

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.03.002

刘志明基于“兰除陈气”辨治肥胖相关性高血压经验

蔡泳源, 严诏琦, 王秋铭, 耿金珠, 任甜甜, 陈佳美, 刘如秀[✉] 指导: 刘志明

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053

[摘要] 总结刘志明教授基于“兰除陈气”理论辨治肥胖相关性高血压的临证经验。认为陈气内积是肥胖相关性高血压的病机本质, 水精不散、气浊始生、陈郁三焦为发病始动因素, 痰湿壅遏、陈气搏结、蕴热炼津为进展关键步骤, 营虚血浊、陈气化瘀、侵蚀脉络为加重主要环节。临证在“施以兰法”的治疗原则指导下, 初期、恢复期分别用自拟流气运浊汤、自拟育精化陈汤, 进展期用加味二陈汤合甘露饮, 加重期用自拟推陈散瘀汤加减治疗。

[关键词] 肥胖相关性高血压; 兰除陈气; 名医经验; 刘志明

刘志明(1925—), 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 国医大师, 中国中医科学院首席研究员、学部委员, 首批首都国医名师, 第一、六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医药临床、科研与教学工作80余载, 注重融汇经典医籍理论, 在中医药防治外感急症和内伤杂病领域独树一帜, 擅长从“肾-心-脉络”“兰除陈气”等角度诊治心脑血管疑难疾病。

肥胖相关性高血压(obesity-related hypertension, ORH)指符合门诊血压 $\geq 140/90$ mmHg等诊断标准, 同时存在超重/肥胖[体重指数(BMI) ≥ 28 kg/m²]或腹型肥胖(男/女腰围 $\geq 90/85$ cm)等的高体脂表现, 且排除其他继发因素的心血管疾病, 是临床高血压病的重要类型^[1]。目前全球超重和肥胖人群约有21.1亿^[2], 其高血压患病率明显高于体重正常人群^[3]。高血压是BMI最敏感受累因素之一, BMI每提高5 kg/m²可增加49%的高血压患病风险, 与远期卒中、心肌梗死、心力衰竭等不良事件呈正相关^[4-5]。现代医学常采取“饮食-运动”方式干预ORH, 必要时运用常规降压药或索马鲁肽、替西帕肽等新药, 或手术减重辅助降压^[6-7], 但存在患者健康习惯建立缺失、多药物联合副作用、手

术并发症风险等问题, 导致长期获益受限。

中医药则能发挥个体化干预、多代谢和循环调节等优势防治ORH, 达到稳定降压减重、防止复发和改善预后等目标^[8-9]。刘志明教授根据多年从医经验, 基于《素问·奇病论篇》中“兰除陈气”理论, 认为ORH病机本质是“陈气内积”, 在病情发展过程中表现出蕴痰化热伤津、酿瘀伤血蚀脉等不同层次的延伸病变, 具有连续、动态的演化特点, 并提出“施以兰法”为治疗纲领的次第用药方案。现将刘教授从“兰除陈气”辨治ORH的临证经验介绍如下。

1 “兰除陈气”概述

《素问·奇病论篇》曰:“肥者令人内热, 甘者令人中满, 故其气上溢, 转为消渴。治之以兰, 除陈气也”, 即“兰除陈气”理论, 最初指因过食肥甘厚味生成秽浊邪气诱发脾瘕、消渴时运用“兰”药治疗的理论方略^[10]。汉唐以来医家多沿用该阐释, 将佩兰等芳香化湿类草药归属于“兰药”, 并认为“言兰除陈久甘肥不化之气者, 以辛能发散”, 具有“利水道, 杀蛊毒, 辟不祥”功效(《神农本草经》);宋元时期《圣济总录》《兰室秘藏》等医籍增录兰草汤、兰香饮子则填补该理论在治疗方面的空白;明清医家进一步深化病机研究, 提出“陈久蕴蓄之热”(《绛雪园古方选注》)、“瘀血尽散, 陈气皆行”(《寿世保元》)、“宿食填塞, 腹中陈

基金项目:北京中医药薪火传承“新3+3”工程(2023-SZ-F-06, 2023-SZ-G-02);中央高水平中医医院临床科研业务费资助项目(HLCMHPP2023053);中国中医科学院科技创新工程(CI2022E012XB);中国中医科学院研究生科技创新项目(KC2025014)

[✉] 通讯作者:liuruxiu1@163.com

气”(《杂病广要》)等创新见解,说明“陈气”还兼具夹热、夹瘀、有形积滞等特点。由此,明清医家高士宗、陆懋修等人提出“推陈致新”治则,叶天士、邵兰荪等人则强调“兰”药甘寒属性和细化出理气驱腐消积、清热生津、泻下祛瘀等新功效,从而纳入草豆蔻、香椿、建兰叶及芩连温胆汤、败蒲煎等方药,拓展了实际应用范畴^[11]。“兰除陈气”法历经数代发扬,现已在糖尿病^[12]、功能性胃肠病^[13]、动脉粥样硬化^[14]等系统疾病诊疗中发挥作用。刘教授认为,ORH病机虚实错杂,与“陈气”致病机理和变化形式相符合,而“兰”法与“陈气”对应演变形成的多样化方药应用,也同样适用于ORH的临床治疗。

2 从“陈气内积”辨析ORH病机

2.1 水精不散,气浊始生,陈郁三焦为始动因素

《素问·五常政大论篇》云:“发生之纪,是谓启陈,土疏泄,苍气达,阳和布化,阴气乃随。”刘教授指出,自然界随时节变化、宣散生气是万物舒展繁殖的前提,所谓“启陈”并不单指排泄秋冬蓄积之“陈气”糟粕,更代指将土地中贮存的淳厚阳气向外界释放。三焦畅通、元气清灵则脾胃壮实,脾胃气运调达、化谷有节则反哺元气、充灌血脉筋脉以达“推陈致新”。气失宣扬则浊邪易生、脉脏易损,正如《杂病广要》云:“水谷不化,则阴阳痞隔,三焦不调,浊阴之气不能下行”。现代人生活工作压力大,伴随不良饮食、嗜好烟酒等习惯,首先影响脾胃化源、抑制清气宣发,引起水精不扬和泄浊功能失常,遂生秽气、浊液并逐步扩散于三焦脉道。三焦气化不舒、筋脉血脉失展,元气失于轻流利、转之清浊不分而陈积,则易逆行、扰动血脉使之张弛失度,则脉压易随之波动上升。因此,认为ORH起病根本是脾胃、三焦气机阻滞导致的“启陈”能力失常,“水精不散、浊气弥漫、陈郁三焦”则是发病的始动因素。

2.2 痰湿壅遏,陈气搏结,蕴热炼津为进展过程

《冯氏锦囊秘录》云:“肥人……脾胃不和,食不饱闷……有湿痰,郁滞中焦。”《临证指南医案》亦云:“内蒸酿痰,阻塞气分……亦三焦病。”人体“启陈”功能受阻,既导致脾胃气机郁滞,使分泌之血气精微、代谢之膏浊糟粕与新进饮食互相混杂,从而极易酿生湿浊、凝聚为痰;又进一步引起三焦气化继发性失调,使之难以运输津液以充养营血、渗灌筋脉,反致痰湿过盛而不断积蓄于脏

腑、流注于皮腠肉理,从而痹阻机体血脉通路,促进ORH患者血压升高、眩晕等症发作。临床中肥胖患者并非都合并ORH,ORH在伴有皮肤紧致、烦躁易怒、头胀剧痛或口干赤溲等郁火津亏者中更多见,心宽体胖、肌肤筋肉较松懈柔软者中则相对少见,原因在于ORH进展中多见火热蕴蒸、消耗津液之象。痰湿长期遏滞、未经消导则与陈浊之气相互裹挟,使气机拂郁、不得外泄,更从阳蕴热、动火而化风;而郁逆之火气与痰邪湿浊相互搏结,反之又熬炼三焦水液、消烁脏腑阴津,加剧陈腐、黏凝之势;若又兼夹情志过激、卒然饱食,痰热陈气更易受之引动而壅逆脉络、蒙蔽皮腠清窍,导致血压骤升和突发头目昏眩、胀痛如裂等症。因此刘教授认为,郁热化火、灼伤津液是“陈气为病”的重要继发特征,才是ORH病情进展的关键步骤。

2.3 营虚血浊,陈气化瘀,侵蚀脉络为加重环节

气与血在生理上紧密连属,在疾病发展时亦互相影响,因此在“陈气”长期病理演化中已不局限于气、津分,而是进一步延伸至血分层面。《青霞医案》亦云:“气郁积劳……浊凝瘀滞……阳气内结,阴血日枯。”营血隶属阴分,由水谷精微转化而能充实于五脏,得元气流利而濡润于脉络。ORH患者体内“陈气”长期停蓄,不仅导致无形痰湿和有形膏脂浊邪堆积,使周身津血失于渗灌而虚涩失荣;又因阻滞之气机、痰湿和激化之火热交织搏结,更使阴液受损,故导致营分“既虚又实”;加之三焦气机陈郁、血行阻遏加重而更易凝结成瘀、附着于脉络。

《本草正义》云:“苟有宿垢留滞,则秽浊不去,即新生之血,亦易瘀积,而徒为陈陈相因之恶腐。”体内陈气和肌腠膏脂不断削弱元气疏导糟粕、冲刷脉络等机体“除陈”过程,还在形质结构上持续压迫脉络通道,导致脉络壅迫失畅、细小血络亦稀疏郁闭;又因机体营虚不荣与浊瘀内结之趋势不断加剧,更易使陈气腐化、甚则蕴毒内伏,从而损伤周身脏腑、玄窍脉络且难以消除,使血压更难下降。临床发现,相较于非肥胖高血压人群,ORH患者经历长期病程进展后更易出现顽固高血压状态,更早形成机体多靶器官损害和动脉粥样硬化等具体病理特征,更有甚者可能出现血管溃疡现象,均是由于“陈气”蓄结、营虚邪实,加重为浊瘀,侵蚀脉络所造成。

3 “施以兰法”治则下治疗 ORH 用药经验

ORH 以“陈气内积”为核心证机，并形成气、津、血、脉等不同层面交错演变的“陈气”差异性病理特征。基于此，刘教授主张将“施以兰法”作为 ORH 治疗纲领，认为临床中“兰”药并不局限于藿香、佩兰等常见芳香化湿药，亦可将兰香叶、土茵陈、鬼箭羽等在功效上具有祛散郁气、痰热、瘀血等“除陈”作用的草本类药物纳入其中，并提出以行气透浊宣郁、泄痰清热化津、和血逐瘀清脉为主的次第用药方案。

3.1 初期辛散行气，化精透浊，宣畅三焦

ORH 初期病机主要为脾胃气机郁久、三焦气化失畅，并出现水精积滞、清浊相混而成陈气，运行至周身脏腑间隙和筋脉肉腠的过程。临床多见于长期脑力劳作、久坐少动而易焦虑紧张者，平素喜好食饮以缓解压力。常表现为体态丰满、或唯见肚腹膨大，肌肤多肿胀、触之紧致不舒或肢节困倦、屈伸不利；伴见血压波动上升、头目昏眩不清，胸胁窜胀、心悸气促而喜太息，或胃脘痞满、暖气频、口干，或汗出不畅、夜难入寐，大便溏结不调；舌多淡红胖或稍暗、苔白或腻、或稍裂纹或两侧液线，脉象多弦稍沉、偶有迟滞或滑动感。

此阶段病势尚未深入，治疗当以辛散行气、化精透浊、宣畅三焦为原则。临证常予自拟流气运浊汤加减，组成：佩兰 15 g，香薷 6 g，青皮 9 g，大腹皮 12 g，苍术 9 g，枳壳 6 g，厚朴 9 g，清半夏 9 g，茯苓 15 g，泽泻 12 g，连翘 6 g，莪术 6 g，神曲 15 g，生麦芽 15 g，罗布麻叶 12~15 g，玉米须 15~18 g，玉竹 6 g，甘草 6 g。此方以佩兰、香薷为“兰”药可辛香化湿、宣表散浊，青皮合大腹皮苦辛破气、疏利三焦，四者共为君药。ORH 初期气尚敦实，考虑白术补虚有填制气机之嫌，故改用苍术合枳壳宽中健脾以助“启陈”之气复生，配伍厚朴、清半夏则能通腑化滞，再合茯苓化气运津、泽泻泄浊清热以解既有之陈气，共为臣药。辅佐小量连翘可透热散结、防陈气郁火，莪术活血消积、防止陈气入营，神曲、生麦芽和胃消食，罗布麻叶、玉米须分走气津，增强清热抑气、利湿降浊。再予小剂量玉竹养阴生津以佐制辛燥药性，配伍甘草调和诸药，二者用为使药。

该治法亦适用于 ORH 患者恢复期的巩固治疗。ORH 患者多因前期病症繁复、用药持续、攻邪峻猛而致恢复期元气自馁，气津运转缓慢、筋脉络

疏松，易使陈气复积。临床常表现为减重后肌肤松弛，伴头目空眩或隐痛、乏力懒言、自汗出，或心中虚烦怔忡，知饥纳少、畏凉食而易腹泻，脉多虚弦细滑或濡缓稍涩。因此仍予行气透浊、宣畅三焦而能芳化清源，兼顾育精扶正以求杜绝陈邪。临证常予自拟育精化陈汤加减，组成：鲜兰香叶 15 g，五指毛桃 12 g，黄芪 12 g，木香 9 g，山萸肉 9 g，制何首乌 9~15 g，南沙参 12 g，制陈皮 12 g，车前草 12 g，川芎 12 g，天麻 12 g，桑叶 9 g，牡丹皮 9 g，青风藤 6 g，鸡内金 6 g，荷叶 6 g。兰香叶又名九层塔、省头草，《本经逢原》指出其“专走气道，故能利水调肝和脾……散积久陈郁之气”，刘教授指出该药既能解表化湿，又可行气散瘀。此方以兰香叶、五指毛桃为“兰”药，较佩兰、香薷之力薄，喜用兰香鲜叶取清和气性，更能透散陈气余邪、扶正脾胃，配五指毛桃养阴利湿、舒活筋脉，合黄芪、木香疏补元气以推陈出新，共为君药。山萸萸、何首乌益精养血，南沙参生津化痰以缓补气阴之虚，制陈皮行气燥湿，车前草清热利水，川芎活血通脉防止陈气之浊、热、瘀复起，诸药共用为臣。同时刘教授用天麻通络止眩，根据肢麻、头眩等诸症轻重可增至 15~18 g；临证亦用桑叶、牡丹皮分走气营、轻清宣窍以止眩；再予小量青风藤借风药之性通行经脉，鸡内金甘平扶脾、化精消食，荷叶升举清阳，共为佐使。

若虚烦低热者可加青蒿或地骨皮清虚火；怔忡汗多者加莲子心、浮小麦清心敛津；面色少华、肌肤不仁或女性月经失调者加当归、鸡血藤合小量刺蒺藜（6 g）养血生脉；腹胀喜温、便溏稀者加诃子肉、肉豆蔻合砂仁温中止泻。刘教授还强调，临证若正虚、余邪并重，可单予育精化陈汤服用或与流气运浊汤早晚分服；若正虚不耐补或余邪较著，则可采用流气运浊汤、育精化陈汤隔日交替服用之法。

3.2 进展期苦辛泄痰，甘寒化津，分消湿热

ORH 进展期由于陈气累积，继发形成痰湿、火热等“邪实”与津伤之“正虚”状态并存。临床多见于长期嗜好烟酒或高脂、高蛋白饮食者，常表现为周身肥硕、肌肉坚实、肌肤致密或糙厚；伴血压反复升高、头沉胀如裹或跳痛如裂、目干痛眵多、胸中憋闷或有烧灼感、烦躁气粗、常口中发甜腻或干苦、多食易饥、暖气吞酸、易疲惫、肢重酸胀或汗出淋漓、手足烘热，夜眠鼾鸣多梦、大便溏黏后重或密结、小便黄浊；舌边尖红或绛、苔白黄厚糙或腻、裂纹显著，脉象多浮取滑数或稍促、沉

取多弦实。

该阶段患者病机复杂，单予辛温燥湿、淡渗利水等法均难获显效，更易助长痰火胶结、耗伤阴津，故治疗当以苦辛泄痰、甘寒化津并举，兼予分消湿热。临证常予加味二陈汤合甘露饮加减，组成：藿香 12 g，豆蔻 9 g，橘红 15 g，胆南星 9 g，石斛 9~15 g，生地黄 9 g，天花粉 12 g，竹茹 9 g，炒栀子 9 g，炒黄芩 6 g，绵茵陈 12~15 g，滑石 15~18 g，地龙 9 g，钩藤 9 g，姜半夏 6 g，醋香附 12 g，苏梗 6 g，川牛膝 6 g。此方以藿香、豆蔻为“兰”药化湿行气，较佩兰、香薷之力宏，配合橘红、胆南星泄痰开结，四者共为君药。痰气陈邪久伫、蕴热难化，徒用辛燥之品易增剧病势，故予石斛、生地黄养阴生津，助气液通行、润化胶黏陈郁之膏脂痰邪，石斛用量可视舌苔润燥程度增至 15 g，合天花粉、竹茹增强清气化痰止渴之力，俱为臣药；而陈气之邪松动欲行，必急以分泄，故用炒栀子、炒黄芩直折火气，绵茵陈、滑石清热利湿，亦用为臣。刘教授在此病期还用地龙咸以软痰坚、通脉络，合钩藤抑气清热，可速解头目、心神诸症之急，以求短期内有效降压、稳压目的；再兼姜半夏、醋香附、苏梗增强化痰行气宽中之力，川牛膝活血行经、助气津疏导，用为佐使。

若小便黄浊频数、伴口腻生疮者，加赤小豆、灯心草清火利水；头目疼痛伴便秘、后重尤甚而胸灼气促者，加淡豆豉、决明子或玄明粉宣上清下泻滞；肢体困重僵硬、肌肤扪热垢腻者，加秦艽、薄荷合薏苡仁胜湿宣窍、通经除痹；夜间呼吸暂停明显、鼾鸣如雷伴咳吐涎唾者，加旋覆花、枇杷叶宣肃肺中痰气；烦躁梦魇者则加珍珠母、远志定心安神；喜好肥腻、饱食无度者，予焦山楂、焦槟榔消食导滞；嗜酒酿热者则加生姜皮、枳椇子散其酒积。

3.3 加重期寒湿并进，润阴和血，逐瘀清脉

陈气内伏化瘀、长期侵蚀血分脉络是导致病情反复加剧、预后恶化的主要环节。临床患者多合并代谢综合征、动脉粥样硬化、心室肥大或脑、肾动脉狭窄等多种病理性损伤，且病情持续加重。常表现为形体肥胖、按之坚韧，肌肤甲错暗淡或萎黄，伴持续性血压高、头刺痛如蚁行、目眩黑朦或视物不清，或胸胁绞痛气急、易惊悸健忘，肢末麻木欠温或关节掣痛、步履不便，或下肢、眼睑肿胀，半身汗出，或口咽干燥，牙龈出血，大便干结或细黏难排，小便频短伴泡沫；舌多暗红胖有瘀点或边稍齿痕、苔白或黄干或厚，舌下络瘀粗紫且分支多或

伴细小出血点，脉多沉虚芤涩或结代、不及本位。

该阶段以陈气伏脉而具有“瘀”邪特性，应以寒温并进、润阴和血、逐瘀清脉为策略。临证常予自拟推陈散瘀汤加减，组成：泽兰 15 g，土茵陈 15 g，鬼箭羽 9 g，鬼针草 12 g，炒白芍 6 g，桑椹 9 g，麦冬 12 g，建兰叶 12 g，丹参 12 g，葛根 12 g，佛手 12 g，薤白 12 g，白术 9 g，芡实 12 g，太子参 6 g，山楂 6 g，菊花 15~20 g，石菖蒲 9~12 g。泽兰味苦辛而性温，《本草汇言》言其“推陈致新，不伤元气”，刘教授指出该药主入营分，以苦温气性专破宿血、消癥积，兼辛甘之味快气疏利，属于涤荡脉络陈瘀之要药；土茵陈味苦辛而性凉，《本草图经》载“解伤寒发汗，行肢节滞气，化痰利膈，治劳倦最要”，刘教授认为该药秉芳香之味行气利湿，又可清暑宣表，乃凭借辛凉之性外透秽浊，亦属于“兰”性之品。此方以泽兰、土茵陈为“兰”药寒温相合、分治痰瘀，较藿香、豆蔻之力专；合鬼箭羽逐瘀通脉、鬼针草除湿解毒，共为君药。陈气结瘀、伏脉日久，营阴必遭亏耗，纯予攻邪恐难起沉疴，故予桑椹、炒白芍、麦冬滋阴润燥，合建兰叶生津和营、顺气舒经、复生新血，兼丹参、葛根养血荣脉、引津活络，诸药共用为臣。瘀行脉畅亦赖气疏，故辅用佛手、薤白行气散结；而临证病杂、药性峻猛恐再伤化源，又兼白术、芡实健脾固精，太子参清养气阴；合小量山楂健胃消积，诸药共为佐使。刘教授在此病期还用菊花平肝清气，有助于引经行血以定眩止痛，合石菖蒲化湿豁窍、宣举气机可避免药性趋下。

若头眩刺痛、肢麻胸痹尤甚者可更予徐长卿、僵蚕、蜈蚣急以搜邪开闭；影像学检查提示显著动脉斑块或溃疡等“蚀脉”征象者则予绞股蓝、毛冬青解毒活血；小便沫多者加莲子、萆薢、炒黄柏甘苦固肾；常有牙龈或其他部位出血者暂予仙鹤草、墨旱莲合大量白茅根 30~50 g 益阴涩血；惊悸不寐而健忘尤甚者则加琥珀、炒酸枣仁养心镇惊。刘教授还强调，该期证机混杂、正气易衰，临证可在辨明病邪性质和虚实偏颇程度后与前期诸方药合并或交替使用、灵活取舍，力求中病即止、频攻缓补以达长效。

4 验案举隅

患者，男，40 岁，2024 年 5 月 7 日初诊。主诉：肥胖伴间断眩晕头痛 4 年余，加重 3 个月。患者素体健硕，平日应酬多，易忧虑急躁，嗜好烟酒及

高热量食物。四年前因工作强度增大后体重上升,不规律出现头晕恍惚、偏头痛,伴胸胁胀闷、多食易饥、暖气呕恶、大便溏结不调,凡遇情绪不畅或饱食后加重,血压波动于 130~140/80~90 mmHg。近 3 个月熬夜、暴食饮酒后频发头痛黑朦,血压增至 140~150/90~100 mmHg,间断口服吲达帕胺、依那普利等降压药效果一般。刻下症见:持续性眩晕、头目胀痛沉困,伴胸憋刺痛、心慌烦躁、喘促热气,肢体皮肉紧实、扪热,关节僵胀,口鼻干黏发苦、饮水不解,夜眠梦多伴鼾鸣,纳差,自诉大便黏滞重、量少、一日五六行、矢气少,小便赤瘦泡沫;舌胖暗边红,苔白黄厚、燥腻、横裂纹多,舌下络脉瘀紫,脉弦滑稍促,左寸短关浮、右关沉,重按时有迟涩感。血压 160/110 mmHg,体重 93 kg,身高 1.75 m, BMI 30.36 kg/m²。检查:总胆固醇 7.61 mmol/L,甘油三酯 3.4 mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇 0.52 mmol/L,尿酸 538 μmol/L,同型半胱氨酸 16.1 μmol/L,尿微量白蛋白 80 mg/24 h;颈部彩超:两侧颈动脉内中膜增厚,左侧颈动脉斑块 10.6 mm × 3.7 mm;腹部彩超:轻度脂肪肝,肝囊肿。西医诊断:肥胖相关性高血压,中医诊断:肥胖,眩晕(陈气病,浊瘀内阻、痰热津亏证)。治以逐瘀清脉、兼化痰热,予自拟推陈散瘀汤加减。处方:泽兰 15 g,土茵陈 15 g,鬼箭羽 9 g,鬼针草 9 g,石斛 9 g,麦冬 12 g,竹茹 12 g,法半夏 9 g,炒黄芩 9 g,丹参 12 g,地龙 9 g,佛手 12 g,薤白 12 g,菊花 12 g,秦艽 9 g,枇杷叶 9 g,山楂 15 g,白术 6 g,甘草 6 g。7 剂,每日 1 剂,水煎,早晚饭后小量频服。嘱按时起居、畅情志,坚持进行八段锦和跑步等有氧运动,逐步减重,忌烟酒油腻。

2024 年 5 月 14 日二诊:头晕、胸憋刺痛、心慌烦躁、喘促、肌肤扪热、关节僵胀等症有所缓解;现仍觉昏沉,头两侧、巅顶胀痛,咳痰黄稠,口黏干苦,鼾鸣稍减,纳少,大便溏黏量增多、日四五行、矢气增多,小便泡沫稍减;舌下络脉稍改善,脉同上。血压 152/100 mmHg,体重 92.5 kg, BMI 30.20 kg/m²。予初诊方去鬼针草加胆南星 9 g、石菖蒲 9 g,鬼箭羽增至 12 g,丹参增至 15 g,枇杷叶增至 12 g。10 剂,每日 1 剂,煎服法同前。

2024 年 5 月 28 日三诊:诸症明显改善,精神转好,现仍头眩重、时有跳痛感,伴胸闷气促,口干黏喜饮,痰白黄多、饭后明显,四肢酸,手足心热汗出,夜眠、大便同前,小便黄浊稍泡沫;舌胖

稍暗、尖红,苔白腻稍厚、中部夹黄干伴裂纹,舌下络脉细紫,脉弦动、重按稍涩。血压 144/94 mmHg,体重 91.9 kg, BMI 30.01 kg/m²。此诊瘀邪征象缓解,辨证为痰热伤津、浊气内结。治以化痰泄湿、清热生津、兼行气和血,予加味二陈汤合甘露饮加减。处方:藿香 12 g,豆蔻 9 g,橘红 15 g,胆南星 9 g,石斛 12 g,生地黄 9 g,天花粉 15 g,竹茹 9 g,炒栀子 9 g,绵茵陈 15 g,滑石 15 g,地龙 9 g,钩藤 9 g,姜半夏 9 g,醋香附 12 g,丹参 12 g,紫苏梗 6 g,川牛膝 6 g,焦神曲 12 g。14 剂,每日 1 剂,煎法同前,早晚饭后各一服。嘱坚持减重饮食、足量饮水。

2024 年 6 月 11 日四诊:患者头重、跳痛大为改善,自觉服药后精神较前清利,大便溏泄、日二三行、便后身轻而知饥欲食,肢体肌肤较前松软,肢酸、口黏痰多、手足心热汗出、小便泡沫明显缓解;现时有头胀、项僵、胸闷气短虚烦,肢末胀麻、稍无力,痰白偶黄,纳一般、饭后脘腹痞满,夜梦减少、时有鼾鸣,大便溏泄、日五六行,小便黄稍混浊;舌胖淡红稍暗、苔白稍腻、中部稍厚伴裂纹,舌下络脉细青,脉弦稍滑、两关浮,按之稍弱。血压 138/85 mmHg,体重 91.9 kg, BMI 30.01 kg/m²。此诊“陈气”痰热象改善,辨证为三焦气机不和、痰热湿浊余存,先予三诊方减橘红用量至 12 g、胆南星用量至 6 g,续服 5 剂;后治以行气化滞、运精透浊,予自拟流气运浊汤加减。处方:佩兰 12 g,香薷 6 g,青皮 6 g,大腹皮 9 g,橘红 9 g,厚朴 9 g,胆南星 6 g,连翘 9 g,茯苓 12 g,莪术 6 g,鸡血藤 6 g,泽泻 12 g,罗布麻叶 12 g,玉米须 9 g,生麦芽 15 g,玉竹 12 g,太子参 9 g,甘草 6 g。14 剂,每日 1 剂,煎服法同前。嘱适当增加运动量、提高减重效率。

2024 年 7 月 9 日五诊:患者服上方后停药 1 周余,诉前症均减。现时有头目不清利伴前额及两侧隐痛,偶觉怔忡虚烦、胸闷喜深呼吸、注意力不集中,活动后易大汗出,肢软、稍无力,口干、痰偶白黏,纳尚可、饭后稍腹满暖气,夜梦多改善伴浅鼾,大便软尚成形、偶溏黏、日一二行,小便稍黄;舌淡红胖边稍齿痕、苔白薄腻,舌下络脉细青,脉细稍数,两关虚弦、两尺弱、左寸短。血压于 125~135/80~90 mmHg 波动,体重 89 kg, BMI 29.06 kg/m²。此诊“陈气”诸邪基本清除,辨证为元气虚滞、津血不足,治以益气透浊、养津和血、运精扶正,予自拟育精化陈汤加减。处方:鲜兰香

叶 15 g, 五指毛桃 12 g, 黄芪 12 g, 木香 9 g, 山萸肉 9 g, 制何首乌 9 g, 南沙参 15 g, 制陈皮 12 g, 车前草 12 g, 川芎 12 g, 天麻 12 g, 桑叶 12 g, 牡丹皮 9 g, 青风藤 6 g, 鸡内金 9 g, 浮小麦 20 g, 诃子肉 9 g, 炒酸枣仁 18 g。21 剂, 每日 1 剂, 煎法同前, 早上、下午空腹各一服。嘱忌烟酒、节饮食, 坚持减重、勿劳累。此诊服药结束后, 采用先服流气运浊汤或加味二陈汤合甘露饮, 后服育精化陈汤各日 1 剂为基础的交替服药法, 每 2 或 3 周复诊 1 次、视病情相机调整。

2025 年 2 月 25 日复诊随访: 患者血压 127/84 mmHg, 体重减至 77 kg, BMI 25.14 kg/m², 总胆固醇 5.7 mmol/L, 甘油三酯 2.24 mmol/L, 高密度脂蛋白胆固醇 2.10 mmol/L, 尿酸 431 μmol/L, 同型半胱氨酸 12.18 μmol/L, 尿微量白蛋白 29 mg/24 h; 颈部彩超: 左侧颈动脉内中膜增厚; 腹部彩超: 肝囊肿。患者病情平稳, 血压控制平稳, 但体重仍在超重范围, 嘱继续坚持减重、循序渐调。

按语: 患者为中年男性, 平素情绪、饮食习惯不良致脏腑代谢失常, 陈气衍化、囤积于周身膜腠络。短期内压力、暴食饮酒等因素诱导气血逆乱, 所蕴痰、热、瘀邪流窜壅塞, 发作诸症。初诊结合舌脉症, 可见陈气积蓄日久、气痰热搏结耗津, 但表现出瘀结迫及血脉征象为急, 故用推陈散瘀汤为主方以逐瘀清脉, 兼用法半夏、炒黄芩、竹茹、石斛等清热化痰、利浊生津, 并辅助佛手、枇杷叶疏理气机、兼化痰热, 秦艽、地龙表里并行以通其经脉。二诊血脉瘀结有所缓解、痰热邪积有所动摇, 故头晕、胸痛、心慌喘促、肌肤关节不适等症有所改善, 而出现咳痰、大便矢气增多等症, 故减去鬼针草, 增加鬼箭羽、丹参剂量推荡瘀邪, 增加胆南星、石菖蒲、枇杷叶剂量, 加强清化痰热之力。三诊瘀结缓解而病势渐退, 故前症均有改善, 结合头眩重跳痛伴胸闷、口干、痰多、手足汗出等症和舌脉可知病退为痰热、津伤状态, 故用加味二陈汤合甘露饮泄痰清热化津, 加用丹参与川牛膝配伍防止“瘀”复, 加神曲消食化积、增强药力。四诊痰热大部得解, 故觉精神清利、身轻欲食, 此时头胀、气短、肢麻、便溏等症及舌脉提示病因久病攻伐, 转变为气机不和、余邪留恋而兼虚, 故先用上方巩固, 再用流气运浊汤通利三焦脉络, 仍加少量胆南星、橘红防止“痰”复, 兼太子参、生麦芽等扶正运精, 鸡血藤和营通经。五诊患者陈气诸邪明显消退, 三焦脉络逐渐通畅, 以脏腑内虚为突出

表现, 应扶正为主, 故用育精化陈汤和阳扶阴、清养三焦气血, 同时后期采用“先服流气运浊汤或加味二陈汤合甘露饮, 后服育精化陈汤”等交替服药法, 意在促进机体“启陈”功能恢复, 防止陈气复生、由气及血, 保证减重、降压长期增效。此案从“陈气内积”角度出发, 以“施以兰法”为指导, 各阶段辨证精准、补泻并用、取药灵活, 充分展示“兰除陈气”在中医临床中的应用优势。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会高血压学组. 肥胖相关性高血压管理的中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44(3): 212-219.
- [2] GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990—2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021[J]. Lancet, 2025, 405(10481): 813-838.
- [3] 成雪, 关方旭, 王惠君, 等. 1982—2015 年中国成年居民血压分布及高血压患病率变化趋势[J]. 卫生研究, 2025, 54(2): 181-187, 200.
- [4] ZHOU XD, CHEN QF, YANG W, et al. Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021[J]. EClinicalMedicine, 2024, 76: 102848. doi: 10.1016/j.eclinm. 2024. 102848.
- [5] AKYEA RK, NTAIOS G, DOEHNER W. Obesity, metabolic health and clinical outcomes after incident cardiovascular disease: a nationwide population-based cohort study[J]. J Cachexia Sarcopenia Muscle, 2023, 14(6): 2653-2662.
- [6] JONES DW, FERDINAND KC, TALER SJ, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on clinical practice guidelines[J]. Circulation. 2025, 152(11): e114-e218.
- [7] DREHER L, KYLIES D, DANSER AHJ, et al. Incretin-based therapies: a paradigm shift in blood pressure management?[J]. Hypertension, 2025, 82(7): 1167-1174.
- [8] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会, 等. 中国高血压防治指南(2024 年修订版)[J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(7): 603-700.
- [9] 北京中西医结合学会心血管内科专业委员会, 北京中西医结合学会神经内科专业委员会, 中国未来研究会未来

- 生物医学工程分会心肾代谢性疾病防治学组. 中国成年人肥胖症合并心脑血管疾病中西医结合管理专家共识[J]. 中国医师进修杂志, 2026, 49(1): 3-29.
- [10] 张白雪, 黑炫鼎, 李紫爽, 等. 陈气学说渊源及理论体系探讨[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(3): 1350-1352.
- [11] 王培基, 郭逸文, 王钊, 等. 叶天士除陈气法述要[J]. 浙江中医药大学学报, 2024, 48(7): 828-833.
- [12] 李莉, 晏军, 王世东, 等. 从吕仁和“陈气蕴毒化热”理论探讨糖尿病急性并发症[J]. 环球中医药, 2021, 14(8): 1458-1461.
- [13] 许圣楠, 查安生. 查安生基于“兰除陈气”理论治疗功能性胃肠病的经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(12): 1116-1118, 1122.
- [14] 远佳瑶, 符宇, 冯志海, 等. 基于“脾-陈气-脉积”探讨糖尿病早期动脉粥样硬化病因病机[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(8): 1210-1212, 1265.

LIU Zhiming's Clinical Experience in the Syndrome Differentiation and Treatment of Obesity-Related Hypertension Based on the Theory of "Eliminating Stale *Qi* with the Orchid Method"

CAI Yongyuan, YAN Zhaoqi, WANG Qiuming, GENG Jinzhu, REN Tiantian, CHEN Jiamei, LIU Ruxiu
Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053

ABSTRACT This paper summarizes Professor LIU Zhiming's clinical experience in the syndrome differentiation and treatment of obesity-related hypertension based on the theory of "eliminating stale *qi* with the orchid method". It is proposed that the internal accumulation of stale *qi* constitutes the essential pathogenesis of obesity-related hypertension. The initial triggering factors include failure of water essence to disperse, the generation of turbid *qi*, and stagnation of stale *qi* in the *sanjiao* (三焦). Key steps in disease progression involve obstruction by phlegm-dampness, the confluence of stale *qi*, and the accumulation of heat that consumes body fluids, while aggravation is mainly characterized by deficiency of nutritive *qi*, blood turbidity, transformation of stale *qi* into blood stasis, and erosion of the vessels and collaterals. In clinical practice, under the therapeutic principle of "applying the orchid method", a self-formulated *Liuqi Yunzhuo Decoction* (流气运浊汤) is used in the initial stage, a self-formulated *Yujing Huachen Decoction* (育精化陈汤) in the recovery stage, a modified *Erchen Decoction* (二陈汤) combined with *Ganlu Drink* (甘露饮) in the progressive stage, and a self-formulated *Tuichen Sanyu Decoction* (推陈散瘀汤), with modifications, in the aggravated stage.

Keywords obesity-related hypertension; eliminating stale *qi* with the orchid method; experience of famous doctors; LIU Zhiming

(收稿日期: 2025-08-20; 修回日期: 2025-11-30)

[编辑: 果 彤, 焦 爽]