 377-383.
- [9] 林颖慧, 吕德良, 吴肖冰, 等. 深圳市H型高血压患病现状调查及相关因素分析[J]. 中国社会医学杂志, 2023, 40(3): 320-323.
- [10] 李佳奇, 刘莉, 韩宇博, 等. 加味黄连温胆汤治疗H型高血压痰瘀互结证患者临床疗效及对LVMI的影响[J]. 天津中医药, 2023, 40(1): 14-19.
- [11] 余令正, 李鸿真, 杨洁, 等. 基于数据挖掘的中医治疗H型高血压的组方规律研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(10): 1415-1421.
- [12] 张媛媛, 项超丽, 陈礼平. 畚药活血通络方治疗高血压伴颈动脉粥样硬化血瘀证35例[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(6): 513-514.
- [13] 郑颖, 潘铨, 陈礼平. 畚医内外合治痰瘀互结型高血压伴脑梗死的临床疗效[J]. 中国现代医生, 2022, 60(3): 91-94, 98.
- [14] YANG B, LI Q, CHENG K, et al. Proteomics and metabolomics reveal the mechanism underlying differential antioxidant activity among the organs of two base plants of Shiliang tea (*Chimonanthus salicifolius* and *Chimonanthus zhejiangensis*)[J]. Food Chem, 2022, 385: 132698.
- [15] 赵苗苗, 杨铁童, 陈露萍, 等. 川芎嗪通过激活SIRT1信号抑制铁死亡减轻脂多糖致内皮细胞炎症损伤[J]. 心脏杂志, 2025, 37(4): 380-386, 391.
- [16] 赵雪莹, 何世宇. 赤芍总苷药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(7): 4-9.
- [17] 袁晶, 焦福智, 刘欣, 等. 天麻钩藤饮治疗H型高血压的Meta分析[J]. 世界中医药, 2021, 16(14): 2129-2137.
- [18] 李秋爽, 张晓宇, 王向明, 等. 肱踝脉搏波速度联合踝肱指数对老年人主要不良心脑血管事件发生的临床预测价值[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2023, 22(5): 356-361.
- [19] 项超丽, 潘铨, 陈礼平, 等. 畚药活血消积方对H型高血压痰瘀互结证患者脉搏波传导速度和踝臂指数的影响[J]. 中国现代医生, 2022, 60(22): 43-47.

[责任编辑: 冯天保, 蒋维超(英文)]