

学术探讨

高血压病中医病机若干问题探讨

邓旭光*

摘要 以中医、中西医结合高血压病研究成果为基础,结合多年高血压病临床诊治体会,主要探讨高血压病的中医病名、病位及发病机理等问题。提出(1)中医无高血压病专门病名,为改变目前以症名代病名的局面,可吸收西医病名“高血压病”,作为中医病名;(2)中医的“脾”在高血压病的发生、发展中起着十分重要的作用,高血压病的病位初起在“肝”、“脾”,继而影响至“心”、“肾”;(3)气血运行失调,津液代谢障碍是高血压病病机中不可忽视的重要方面。高血压病的总病机应为:气血阴阳失调,津液代谢障碍。

主题词 高血压/中医病机

与中医消渴病(糖尿病)不同,中医学无有关高血压病的病名及集中系统的阐述。对于高血压病的诊治分别见于眩晕、头痛、心悸、肝阳等病证中。现代中医学家在中医治疗高血压病方面,较前人有较大的发展,但目前对高血压病的辨证论治是以中西医结合的二级诊断模式,疗效仍以高血压病某一阶段的对“症”治疗效果为主,远未到对“病”论治的深度^[1]。要推动中医高血压病诊治向纵深发展,就必须加强对高血压病中医病机的研究,从中医角度找出高血压病全过程的特征与规律等本质性东西,为中医治疗高血压新思路、新方法提供理论依据。本文拟对高血压病中医病机研究中的若干问题作初步探讨。

1 高血压病与眩晕

目前中医著作、教科书均将高血压归属于中医学“眩晕”范畴。笔者认为,这种提法易误导出以症代病的局面,不利于中医对高血压病认识的深化,不利于临床防治水平的提高。中医无高血压的专门病名,高血压病是西医的病名,而眩晕是中医的症名,中医内科也将其以症代病,作为病症名。虽然,眩晕是高血压病最常见的临床表现,在中医“眩晕”病症中包括高血压病某阶段的部分表现,但绝不能将眩晕这个中医的“症”作为高血压病的中医病名替代,进而宣称中医在古代对高血压病就已经有了较深入的认识。新近中医学术界提出要建立“病证症相结合的中医诊疗体系”,因为它能

全方位地反映中医的诊疗特征,并全面指导中医临床,提高诊疗水平^[2]。参照此学说,中医关于高血压病,有的是按头痛、眩晕、心悸等辨“症”论治或按肝阳上亢、阴虚阳亢、肝肾阴虚等辨“证”论治,而无辨“病”论治”。《中医临床诊疗术语》一书提出将眩晕分为风眩和虚眩,将风眩限指为高血压病,这较之原将高血压统属于眩晕有所进步,然而高血压的诊断是以血压升高达到一定水平为标准的,对于无症状或无眩晕的高血压病患者其中医病名如何选用是一个值得考虑的问题。随着时代的进步中医也要不断吸取当代相关学科特别是现代医学的成果和概念。中医也可以吸收西医学中高血压病这个通俗易懂、具群众基础的病名作为中医病名。而没有必要从医典中寻找旧名称。笔者认为,保持特色的关键是研究中医病因、病机、辨证论治和预后转归,建立高血压病完整的病证症相结合的中医诊疗体系,以指导中医临床高血压病的诊治。

2 肝与脾

在高血压病的发病中,中医以五脏为中心的理论,将高血压病的病位认定为肝。然而深入研究高血压病的发病,会发现中医的脾在高血压病发生、发展中也起着十分重要的作用,故认为高血压病的病位,初起在肝、脾,继而影响至心、肾,最终导致心、肝、脾、肾诸脏俱损。

2.1 现代中医关于脾虚升压的理论

中医认为脾主运化,具有把水谷化为精微,并将其运输布散于周身的生理功能,而气血乃水谷精微所化生,故脾胃为气血化生之源。脾胃功能受损,气虚无力运血致气虚血瘀,血阻气滞,可致血压升高;脾虚水液不运,痰饮内停,痰浊中阻,则清阳不升,浊阴不降,使阴阳气血紊乱,血压升高或痰湿郁久化热,痰热中阻,上蒙清窍,脑络血脉阻塞也可致血压升高^[3]。

2.2 现代医学关于高血压病的发病学说

在病因方面,现代医学从流行病学结合实验的研究中已发现多种使血压升高的因素。其中超重或肥胖是原发性高血压独立的危险因素。无论是工业发达国家还是发展中国家,无论是高血压人群还是血压正常人群,也无论成年人还是青少年,动脉血压与其相对体

* 深圳市红十字会医院,广东省深圳市笋岗西路(518031)

收稿日期:2000-03-15

重存在明显的正相关。中国医学科学院对我国 10 组人群的对比研究表明,在影响高血压患病率的诸因素中,体重是最为稳定的危险因素^[47]。对于肥胖,中医素有“肥人多痰”之说,因“脾为生痰之源”,故中医认为肥胖的主要病位在脾与肌肉,它以脾气虚为本,以痰湿偏盛为标^[48]。

在发病机理方面,西医认为,排钠障碍是高血压一重要发病机理,血压升高关键在于高血压患者有水钠潴留倾向,它造成细胞外容量增加,通过全身血流自身调节机制导致总外周阻力增高而引起血压升高^[6]。关于水液在人体内的代谢过程,中医学有其独特的理论,《素问·经脉别论》说:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五精并行”。由此可见脾在津液的形成、输布与排泄过程中起着重要作用,若脾虚不能健运,则水湿不化,水液停留而成致病之邪气,可导致腹泻、水肿、痰饮、眩晕等病证,故《内经》云:“诸湿肿满皆属于脾”,反之,若津液内停,水湿不化,使脾运化水湿的功能障碍,湿困脾虚。当然,在整个水液代谢中还有肾和肺的参与,但脾在其中起着枢纽的作用。

2.3 从脾胃论治高血压的趋势

近年来,从脾胃论治高血压的报道逐渐增多。有针刺足阳明胃经足三里穴治疗高血压。从脾胃着手辨治的有燥湿化痰,健脾和中;清热化痰,运脾和胃;健脾益气;温中健脾等^[3]。从脾胃与其他脏腑结合辨治的有调肝健脾补肾^[7];抑木扶土^[8]等等。笔者用健脾利水降压方作基础方治疗早期高血压病,总有效率为 79%。如分别配合使用钙拮抗剂,转换酶抑制剂或 β 受体阻滞剂,则疗效高于上述西药单独运用。同时,临床观察发现,健脾利水降压方无利尿降压西药的诸如低钾、影响血脂等副作用。

3 阴阳失调与气血阴阳失调、津液代谢障碍

关于高血压病的中医病机,虽是中医与中西医结合工作者共同探索的热点,但迄今尚无公认完整的理论,近 20 年来“阴阳平衡失调”学说似占主导地位,该理论认为:“高血压是由于七情所伤,饮食失节,内伤虚损,引起阴阳平衡失调,病损的脏器主要在肝、肾及心。主要病机有肝阳上亢;肝肾阴虚;阴虚阳亢;心阴虚;阴阳两虚等^[9]。”它对于指导中医、中西医结合临床诊治和科研也曾起着重要指导作用,但随着临床不断实践,有关高血压病中医和中西医结合研究的进一步深入,以及将高血压病与其密切相关的疾病胸痹心痛、消渴、中风等联系起来考察,就会发现“阴阳平衡失调”学说尚须进一步完善,以便更好地指导临床和科研实践。为

此,我们提出,气血阴阳失调、津液代谢障碍是高血压病总的病机这一假说。

3.1 传统中医理论

传统中医理论认为,气血阴阳、津液在人体是互相联系、相互影响的,而五脏的功能在其中处于中心的地位。肝主疏泄,其一是调畅气机,肝喜条达恶抑郁,其气主升主动,故对人体气的疏通,畅达起重要的促进作用,调畅气机,使气的运行通利,气行则血行,气行则水行,如疏泄不及,气郁日久及血可致血瘀;气滞则水行必不利,可致水湿潴留,如疏泄太过,亢奋逆上可致肝阳上亢。其二是促进脾胃的消化功能,若肝病横逆克犯脾胃,则可致脾不能升清,胃不能降浊,出现眩晕、头痛等症。其三是调畅情志,若肝气郁结或升发太过,均可导致异常的情绪变化,而异常的精神刺激又可导致肝的疏泄功能失常。脾主运化,包括运化水谷精微和水液,故有“脾胃为气血生化之源”,“诸湿肿满皆属于脾”,“脾为生痰之源”之说。脾虚则气虚,气能行血,气虚则血行无力,致气虚血瘀。脾虚水湿不运,湿聚成痰,痰浊中阻或阻滞经脉,均可致眩晕、头痛、血压升高。

综上所述,我们认为,情志失调伤肝;饮食失节、过劳或过逸伤脾是高血压病病机的起点。前者致肝郁气滞,继而肝郁化火致肝火上炎或肝阳上亢,进一步发展致阴虚阳亢,肝肾阴虚,最终阴损及阳致阴阳两虚;气滞还可致血瘀,饮停。后者脾虚失运致气虚,痰湿中阻或阻络,气虚也可致血瘀,瘀血与痰浊交结,阻滞心脉可致胸痹心痛,肝阳化风,挟痰瘀上逆阻脑络则致中风。要防止高血压病发展或并发消渴、胸痹心痛和中风。除了注意阴阳平衡之外还要注意调理气血、津液的代谢,特别要防止痰瘀互结,此两者既是脏腑功能虚损的病理产物,又是高血压病进一步发展的新的病因。

3.2 中西医结合研究成果

高血压病常伴有高脂血症、高粘血症,它们在高血压病的发病、心脑血管并发症的发生中起着促进作用^[9]。有研究认为,血液流变学异常和微循环障碍,血管内皮细胞损伤,血小板功能异常,红细胞变形力减弱,是高血压病血瘀证的病理基础,为治疗高血压病血管并发症提供了理论依据^[10]。另一研究提出,血脂代谢紊乱,纤维蛋白原、尿酸升高是痰浊证的代谢特征^[11]。也有研究指出,脾虚失运,肾精亏虚是形成高脂血症的主要内因;嗜好膏粱厚味是促成高脂血症的重要外因;津液失调,停留成饮,凝聚成痰,痰浊内聚,酿为脂膏,注入血脉是高脂血症的关键病机;痰瘀互结,沉积血府,脉道失柔是高脂血症演变为心脑血管疾患的必然转归;痰瘀互结,沉积血府,痹阻心脉,不通则

痛,即可产生胸痹心痛等一系列证候。这与血脂增高,易致冠状动脉粥样硬化,心肌缺血缺氧而致心绞痛非常吻合;痰瘀脂浊沉积血府,血液受阻,可致血压升高。合肝阳上亢则表现为头胀眩晕、性急易怒等症状^[12]。中药三七治疗高粘血症能有效降低血液流变学参数中的红细胞聚集指数,血浆粘度,纤维蛋白原含量^[13]。复方丹参注射液对原发性高血压患者血浆中血管活性物质内皮素和降钙素基因相关肽的影响,降低血压^[14]以及补肾活血化痰法治疗高脂血症的研究^[15]均反证上述理论的可靠性。

3.3 高血压病中医治法的发展

以往受“阴阳失调学说”的影响,对高血压病的治疗多局限在平肝潜阳、滋补肝肾或阴阳双补。随着对高血压病认识的深入,人们开始从调节气血和津液代谢着手,在实践中创造了许多行之有效的治法,主要可归纳为疏其血气和通调水道两大法则。高血压患者常伴有高脂血症,血液粘稠度增高,外周血管阻力增大,粥样动脉硬化,小血管长期挛缩,管腔狭窄,血管受阻,运行不畅,致脑、心、肾供血不足而出现并发症。疏其血气使血在脉中周流不息是防止高血压并发症的必要措施。“气为血帅”,高血压病为本虚标实,其发生的血瘀之证多为气虚失运而致,故益气活血是疏其血气的主要方法,此外理气化痰也是重要的方法;钠潴留可引起周围小血管痉挛,阻力增加,循环血容量增加而使血压上升。高血压病患者多嗜酒肥甘,伤于脾胃,健运失司,致水谷不化精微,聚湿生痰。“无痰不作眩”。痰湿也是高血压发病重要病机之一。受现代医学利尿剂治疗高血压的启示,“通调水道,健脾渗湿化痰”已发展成中医治疗高血压病的有效方法。它可以避免西药某些利尿剂引起脂类代谢、糖代谢及电解质紊乱的副作用^[16]。

从新近的报道看,高血压气失失调涉及的主要证型有:湿滞血瘀、阳亢血瘀、肾虚血瘀和气虚(心气虚)血瘀等,具体治法分别是利湿活血、平肝活血、补肾活血和益气活血;而针对津液代谢障碍的具体治法有温阳利水、平肝活血利水、泻下利水;育阴潜阳或助阳,健脾化湿法^[17~20]。有研究表明,针对气血津液代谢障碍,活血祛痰法能显著降低血压,减轻心脏负荷,改善心功能以及血液流变学从而起到减轻左心室肥厚的作用^[21]。

参考文献

- 1 孔炳耀. 气血理论在高血压病研究中的应用. 中国中医基础医学杂志, 1998, 4(9): 52-54.
- 2 朱文锋, 刘莺. 病证症相结合的中医诊疗体系. 北京中医药大学学报, 1999, 22(6): 2-4.
- 3 祝建华. 从脾胃论治高血压病 56 例. 四川中医, 1997, 15(1): 26-

27.

- 4 刘治全, 牟建军. 高血压病诊断治疗学. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1998: 16.
- 5 王永炎. 中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 337-342.
- 6 陈敏章. 中华内科学. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1936-1953.
- 7 邵树滋. 调肝健脾补肾治疗老年高血压病. 中医杂志, 1993, (8): 496.
- 8 陈宏霞. 抑木扶土法治疗老年性高血压病 60 例. 山西中医, 1997, 13(4): 12.
- 9 邓旭光. 高血压病中西医结合临床诊治的思路与方法. 中医杂志, 2000, 40(2): 113-115.
- 10 李运伦, 曲政军. 高血压病从瘀论治刍议. 中医研究, 1997, 10(6): 8-9.
- 11 孙刚, 李晓玲. 痰浊证型患者糖、脂等代谢指标检测及其临床意义. 贵阳中医学院学报, 1997, 19(3): 59.
- 12 柴瑞霞. 高脂血症的病因病机与治法初探. 山西中医, 1997, 13(2): 48-49.
- 13 潘丽华, 袁瑾, 丁伟, 等. 生三七粉对老年人血液流变学的影响. 临床荟萃, 1999, 14(8): 365.
- 14 吴玉生, 高秀芬, 杨剑辉, 等. 复方丹参注射液对原发性高血压患者血浆内皮素和降钙素基因相关肽的影响. 中西医结合实用临床急救, 1998, 5(2): 69.
- 15 徐小周, 熊上中. 补肾活血化痰法治疗老年高脂血症 65 例. 实用中医内科杂志, 1999, 13(1): 18.
- 16 张培英. 原发性高血压辨治探要. 山东中医杂志, 1999, 18(11): 483-484.
- 17 陈浩. 温阳利水法治疗高血压病 48 例. 陕西中医, 1994, 15(9): 392.
- 18 曲政军, 郭黎明. 补肾温阳利水法治疗老年人高血压 45 例. 山东中医杂志, 1997, 16(9): 395-396.
- 19 黄江波. 平肝活血利水法治疗原发性高血压病 42 例总结. 湖南中医杂志, 1996, 12(6): 3-4.
- 20 张治愈, 杨秀坤, 杨之松. 轻剂泻下利水法治疗高血压病 138 例临床观察. 中医药研究, 1996, (5): 42-43.
- 21 严灿, 高敏, 邓中炎, 等. 高血压病左心室肥厚患者血浆 P 物质水平的变化及活血祛痰治法的影响. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(6): 336-338.

新世纪专科特色疗法发展趋势 学术研讨会征文

南京聚杰医药信息科技中心定于 2001 年 10 月在上海召开“新世纪专科特色疗法发展趋势学术研讨会”, 征文如下。征文内容: 新世纪专科特色疗法的发展热点、推动专科特色疗法发展的新思路; 专科特色疗法理论探讨、医史文献研究; 专科特色疗法临床诊治单方、验方、针灸、外治法、特色技术的发掘与整理; 有关专科特色临床诊治新进展、新技术、新方法、新成果、新仪器的概况, 动态和应用。征稿要求: 稿件必须未公开发表, 字数在 3000 字以内, 每篇论文需附寄评审费 30 元。来稿一经录用, 作者即成为本科技中心学术部成员, 并颁发聘书, 收入大会论文集并汇编成《新世纪专科特色疗法临床研究进展》。

截稿日期: 2001 年 7 月 31 日, 来稿请寄江苏省南京市鼓楼邮局 271 信箱, 南京聚杰医药信息科技中心学术部收, 请在来稿上注明“特色疗法”字样, 邮编: 210008, 电话: (025) 8763137, 传真: (025) 8763209。