

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.07.006

思路与方法

“四型分类”辨治高血压病

杨映映^{1,2}, 李青伟¹, 魏秀秀^{1,2}, 高泽正², 全小林^{1*}

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053; 2. 北京中医药大学)

摘要 高血压病可归属于中医学“头痛”“眩晕”等范畴分证论治,但其作为一种慢性病,单纯分证论治不足以构建高血压病的中医理论体系。基于“分类-分期-分证”思想,根据实际门诊病历分析,初步构建高血压病“分类-分期”辨治方案,并结合“态靶因果”处方策略,总结水盛、火盛、寒凝、肾虚四类高血压病的病因病机、辨治要点,同时提出大柴胡汤、葛根汤、当归芍药散等调治高血压病患者内环境状态的“靶方”,以及夏枯草、茯苓、茺蔚子、牛膝、天麻、葛根等降血压“靶药”。

关键词 高血压病; 火盛; 水盛; 寒凝; 肾虚

高血压病是一种常见的心血管综合征,且 95% 以上为原发性高血压,其具体发病机制目前尚无统一认识^[1]。多数高血压病患者均合并有不同形式的代谢紊乱,单纯性高血压仅占 20% 左右^[2]。目前高血压已成为影响全球疾病的首要危险因素,据流行病学调查显示,2013 年我国 18 岁及以上居民的高血压患病率为 27.8%,约有 2.9 亿人,而当时我国高血压的人群知晓率仅为 31.9%,知晓人群的治疗率为 82.9%,而治疗人群的控制率仅为 34.6%。其同期控制率明显低于发达国家,如美国人群高血压的知晓率、治疗率及控制率分别为 82.7%、75.6%、51.8%^[3]。高血压病目前尚无根治之法,临床上主要以改善生活方式为基础,结合使用降血压药物进行控制,但存在副作用多、顺行性差等缺点^[4],因此,从传统医学中寻找防治高血压的策略和药物符合临床需求。

根据高血压病的临床表现将其归属于中医学“眩晕”“头痛”“脉胀”等范畴^[5-7]。中医学认为,高血压病的发生主要是由于饮食失常、精神紧张及年老体衰所致,病位在心、肝、脾、肾,诊治时需辨清虚实^[7-10]。一般而言,实则肝阳上亢,兼及痰浊瘀血,治以平肝潜阳,兼以祛痰通络;虚则多见肝肾阴虚,兼及心脾,治以滋补肝肾,兼以养血安神^[11]。《高血压中医诊疗指南》^[12]将其分为

肝火上炎、瘀血内阻、痰湿内阻、冲任失调、阴虚阳亢、气血两虚、肾精不足七个证型。临床以辨证论治为基础,运用以上方法治疗高血压病,一方面可改善患者的临床症状,提高患者的生存质量;另一方面可在一定程度上降低患者的血压值。但临证在运用中医药治疗高血压病时,并不能降低所有患者的血压值,更难以运用规范的随机对照试验验证其降血压效力,故中医药目前只能发挥辅助降血压的作用。

1 分类-分期-分证及“态靶因果”策略在高血压病辨治中的应用

1.1 分类

通过对门诊高血压病病历的分析,发现其中 90% 以上的患者其证候要素中均含有水、火、寒、虚这四要素中的一种或多种,因此,我们将高血压群体简要划分为水盛、火盛、寒凝、肾虚这四大类。

1.2 分期

结合中西医对高血压病的认识,可将其病程划分为:早期病气血,其病理特点为“气血乱”,治疗以调和气血为主;中期病脉络,其病理特点为“脉络硬”,治疗以软脉活血为主;晚期病脏腑,其病理特点为“脏腑损”,治疗以化瘀通络为主。调和气血注重上焦,可用丹参饮之属;软脉活血用三七、莪术、浙贝母之属,同时注重中焦气机的升降;化瘀软坚用黄芪、人参、水蛭、地龙之属,同

* 通讯作者: tongxiaolin@vip.163.com

时注重补养脾肾，加用淫羊藿、枸杞子之类^[3]。

1.3 “态靶因果”辨治方略

所谓“态”即指患者当时的内环境状态，也可称其为“整体证候特征”；“靶”是指在这一特定内环境状态下所滋生出的某一具体疾病、症状、异常指标。“态”“靶”结合即指在调整内环境的基础上，在不违背内环境调整的前提下，选择极具针对性的药物，治疗某病、某症、某一指标。“因”指通过当前的“态”推测其发生的原因，以达到审因以除因的目的。“果”指通过当前的“态”来推测其将来会出现的病理结果，提前预防，以达到“治未病”的目的^[4]。以水盛型高血压病为例，其“态”为“水湿内盛”，其“靶”为高血压这一疾病或血压升高这一指标。因此，利水除湿即为治疗该病的基本原则，在利水除湿的同时又能降血压的药物（通过现代药理研究来取证）则称之为“靶药”，比如茺蔚子。“血不利则为水”，通过活血以利水，即为“审因”；水湿久聚，瘀血内生，提前进行活血，即为“防果”。另外，对于“靶药”的使用还需结合“方药量效”的研究结果，如因病施量、因势施量、因证施量、因人施量、因方施量、因剂型施量、因药施量、因服药反应施量、因服药方法施量的药物用量等，根据患者病情的轻重、耐受能力的强弱等因素，扩大“靶药”的用量范围，有时需要“重剂起沉疴”，有时则需“四两拨千斤”。

2 “四型分类”高血压病辨治方案

2.1 火盛类

2.1.1 病因病机 或因七情郁结，致使肝胆内生郁热；或因嗜食肥甘厚味，恣情饮酒，致使脾土壅滞，内热中生。脾土久壅，肝木亦郁，郁久亦生内热。久而肝胆脾胃之热邪，散溢血脉之中，凭借火热发散动血之性，可导致血压的升高。热邪循经上扰，则可致头痛、眩晕等症的发生。

2.1.2 辨证要点 此类患者在血压升高的同时多伴有“四红二干”的临床表现，“四红”指面红、唇红、舌红、掌红，“二干”指便干、口干。体型多肥胖，且以实胖为主。常伴有急躁易怒、头晕头痛、胁痛口苦、舌红，苔黄或腻，脉弦数等肝火或胃火亢盛的表现。

2.1.3 靶方靶药 靶方：大黄黄连泻心汤、大柴胡汤。靶药：夏枯草 30 ~ 120 g、钩藤 15 ~ 30 g、黄芩 15 ~ 30 g 等。

2.1.4 验案举例

患者，男，64 岁，2012 年 10 月 8 日初诊。主诉：高血压病十余年，头晕加重 1 周。患高血压病十余年，血压常波动在 140 ~ 150/80 ~ 100 mmHg，长期服用北京降压 0 号、复方丹参片等控制血压，1 周前因与家人争吵出现头晕加重。刻下症见：头晕头胀，耳鸣，急躁易怒，口苦咽干，大便秘结、三日一行，小便黄，舌红、苔黄腻，脉弦数。血压 160/100 mmHg。西医诊断：高血压病；中医诊断：眩晕；证属肝郁化火，阳明腑实；治以疏肝泻火，消积通便。方用大柴胡汤加减，处方：北柴胡 9 g，黄芩 30 g，龙胆 9 g，夏枯草 30 g，钩藤 30 g（后下），清半夏 15 g，枳实 15 g，酒大黄 15 g，厚朴 15 g，白芍 12 g。7 剂，每日 1 剂，分 2 次温服。

2012 年 10 月 15 日二诊：头晕明显减轻，大便通畅，一日一行，血压降至 130/80 mmHg，耳鸣时作。上方去酒大黄，加磁石 30 g（先煎），每日 1 剂，分 2 次温服。连服 28 剂后头晕、耳鸣消失，血压降至正常范围。

按：该患者在血压升高的同时伴有头晕头胀、急躁易怒、口苦咽干、大便秘结等肝胃火盛的表现，结合舌脉，可知患者为“火盛”型高血压病^[5]。治疗以大柴胡汤纠正患者肝胃郁热、阳明腑实的“热态”内环境，同时重用夏枯草、钩藤、黄芩以清火降压。现代研究也表明，夏枯草提取物可通过降低血清中内皮素（ET）、血管紧张素 II（Ang II）含量和升高一氧化氮（NO）含量来发挥降血压作用^[6]；钩藤提取物可通过降低血清中 ET 含量和升高 NO 含量来发挥降血压效应^[7]。因此，通过 1 个多月的治疗，患者的“热态”内环境得以改善，血压降至正常范围，且头晕头胀、耳鸣、大便秘结等症也有明显缓解。

2.2 水盛类

2.2.1 病因病机 因久食寒凉，致使脾阳中伤，无力运化水湿；或因年老肾虚，肾中阳气匮乏，无力温阳化气，使肾失主水之职；或诸病久积，损伤肾脏，使肾主水不力；或因瘀血久结，脉络不畅，化血为水，即“血不利则为水”是也；或因肺气郁闭、三焦气机不畅，使得水道不能通调，水液下输不利。以上各因素久而皆可导致水湿内盛，水邪散溢血脉，使血容量增加而导致血压升高。

2.2.2 辨证要点 此类患者脉压差较小，体型多肥胖，且以虚胖为主（多为腹型肥胖），多见于中青年患者。常伴有下肢水肿，小便量减少，或少气

懒言、四肢困倦、大便溏薄、气急喘满，舌胖大、有齿痕，苔白或腻，脉沉弦或濡缓。如肝肾亏虚老年人出现水盛状态，收缩压亦会明显升高，而表现为脉压差较大，此时可两法合用。

2.2.3 靶方靶药 靶方：当归芍药散、五苓散、真武汤。靶药：茯苓 60 ~ 240 g、泽泻 15 ~ 30 g、羌活 15 ~ 45 g（脉压差小之靶药）等。

2.2.4 验案举例

患者，男，60 岁，2017 年 11 月 6 日初诊。主诉：血糖升高 10 年。患者 10 年前体检时发现血糖升高，未予重视及规范治疗，2017 年 4 月因“双下肢重度水肿”入院，进一步检查诊断为 2 型糖尿病、糖尿病肾病、慢性肾小球肾炎、IgA 肾病、高血压病 3 级（极高危）。刻下症：时有小便失禁，双下肢水肿，双目干涩，疲乏无力，纳可，眠差，大便可，小便泡沫多，夜尿 3 或 4 次，舌胖大、有齿痕、苔淡黄腻、舌底瘀滞，脉沉数。现用药：硝苯地平控释片 30 mg、每日 1 次口服，盐酸二甲双胍片每次 500 mg、每日 3 次口服，螺内酯片 20 mg、每日 1 次口服，生物合成人胰岛素注射液早、中、晚分别 10U、10U、12U 皮下注射。辅助检查：体重指数（BMI）28.54 kg/m²，血压 140/100 mmHg，糖化血红蛋白（HbA1c）7.2%，空腹血糖（GLU）11.75 mmol/L，24h 尿蛋白定量（24h Pro）2.29 g/L，丙氨酸氨基转移酶（ALT）36 U/L，门冬氨酸氨基转移酶（AST）27 U/L，尿素氮（BUN）6.75 mmol/L，血肌酐（Cr）79 μmol/L，甘油三酯（TG）0.82 mmol/L，胆固醇（CHO）4.78 mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）2.98 mmol/L，高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）1.36 mmol/L，尿潜血（+ -）。西医诊断：2 型糖尿病、糖尿病肾病、慢性肾小球肾炎、IgA 肾病、高血压病 3 级（极高危）。中医诊断：消渴、水肿，证属气虚水停，脾肾两亏；治以益气行水，补肾健脾。处方：黄芪 45 g，茯苓 120 g，羌活 30 g，地龙 30 g，穿山龙 15 g，水蛭粉 4.5 g（分冲），蛇床子 15 g，淫羊藿 15 g，枸杞子 15 g，陈皮 15 g，砂仁 6 g，生姜 15 g。水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。

2018 年 1 月 29 日二诊：共服上方 3 个月，双下肢水肿减轻，双目仍干涩，小便失禁感同前，纳可，眠差，大便可，小便频数，夜尿三四次。现用药同前。辅助检查：血压 128/80 mmHg，BMI 28.54 kg/m²，HbA1c 7.9%，GLU 9.47 mmol/L，

24h Pro 1.98 g/L，ALT 22 U/L，AST 19 U/L，Cr 67 μmol/L，尿酸（UA）274 μmol/L，TG 1.93 mmol/L，CHO 4.08 mmol/L，LDL-C 2.68 mmol/L，HDL-C 1.0 mmol/L。舌胖大、苔淡黄腻、舌底瘀滞，脉沉、重按无力。处方：黄芪 30 g，茯苓 240 g，羌活 30 g，地龙 30 g，穿山龙 30 g，水蛭粉 6 g（分冲），蛇床子 15 g，淫羊藿 15 g，枸杞子 15 g，陈皮 15 g，砂仁 6 g，生姜 15 g，大腹皮 15 g，龙胆 9 g，知母 30 g。水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。上方服用至 2018 年 4 月 2 日复诊时，患者血压为 129/73 mmHg，诸症缓解。继续以上方加减巩固治疗至 2018 年 8 月，患者血压平稳。

按：该患者由于多种原因导致肾脏损伤，致使肾失主水之职，小便排出不畅，水邪久积，散溢血脉。结合下肢水肿、小便不畅等症及舌脉，可知该患者属“水盛”型高血压病。在血压升高的同时，患者的血糖、尿蛋白亦有明显的升高，故在重用茯苓、羌活利水降压的同时，用黄芪、水蛭粉、地龙、穿山龙益气通肾络，用知母苦寒降血糖。此外，秉“塞因塞用”之法，用枸杞子、淫羊藿、蛇床子补肾而敛蛋白。以上方加减治疗 3 个月余，患者的血压得以控制，同时改善了脉压差，HbA1c 和 24h Pro 亦有不同程度的下降。

2.3 寒凝经脉

2.3.1 病因病机 久居高寒地区，或因久受空调凉风，寒凉邪气侵袭人体，久而裹束外周筋脉，尤以太阳经为代表。寒邪凝滞而主收引，当机体外受风寒时，外周之肌肉、血管可凝滞收缩，使得血液循环的外周阻力增加，进而可导致血压升高。

2.3.2 辨证要点 此类高血压病多由外受寒凉所致，故多具有受凉时血压升高、得温则血压降低的特点，多见于高寒地区，具有明显的地域性和季节性。常伴有颈、肩、腰、背或四肢的僵紧疼痛，头痛头晕，尤以后头部为甚，畏寒怕冷，舌暗苔白，脉弦偏紧。

2.3.3 靶方靶药 靶方：葛根汤。靶药：葛根 30 ~ 120 g，独活 15 ~ 30 g，天麻 15 ~ 30 g 等。

2.3.4 验案举例

患者，女，58 岁，2017 年 5 月 24 日初诊。主诉：血糖升高 28 年，糖尿病周围神经病变 16 年、加重 1 年。既往史：高血压病史 10 年。刻下症：手足麻、胀、凉、刺痛，手指发紧发僵，眼睑浮肿，口苦口干，不欲饮，双耳听力明显下降，纳眠可，二便调，夜尿 1 次。舌干、苔黄厚腻，脉沉细弦硬、

略数。现用药：盐酸二甲双胍片每次 1000 mg、每日 3 次口服，诺和龙每次 1 mg、每日 3 次口服，诺和灵 N 16U 睡前皮下注射。辅助检查：血压 150/90 mmHg，BMI 22.5 kg/m²，HbA1c 7.2%，GLU 12.44 mmol/L，CHO 3.44 mmol/L，TG 6.37 mmol/L，HDL-C 1.8 mmol/L，LDL-C 3.01 mmol/L。西医诊断：2 型糖尿病，糖尿病周围神经病变，高血压病 2 级（极高危）。中医诊断：消渴、血痹。证属寒凝经脉，血络瘀阻。治以散寒疏筋，活血通络。处方：葛根 45 g，麻黄 6 g，桂枝 15 g，白芍 15 g，炙甘草 9 g，鸡血藤 30 g，黄连 6 g，知母 15 g，红曲 9 g，生姜 3 片，大枣 3 枚。每日 1 剂，早晚分服。

2017 年 7 月 24 日二诊：上方服用 2 个月，手足凉、口苦消失，手足麻、胀、刺痛减轻，手指发紧发僵、眼睑浮肿、口干均有不同程度缓解，视物模糊，偶有耳鸣，双耳听力下降明显，自觉困倦，精神可，纳眠可，二便调。舌红、裂纹、苔黄厚腐，脉沉略弦、尺肤潮。现用药：二甲双胍 500 mg、每日 3 次口服，诺和灵 N 14U 睡前皮下注射。辅助检查：血压 118/60 mmHg，BMI 21.9 kg/m²，HbA1c 9.7%，GLU 9.46 mmol/L，ALT、AST、胆红素、肾功能未见明显异常。尿微量白蛋白（MA）4.03 mg/L，24 h Pro 0.126 g/L。上方去白芍、生姜，加赤芍 30 g、干姜 15 g，黄连增至 15 g，知母增至 45 g。每日 1 剂，早晚分服。至 2017 年 9 月 16 日复诊时，患者血压平稳，手足痛、麻、胀感亦有进一步好转，以上方改制水丸继续巩固治疗。

按：该患者久居高寒地带，且伴有手足发凉、发麻、胀痛的临床表现，结合舌脉，可知其为“寒凝”型高血压病。治疗用葛根汤以改善患者“寒凝”的内环境状态，同时重用葛根以舒筋降血压。现代研究也表明，葛根的有效成分葛根素可通过扩张外周血管、减慢心率而发挥降血压效应^[8]。同时配以鸡血藤活血通脉，以白芍、知母、黄连苦寒降糖，以红曲化浊降脂。经过 2 个月的治疗，患者的血压得以控制，手足凉、麻、胀痛的症状亦有明显的改善。

2.4 肝肾亏虚

2.4.1 病因病机 因年老或久病，肝肾阴精亏虚，肾藏精而肝藏血，肝肾精血亏虚、阴分不足，则无以涵养潜藏龙雷之火，常有肝阳上亢之虞。肝风妄动、虚火升散，皆可鼓动血脉，而使血压升高。另外，年老精血不足，无以濡养血脉，使得血脉柔性

变差、弹性减弱，进而增加外周阻力，亦可导致血压的升高。

2.4.2 辨证要点 此类高血压病多见于老年或久病体虚之人，脉压差较大。常伴有脑转耳鸣，腰酸眩冒，腰部酸痛、空虚，足跟疼痛，或心烦失眠，手足颤动，肌肉瞤动。舌体瘦小而色暗红，伸舌多颤，舌底络脉迂曲，脉弦硬。

2.4.3 靶方靶药 靶方：独活寄生汤、天麻钩藤饮。靶药：牛膝 30~120 g（脉压差大之靶药），炒杜仲 15~30 g，天麻 15~30 g。

2.4.4 验案举例

患者，男，48 岁，2017 年 10 月 23 日初诊。主诉：血压升高 15 年，尿蛋白 10 年。患者 15 年前诊断为高血压病，时测血压 145/95 mmHg，未服药。10 年前发现尿蛋白（++++），潜血（++++），诊断为慢性肾小球肾炎，予中西医结合治疗后尿蛋白减少。2 年前发现肾功能异常，未予重视，平素服用金水宝。2017 年 4 月检查 Cr 182.9 μmol/L，未予治疗，10 月复查 Cr 达 198 mmol/L。过敏史：磺胺类药物过敏。刻下症：腰部酸痛，足跟痛，畏寒，纳眠可，二便调。舌暗红、舌底静脉曲张、苔薄黄微腻，脉滑数。有高血压病、糖尿病家族史。现用药：盐酸贝那普利 10 mg、每日 1 次口服，苯磺酸氨氯地平片 2.5 mg、每日 1 次口服。辅助检查：血压 180/120 mmHg，BMI 26.42 kg/m²，BUN 9.9 mmol/L，Cr 198 μmol/L，UA 539 μmol/L，ALT 25.4 U/L，AST 17.1 U/L，谷氨酰转氨酶（GGT）103.6 U/L，TG 3.29 mmol/L，CHO 6.36 mmol/L，LDL-C 3.91 mmol/L，HDL-C 1.02 mmol/L。西医诊断：高血压病 3 级（极高危），慢性肾功能不全。中医诊断：腰痛。证属肝肾亏虚，膏浊中阻。治以补养肝肾，清胃化浊。处方：黄连 9 g，清半夏 15 g，瓜蒌 30 g，山楂 30 g，红曲 6 g，大黄 9 g（包），水蛭粉 3 g（分冲），黄芪 15 g，威灵仙 30 g，大枣 9 g，生姜 15 g，天麻 30 g，炒杜仲 30 g，牛膝 90 g。每日 1 剂，早晚分服，另服六味地黄丸每次 2 g、每日 2 次。

2017 年 12 月 12 日二诊：初服上方时频繁矢气，大便每日三四次，质地偏稀，未予调整，坚持原方服用 15 剂后好转。服用 50 剂后，腰部酸痛、足跟痛、畏寒均有不同程度好转，纳眠可，夜尿二三次，尿急、泡沫多。苔白腻，脉沉滑略弦。辅助检查：血压 152/108 mmHg，HbA1c 6.1%，MA 699.8 mg/L，BUN 10.7 mmol/L，Cr 184 μmol/L，

UA 471 $\mu\text{mol/L}$, ALT 13.1 U/L, AST 13.1 U/L, TG 6.3 mmol/L, CHO 5.24 mmol/L, LDL-C 1.99 mmol/L, HDL-C 0.65 mmol/L, 尿潜血 (+ -)。处方: 上方加鸡血藤 15 g, 牛膝增至 120 g。每日 1 剂, 早晚分服, 另服六味地黄丸每次 2 g、每日 2 次。

2018 年 1 月 22 日三诊: 服用上方 40 剂后, 偶头晕, 腰部酸痛, 后背瘙痒, 足跟痛大减, 纳眠可, 大便每日一二次, 质地偏稀, 夜尿二三次, 小便泡沫多。舌嫩, 脉弦硬。辅助检查: 血压 123/81 mmHg, HbA1c 6.1%, MA 701.2 mg/L, ACR 328 mg/g, BUN 11 mmol/L, Cr 173 $\mu\text{mol/L}$, UA 564 $\mu\text{mol/L}$, ALT 25.9 U/L, AST 15.2 U/L。二诊方加秦皮 15 g、秦艽 15 g, 水蛭粉增至 4.5 g (分冲), 黄芪增至 30 g, 威灵仙增至 45 g, 天麻减至 15 g, 牛膝减至 60 g。每日 1 剂, 早晚分服, 另服六味地黄丸每次 2 g、每日 2 次。

2018 年 3 月 20 日四诊: 足跟痛、后背瘙痒、腰部酸痛好转, 纳眠可, 颈部盗汗, 大便每日一二次, 质地偏稀, 夜尿一二次, 小便泡沫多。舌苔淡黄微腻, 脉弦硬偏数。辅助检查: 血压 138/88 mmHg, MA 341.6 mg/L, 尿微量白蛋白/尿肌酐 (ACR) 361.2 mg/g, BUN 9.1 mmol/L, Cr 175 $\mu\text{mol/L}$, UA 557 $\mu\text{mol/L}$, ALT 16.6 U/L, AST 13.2 U/L, 尿潜血 (+ -)。三诊方去秦皮、秦艽, 槐花 30 g, 威灵仙增至 60 g。每日 1 剂, 早晚分服, 另服六味地黄丸每次 2 g、每日 2 次。由于患者肾功能不全, 长期就诊, 至 2018 年 8 月, 其血压一直处于稳定状态, 血肌酐、尿蛋白亦有下降趋势。

按: 该患者久病及肾, 同时结合腰部酸痛、足跟痛、盗汗等症状及舌脉, 可知其为“肾虚”型高血压病。在血压升高的同时还伴有血脂、血尿酸、尿蛋白、血肌酐等升高, 故在重用牛膝、炒杜仲、天麻补肾降血压的同时, 以小陷胸汤为基础, 加山楂、红曲化浊降血脂, 加黄芪、水蛭粉、大黄通肾络而调肾, 加威灵仙、槐花化浊降尿酸, 加六味地黄丸补肾而治足跟疼痛。经过 6 个月的治疗, 患者的血压由 180/120 mmHg 降至 138/88 mmHg, 脉压差明显缩小, 尿蛋白、血肌酐有一定的下降, 腰部酸痛、足跟痛等症状亦有明显缓解。

此外, 各型高血压病患者均可以代茶饮调理方预防和巩固, 具体药物为: 1) 水盛: 茯苓 15 g、泽泻 10 g、羌活 5 g; 2) 火盛: 夏枯草 15 g、黄芩 5~10 g; 3) 寒凝: 葛根 15 g、天麻 5 g; 4) 肾虚: 牛膝 10 g、炒杜仲 10 g。

3 小结

通过以上论述, 我们初步构建了高血压病“分类-分期”论治方案 (由于门诊人群的特殊性, 四分法尚不能全面概括高血压病的中医类型), 并结合“态靶因果”处方策略对水盛、火盛、寒凝、肾虚四类高血压病病因病机、辨治要点以及靶方靶药进行阐述; 同时列出大柴胡汤、葛根汤、当归芍药散等调治高血压病患者内环境状态的“靶方”, 以及夏枯草、茯苓、羌活、牛膝、天麻、葛根等降血压“靶药”。另外, 通过以上案例可以发现, 在协同西药降血压的同时, 中医药治疗亦可显示独立降血压的效果, 且效力持久, 有时对于西药难以起效的难治性高血压病, 中药亦能发挥出明显的降血压效力。我们团队更是结合临床试验验证了中药可独立且有效地降低血压值, 如试验中所用的清肝降浊方, 其降低代谢性高血压病患者 24 h 动态血压的效力与安博维相当^[9]。总之, 中药降血压具有广阔的应用前景, 但其具体机制及临床疗效尚需临床试验和药理实验的进一步研究。

参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 289.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010 [J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- [3] LI YI, YANG L, WANG L, et al. Burden of hypertension in China: A nationally representative survey of 174 621 adults [J]. Int J Cardiol, 2017, 227: 516-523. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.10.110.
- [4] 李媛. 高血压常见药物与治疗方法的研究进展 [J]. 医学理论与实践, 2018, 31(3): 340-342.
- [5] 韩学杰. 高血压病中医诊疗方案 (初稿) [J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(7): 611-613.
- [6] 王清海. 论高血压的中医概念与病名 [J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(11): 2321-2323.
- [7] 孙伯扬. 高血压病的辨证论治 [J]. 实用中西医结合杂志, 1991, 4(5): 260.
- [8] 吕志杰. 降压延寿汤治高血压病 87 例临床观察 [J]. 新中医, 1990, 22(11): 22-24.
- [9] 申春梯, 陈炳为, 沈春峰. 应用循证方法探索古文献高血压病的证候要素 [J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(10): 1400-1402.
- [10] 沈绍功. 沈绍功中医方略论 [M]. 北京: 科学出版社, 2004: 1-5.
- [11] 余天泰. 高血压病辨证施治八法 [J]. 世界中西医结合杂志, 2006, 1(1): 38-40.

- [2] 中华中医药学会. 高血压中医诊疗指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 23(9): 108-109.
- [3] 杨映映, 逢冰, 刘文科, 等. 基于中医脾瘵理论探讨代谢性高血压 [J]. 北京中医药, 2017, 36(6): 532-534.
- [4] 全小林, 何莉莎, 赵林华. 论“态靶因果”中医临床辨治方略 [J]. 中医杂志, 2015, 56(17): 1441-1444.
- [5] 周强, 赵锡艳, 逢冰, 等. 全小林教授运用大柴胡汤治疗代谢性疾病验案解析 [J]. 环球中医药, 2012, 5(10): 754-757.
- [6] 梁健钦, 熊万娜, 罗远, 等. 夏枯草提取物对大鼠自发性高血压降血压作用研究 [J]. 中药材, 2011, 34(1): 99-100.
- [7] 宋雪云. 钩藤方提取物对自发性高血压大鼠降压作用的研究 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(11): 216-218.
- [8] 周谛克, 张峻, 施云. 降压中药的研究进展 [J]. 中医药导报, 2007, 14(9): 91-93.
- [9] 连凤梅, 全小林, 徐立鹏, 等. 降浊清肝方治疗高血压伴代谢综合征的临床研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(6): 649-650.

“Four Syndrome Classification” for Syndrome Differentiation and Treatment of Hypertension

YANG Yingying^{1,2}, LI Qingwei¹, WEI Xiuxiu^{1,2}, GAO Zezheng², TONG Xiaolin¹

(1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053; 2. Beijing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Hypertension is often attributed to “headache” and “dizziness” for treatment based on syndrome differentiation in traditional Chinese medicine (TCM). However, as a chronic disease, simple syndrome differentiation and treatment could not build TCM theoretical system of hypertension. Therefore, based on “classification-stage-syndrome” thought and practical analysis of out-patient medical cases, the “classification-stage” scheme of hypertension was preliminarily constructed. Based on “state-target-origin-result” strategy, the etiology, pathogenesis, key points of syndrome differentiation of hypertension with 4 types of excessive water, excessive fire, cold congealing, and kidney deficiency were summarized. Meanwhile, it is proposed that *Dachaihu Decoction* (大柴胡汤), *Gegen Decoction* (葛根汤), *Danggui Shaoyao Powder* (当归芍药散) and other “target formula” for regulating the internal environment of patients with hypertension, as well as antihypertensive “target drugs” such as *Xiakucao* (Spica Prunellae), *Poria*, *Chongweizi* (Fructus Leonuri), *Niuxi* (Radix Achyranthis Bidentatae), *Tianma* (Rhizoma Gastrodiae), and *Gegen* (Radix Puerariae).

Keywords hypertension; excessive water; excessive fire; cold congealing; kidney deficiency

(收稿日期: 2018-08-15; 修回日期: 2018-10-08)

编辑: 崔京艳

欢迎订阅 2019 年《中医杂志》

《中医杂志》(ISSN 1001-1668, CN 11-2166/R) 是由中华中医药学会和中国中医科学院主办的全国性中医药综合性学术期刊。1955 年创刊以来始终坚持“以提高为主, 兼顾普及”的办刊方针, 是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级中医药期刊之一, 是中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊、新中国 60 年有影响力的期刊、中国百强科技期刊、中国百种杰出学术期刊, 荣获第二届、第三届、第四届新闻出版政府奖期刊奖提名奖。

《中医杂志》主要栏目中当代名医和临证心得分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验; 临床研究介绍中医药治疗的新方法、新成果; 学术探讨、思路与方法、专家论坛、病例讨论、综述、百家园等栏目, 提供最新学术观点、研究成果与治疗方法, 成为学习中医药、研究中医药, 不断提高临床及研究水平的良师益友。

《中医杂志》为半月刊, 每月 2 日和 17 日出版, 每期定价 20.00 元, 全年 480 元。读者可以到全国各地邮局办理订阅手续 (邮发代号: 2-698), 也可以与本刊读者服务部联系邮购, 邮购免邮费。电话: 010-64035632, 010-64089195。国外发行: 中国国际图书贸易总公司 (北京 399 信箱, 邮编: 100044, 代号: M140)。本社地址: 北京市东城区东直门内南小街 16 号, 邮政编码: 100700。

网址: <http://www.jtcm.net.cn>

扫一扫 关注

