

论高血压病的中医认识及经典名方防治策略

熊兴江* 王 阶

中国中医科学院广安门医院心内科,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

基金资助:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2003CB517103);

国家自然科学基金资助项目(90209011)

* 通讯作者:5administration@163.com,15801463736

[摘要] 高血压病是心脑血管疾病的主要危险因素。降压西药的运用使高血压病的病程、病机发生了很大变化,临床切莫先入为主而囿于阴虚阳亢,而应辨证施治。本病病机重在火、饮、虚。火包括肝火、心火、胃火、肠火,可见于高血压病的各个阶段。饮,按病位可分为上焦、中焦和下焦,按兼夹余邪可分为水饮证、饮邪寒化证和饮邪热化证。饮证在高血压病心、肾并发症中尤为明显。虚包括脾虚、肾虚。血压难控因素包括失眠、便秘、情绪波动、肥胖等,相应治则有安眠降压、通便降压、疏肝降压。本病常见天麻钩藤饮证、半夏白术天麻汤证、泽泻汤证、二妙丸证、六味地黄丸证等,临床只要抓住方证的关键指征,就能用经典名方有效防治高血压病。

[关键词] 高血压病;经典名方;中医药疗法

高血压病是心脑血管疾病的主要危险因素,研究显示全球约有 30% 的人群死于心脑血管事件,其中 62% 的卒中事件和 49% 的心血管事件由高血压直接引起^[1]。全球大约有 10 亿高血压病患者,而《中国心血管报告 2006》显示国内大约有 2 亿高血压病患者,每年新增 1000 万人以上^[2]。对于高血压病的治疗,尽管现代医学在控制血压方面取得了长足的进步,但是依然存在“低知晓、低治疗、低控制”的“三低”现状,且由于高血压病本身的复杂性,还存在一些问题尚待解决,如缓解症状,改善生存质量,降低高血压病靶器官损害,提高高血压病患者远期生存率,调治血压难控因素,减轻血压变异性,减少降压西药副反应等。这些问题可能正是需要着力研究的地方,可能也是中医药治疗的优势所在。现将高血压病的中医认识及经典名方防治策略叙述如下。

1 辨病机重在火、饮、虚

高血压病属于中医学“眩晕”、“头痛”范畴,一般认为,本病以阴虚为本,阳亢为标,瘀血贯穿疾病始终。但由于降压西药的及时运用,改变了疾病病程、病机和证型。因此,对本病病机特征的认识切莫先入为主而囿于阴虚阳亢,我们发现,火、饮、虚是本病病机关键,三者往往合并存在,交互为病。

1.1 火证

火包括肝火、心火、胃火、肠火。火性炎上,火热上冲脑窍则见头痛、头晕症。肝火多伴见颜面潮红,甚则面红如醉,脑中烘热,目赤,口苦,急躁易怒;心

火多伴见心烦意乱,心中懊恼,神志不宁,失眠多梦,辗转反侧;胃火多伴见口干、口渴,消谷善饥,口气重,大便气味重;肠火多伴见大便秘,口臭,腹胀、腹痛。肝火与心火常合并出现而成心肝火旺证,或因肝木过旺克伐脾胃而致肝火、胃火、肠火三火同病。

肝火旺盛当清肝泻火,平肝潜阳,龙胆泻肝汤中龙胆、黄芩、天麻钩藤饮中天麻、钩藤、石决明、益母草,刘渡舟教授降压验方三草汤中龙胆、夏枯草、益母草可清肝火;心火旺盛当清心泻火,栀子豉汤中栀子可清心火;胃火旺盛当清胃泻火,白虎汤中石膏、知母,保和丸中连翘等可清胃火;肠火炽盛当清肠泻热通便,釜底抽薪,玄参、大黄、生地黄可清肠火;大柴胡汤可清肝火、胃火、肠火。值得注意的是,内生火热多易耗伤阴液,因此需要凭脉据证于方中佐以养阴生津之药。

1.2 饮证

饮证是高血压病的一种特殊类型。饮证出自《金匱要略·水湿痰饮病脉证并治》篇,按病性来分,可分为广义的四饮(痰饮、悬饮、支饮、溢饮)和狭义的痰饮,其中狭义的痰饮证更为常见;按病位来分,可分为饮停上焦、饮停中焦和饮停下焦;按兼夹余邪来分,可分为水饮证、饮邪寒化证和饮邪热化证。因水、湿、痰、饮四者异名而同类,因此,临床多综合考虑。

脾胃虚弱不能运化水湿,水湿停聚而为饮。若饮停上焦,甚至水饮上冲,则见头晕,上冲轻者为随体位改变而加重的“起则头眩”,上冲重者则见“苦冒眩”不止,伴见胸闷、心悸、咳嗽;若饮停中焦,则见腕

痞腹胀,纳呆,不欲饮食,口渴不欲饮,或口中不渴不饮,困倦嗜睡,舌苔腻;若饮停下焦则见腰酸腰重腰痛,下肢沉重,酸软无力,或下肢顽麻疼痛,甚至按之凹陷,白带清稀量多,小便不利,舌苔根部厚腻;若饮邪寒化上冲,则见干呕,吐涎沫,头痛,手足逆冷,烦躁欲死等;若饮邪热化则见下肢酸软无力,口干口渴,白带黄稠,脚气,舌苔根部黄腻等湿热下注证。本病治疗原则为化饮利水,泽泻汤、茯苓杏仁甘草汤等可化上焦停饮;五苓散、苓桂术甘汤、半夏白术天麻汤中的二陈汤等可化中焦停饮;五苓散可化下焦停饮;水饮寒化上冲可选吴茱萸汤温肝散寒化饮;水饮热化而成湿热下注,可选二妙丸、三妙丸、四妙丸等清热燥湿。

水饮内停证在高血压病中尤为明显,其原因可能有二,一是与不良生活方式有关,缺少运动、肥胖是导致高血压病的重要致病因素,中医学认为,安逸少劳,则气机呆钝,水湿停聚而为饮,这在中老年患者中更常见;二是与降压西药干扰病程有关,部分患者服用降压西药数年之后容易出现腰酸、腰重,下肢酸沉无力,踝部水肿,按之凹陷等水饮内停证。饮邪可单独为患,但一般多与肝火合并出现而成肝火夹少阳火热水饮之气上冲脑窍。饮证可见于高血压病的各个阶段,但在高血压病心、肾并发症中尤为突出。目前高血压病患者血压控制达标率还不理想,其中顽固性高血压占 20%~30%,高血压患者的心血管风险尚需进一步降低^[3],饮邪是导致顽固性高血压,或难以控制的高血压的极其重要的病理因素,饮邪不蠲,血压则始终不降,或降而复升,波动明显,很难控制,即使使用西药联合治疗方案也疗效不佳,且这种饮邪并非利尿西药所能主治,而一旦采用健脾利湿化饮方药,血压则能逐渐下降。

1.3 虚证

虚证包括脾虚、肾虚,脾虚则水谷精微不归正化,水湿内盛,聚而为饮,临床常见神疲、乏力,倦怠,食少,腹泻便溏等,因此,治当健脾补脾,且欲治水饮内停证也必须健脾益气以杜绝饮证之源。半夏白术天麻汤中的白术、茯苓、甘草,泽泻汤中的白术,吴茱萸汤中人参、生姜、大枣等均可健脾补虚。

肾虚包括肾阴虚、肾阳虚。肾虚有生理性与病理性之分,生理性肾虚多见于中老年患者,此时肾气不足,肾阴渐虚;病理性肾虚多因大病、久病及肾导致肾虚。高血压病及抗高血压药物影响男性性功能越来越受关注,美国 MMAS 研究发现,男性高血压

病患者勃起功能障碍(erectile dysfunction, ED)发生率为血压正常患者的 2 倍^[4],严重困扰男性患者的生活质量。这也是导致男性患者服药依从性差的主要原因。25% 的 ED 是由药物引起,抗高血压药物是最主要的药物,其中利尿剂和 β 受体阻滞剂对勃起功能障碍、性欲下降和射精障碍三方面都有影响,ACEI 和 ARB 有利于改善 ED,CCB 则对性功能无影响^[5-7],这也属于病理性肾虚表现之一。

肾虚不仅在高血压病中占有重要地位,在其他心血管疾病中也具有重要的临床价值,“两补三通”是陈可冀院士治疗冠心病的重要理论,其中两补即是补肾、补气血^[8]。血脂异常、心律失常等疾病均存在肾虚因素。肾阴虚常见腰膝酸软无力,烦热盗汗,失眠遗精,舌质红、少苔,脉细数,方选六味地黄丸、左归饮;肾阳虚常见腰酸腰痛,畏寒怕冷,双下肢乏力水肿,舌淡胖、苔滑,方选肾气丸。

2 辨血压难控因素必入于细

降压西药虽然能够控制大部分患者的高血压,但是在临床上仍有一部分患者,即使采取二联、三联等方案降压,血压仍然居高不下。其原因除与药物因素(如药物选择不合理,剂量不合理,口服避孕药、激素、促红细胞生成素等影响血压的药物,长期使用 ACEI 发生“Ang II 逃逸”现象等)、饮食因素(如饮食结构不合理,高脂高钠等)、运动因素(如运动不足或者没有运动等)相关之外,还可以找到严重干扰降压的诱因。这些诱因包括失眠、便秘、情绪波动、肥胖、疼痛等^[9],称之为“血压难控因素”。一旦找到干扰血压的诱因,处以对证处方,血压往往能迅速下降,口服西药的药量和种类也能随之减少。

2.1 安眠降压

失眠与血压增高互为因果,失眠可以引起交感神经兴奋,肾上腺髓质内分泌增加,心脏排血量增加,细小动脉痉挛收缩,出现血压升高。中医学认为,其病机多与心火上炎、心肝火旺、阴虚火旺、虚火扰心、心神不宁有关。中青年患者的失眠多为心火上炎的实证,临床常用栀子豉汤清热除烦;伴有大便秘结、心悸易惊者可用大黄酒连泻心汤釜底抽薪、引火下行;女性高血压患者的失眠多与肝郁化火有关,临床常选用丹栀逍遥散疏肝解郁清热;更年期患者的失眠多与肝阴不足、肾水亏虚有关,可见患者脾气急躁,舌红少苔,舌体瘦小,脉细数等肝阴亏虚较为明显征象,临床常选一贯煎;由于心火旺盛、肾水不足的心肾不交证失眠,可见患者失眠心烦,心悸易

惊,多梦,肤黄,脱发,月经量少,舌尖红、少苔,脉细数等,临床常选黄连阿胶汤;中老年患者的长期失眠,头痛,口干口渴,小便黄,每晚必须服用安眠药方能入睡者,多为虚劳虚烦的酸枣仁汤证。曾治疗一老年女性患者,10年来一直以艾司唑仑口服助眠,但近两年来疗效不显,血压波动较大,考虑西药助眠疗效欠佳,告之停服西药,并予酸枣仁汤原方水煎服,5剂即能入睡,血压亦稳定。

2.2 通便降压

便秘是引起血压升高的一个重要危险因素。排便困难可引起血压急剧上升,严重者还可以导致心脑血管病事件的发生,如脑卒中、心肌梗死、猝死等。便秘还会导致胃肠道消化、吸收功能减弱,降压药的吸收减少,有效血药浓度降低,降压疗效不满意,甚至还容易发生药物蓄积中毒,药物不良反应增加等。中医学认为,便秘病机可分为虚、实两种,虚证便秘与气血阴阳的亏虚有关,而实证便秘多与胃肠实热内积,气滞不通有关。老年患者的虚坐努责,伴见汗出溱溱,神疲乏力,舌淡脉虚,多为中气不足,推动无力,我们常用补中益气汤加肉苁蓉 30g 以补中益气润肠,方中白术可大剂量生用;妊娠高血压病患者的便秘多与阴血不足、肠道不润有关,可用大剂量增液汤以增液行舟;若见严重的大便秘结不通,伴有剧烈头痛、头晕、腰酸,下肢酸或水肿,舌质红、苔薄或苔少,这是肝火、肠火、肾虚之火三火合并上冲,且肝火、肠火内炽有灼伤耗竭肾阴之虞,于此常用大剂量生地黄 90~120g 以滋阴柔肝益肾润肠;若为中青年患者的实火便秘,症见口干、口苦,腹胀、腹痛,大便干结,可用大柴胡汤和解少阳,清泻阳明;老年患者的实火便秘,大便干结不下,且未见明显腹胀腹痛不适,还可以考虑麻子仁丸缓缓攻之,中病即止。

2.3 疏肝降压

情绪因素与高血压病的发生关系密切。有研究表明,61.8%的高血压病患者有焦虑情绪反应,63.7%的高血压患者有抑郁情绪反应。长期的焦虑、恐惧、抑郁、精神紧张可以引起下丘脑功能失调,血管收缩运动神经活动亢进,交感神经兴奋,肾上腺髓质内分泌增加,或者引起垂体—肾上腺皮质轴活动增加,或者通过 RAAS 系统引起水钠潴留,小动脉收缩,血压升高。如果强烈情绪刺激持久存在,神经、体液、内分泌等系统血压调控机制遭受破坏,最终就会形成持久性的血压增高^[10-11]。中医学认为,肝主疏泄,情志失调类疾病与肝有关,其病机多为肝

失疏泄或肝郁化火。本病治则当以疏肝解郁为主,柴胡类方在临床中使用几率较高。中老年女性患者的抑郁焦虑可选逍遥散,伴见失眠、心烦等肝郁化火症状可选丹栀逍遥散,伴见舌红瘦、少苔、大便秘结,可选黑逍遥疏肝滋肾;严重的抑郁伴见胸闷胁胀,口苦口干,失眠噩梦,惊悸汗出,大便秘结等,可选柴胡加龙骨牡蛎汤疏肝镇惊。临床常见顽固性高血压病患者,经住院治疗仍不能有效控制,最后查明症结在于患者心绪纠结不解,给予疏肝治疗及心理治疗后血压得以下降。另外,情绪波动是导致药物疗效不佳的一个重要因素。中医学认为,肝主疏泄,抑郁焦虑则肝气不能敷布调达,经络滞而不畅,久之津液运行不利则滋生痰浊,血液运行不利则化生瘀血,药力则更难达病位起效。值得注意的是,高血压病属阳升太过,而柴胡具有升发之性,所以临床多忌其升提血压之弊,但高血压病患者只要具备柴胡证即可大胆使用。

3 辨方证必抓关键指征

方证即是方剂的运用指征或适应症。方证是仲景学说的核心,是六经八纲辨证的继续,是辨证的尖端,是中医学执简驭繁的关键,是临床中最为经典、高效、简洁、实用并行之有效的捷径。方证辨证不仅表现为不拘泥于医学理论层面上的反复推导、哲理思辨、循环演绎,而且还不拘一格地以方证、药证为诊断单元,以症状、体征为治疗靶向,大有佛教禅宗“不立文字,直指人心”的风范。临床只要抓住方证的特征规律,根据“有是证,用是方”的治疗原则,就能以不变应万变,正如徐灵胎所说:“盖方之治病有定,而病之变迁无定,知其一定之治,随其病之千变万化而应用不爽。此从流溯源之法,病无遁形矣”^[12]。高血压病中最为常见的方证有天麻钩藤饮证、龙胆泻肝汤证、半夏白术天麻汤证、泽泻汤证、五苓散证、二妙丸证、六味地黄丸证、肾气丸证等。

天麻钩藤饮出自《杂病证治新义》,可以平肝火、清肝热,主治肝阳上亢证。以药测证,方中有天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩等平肝清火,因此,该方证是以肝阳上亢的实证表现为主;方中有杜仲、桑寄生补肾,该方证尚可见有肾虚的腰酸腰痛;方中有夜交藤宁心安神,该方证还可见有失眠心烦不寐。因此,程度较为剧烈的头痛头晕是本方证的关键指征,此外还伴见耳鸣,视物昏花,失眠,烦躁不安,腰膝酸软无力,舌质红、苔薄白,脉弦数有力等。当然运用本方时需排除水饮内停、瘀热上冲等病机导致的头痛

头晕。陈可冀院士经验方“清眩降压汤”即是以本方为基本方加减而成^[13],其中相同的中药多达 6 味,其处方组成为:苦丁茶 30g,天麻 30g,钩藤 30~60g(后下),黄芩 10g,川牛膝 10g,杜仲 10g,夜交藤 30g,鲜地黄 30g,桑叶 15g,菊花 15g。

龙胆泻肝汤出自《医方集解》卷十四引《太平惠民和剂局方》,本方可以清肝胆实火,清肝经湿热,主治肝胆实火上炎证、肝经湿热下注证。头痛伴有面红目赤,眼眵多,小便黄是本方证的关键指征,临床见到上述症状体征即可考虑运用本方。另外,本方证还伴见口苦,胁痛,舌红、苔黄腻,脉滑数等。

半夏白术天麻汤出自程国彭的《医学心悟·头痛》卷三,本方原文主治“痰厥头痛者,胸膈多痰,动则眩晕”,本方可以平肝潜阳,化痰熄风,主治肝风夹痰证。以药测证,方中用天麻,则可见头痛头晕症;用二陈汤(半夏、陈皮、茯苓、甘草),则可见恶心呕吐,或刷牙恶心,痰多体胖,纳呆腹胀,舌苔腻,脉滑等痰浊中阻证;用白术,则可见腰酸腰痛,下肢沉重,按之凹陷的水气内停证;用茯苓,则可见眩晕、心悸、小便不利、舌胖大、质淡的水饮内停证。岳美中先生认为,本方不仅治太阴痰气上逆,更能双向调节人体机能,尤其对调整血压忽高忽低者有良效。不但对发作性头痛,食后嗜睡之低血压有效,而且对于由于肠胃虚弱头痛头倦之高血压也有效。因此,他认为,本方实胜于抑制血压的药物,但其只宜施于虚性高血压,若肝阳上亢偏于实证者则不宜用^[14]。

泽泻汤是治疗高血压病水饮内停证的常用经方,头重如戴帽状,头目昏眩,甚至伴有恶心呕吐为其关键指征。五苓散也是治疗水饮内停证的经方,头晕、心悸、小便不利、下肢水肿是其关键指征。二妙丸可以清热燥湿,主治湿热下注证,下肢的酸软无力,小便黄,白带黄稠,舌苔黄腻是其关键指征。泽泻汤、五苓散、二妙丸及其类方一般不直接用于高血压病的治疗,而多与其他方剂合用以利湿燥湿。

六味地黄丸可以滋阴补肾,主治肾阴不足证,头晕耳鸣,腰酸腰痛,下肢酸软无力,或水肿,舌体胖大,少苔是本方证的关键指征。中医药治疗高血压病的思路遵循两个原则,一是方药能够切合中医学辨证论治的思路,二是方剂的现代药理作用能够作用于高血压病的病理机制。六味地黄丸在病机上针对肾阴不足证而设,在药理上生地、牡丹皮可以扩张血管,减轻外周阻力,茯苓、泽泻可以利尿,减少血容量,因此,本方具有较好的降压作用。针对肾阴不

足型高血压病,我们常在本方基础上加天麻 15g、钩藤 30g(后下),即天麻钩藤地黄汤,临床起效迅速。若患者腰酸腰痛明显,还在本方基础上加杜仲 15g、桑寄生 30g 以补肾益精,即杜仲寄生地黄汤。

高血压病肾病阶段以及高血压病心脏并发症阶段常会出现阴阳两虚,或阳虚水泛证。患者可出现头晕头痛,畏寒肢冷,腰膝酸软,双下肢烂肿如泥,舌淡胖,脉沉无力等,此时当温肾助阳,化气利水,方选肾气丸加减。若症见起床或走路时头晕,甚至站立不稳而跌倒,心悸,脚下如踩棉花,下肢水肿,舌淡,苔白滑,这是典型的“起则头眩,身瞋动,振振欲擗地”,这时就要考虑真武汤温阳利水了。

4 研究展望

高血压病的临床辨治有规律可循,而并非圆机活法、灵活多变、随意加减而毫无法度,其原则性可能比灵活性更为明显。高血压病的方证分布、方证合方、方证基础上的药证演变、方证的动态演变等均有内在依据和临床规律,可能这与高血压病的病理机制及病理转归有着深刻的内在联系。而治疗本病的关键还在于对疾病病机规律、方证规律、药证规律及量证规律的全面、深刻把握^[15-16]。我国高血压病患者人数众多,并且还有不断增多趋势,在“2009 世界高血压大会暨第 11 届国际高血压及相关疾病研讨会”上,来自加拿大的 Vikas Saini 博士预测“到 2025 年,世界高血压患者人数将高达 15.6 亿,其中中国患者将近 3 亿”^[17]。中药降压疗效肯定,市场广阔,潜力巨大,前景乐观,以中医学方证对应理念为指导,经典名方防治高血压病定能有所作为。

参考文献

- [1] Redwood H. Hypertension, society, and public policy [J]. Eur Heart J, 2007, 9(Suppl B): B13-B18.
- [2] 孔灵芝,胡盛寿. 中国心血管病报告 2006[M]. 北京:中国大百科全书出版社,2008:1-2.
- [3] Sarafidis PA, Bakris GL. Resistant hypertension: an overview of evaluation and treatment[J]. J Am Coll Cardiol, 2008, 52(22): 1749-1757.
- [4] Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study[J]. Prev Med, 2000, 30(4): 328-338.
- [5] Keene LC, Davies PH. Drug-related erectile dysfunction [J]. Adverse Drug React Toxicol Rev, 1999, 18(1): 5-24.

关于中医基础理论研究的几点思考

邢 玉 瑞

陕西中医学院图书馆, 陕西省咸阳市世纪大道中段, 712046)

基金项目: 国家中医药管理局重点学科建设项目

通讯方式: xingyurui@163.com, (029)38185228

[摘 要] 近期中医基础理论的研究得到了广泛重视, 但如何开展中医基础理论研究, 则见仁见智, 莫衷一是。从清醒认识中医所遭遇的障碍、正确评价中医基础理论的优势与不足、明确中医基础理论研究的途径及其特点 3 个方面, 阐述对中医基础理论研究的相关思考。

[关键词] 中医基础理论; 研究方法; 理论体系

中医基础理论的研究历经 60 余年的甲子轮回, 从最初的以中医经典为基础, 梳理、建构较为系统的中医基础理论体系, 到开展多学科的专题研究等, 虽然取得了一定的成果, 但中医基础理论研究的一些基本的原则问题似乎并未得到很好的解决。2011 年 7 月由中华人民共和国科学技术部、国家中医药管理局与广东省人民政府主办的国家中医药发展论坛(“珠江论坛”)第四届学术研讨会, 以“中医基础理论研究的目标与任务”作为论坛的主题, 正是反映了这一现实问题。时至今日, 从某种角度言, 中医基础理论的研究又回到了初始状态, 即“我是谁? 我从哪里来? 我将走向何方?” 本文将从以下几个方面进行探讨。

1 清醒认识中医所遭遇的障碍

由于文化、方法论以及中医理论体系本身的原因, 当代中医学术, 特别是中医基础理论生存与发展, 遭遇到了前所未有的障碍, 借用科学哲

学家库恩的话来说, 也就是范式的不可通约性问题。具体表现为: 一是科学共同体的障碍, 即中医学的理论、方法难以融入大科学体系之中, 所以中医学术发展不能形成理论、技术、实践的循环加速发展机制, 由此常常受到不同群体的诟病; 二是受众共同体的障碍, 在当代大科学环境下成长的群体, 对于以中国传统文化为根基的中医学术, 理解起来相对较为困难, 加之西医学的超速发展及占据科学与技术的高台阶, 而中医学发展滞后, 由此导致受众对中医学术的认可性降低, 进而影响到中医学术的社会心理地位与真实发展的规模及其潜能。

回顾近百年中医学术的发展历史, 从中西汇通到中西医结合, 再到中医现代化的提出, 都是力图破解由于共同体障碍所造成的中医发展的困境。在历经百年破而不解, 中医学术发展陷入困境的情况下, 又提出按中医自身发展规律发展中医的思路。但什

- [6]Buranakitjaroen P, Phoojaroenchanachai M, Saravich S. Prevalence of erectile dysfunction among treated hypertensive males[J]. J Med Assoc Thai, 2006, 89(Suppl 5):28-36.
- [7]Baumhakel M, Schlimmer N, Bohm M, et al. Effect of irbesartan on erectile function in patients with hypertension and metabolic syndrome[J]. Int J Impot Res, 2008, 20(5):493-500.
- [8]张京春, 谢元华, 陈可冀院士诊治冠心病医案的数据挖掘[J]. 世界中西医结合杂志, 2008, 3(1):4-5, 7.
- [9]唐补生, 曹敏, 李广浩, 等. 血压难控因素的中医辨识和治疗[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(2):197-198.
- [10]Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP. Clinical and biochemical manifestations of depression Relation to the neurobiology of stress(2)[J]. N Engl J Med, 1988, 319(7):413-420.
- [11]Waldstein SR, Jennings JR, Ryan CM, et al. Hyper-

tension and neuropsychological performance in men: interactive effects of age[J]. Health Psychol, 1996, 15(2):102-109.

- [12]徐大椿. 徐大椿医书全集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988:229.
- [13]陶丽丽, 马晓昌, 陈可冀. 清眩调压方治疗更年期女性高血压病的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(8):680-684.
- [14]岳美中. 岳美中医文集[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000:469.
- [15]王阶, 熊兴江, 何庆勇, 等. 方证对应内涵及原则探讨[J]. 中医杂志, 2009, 50(3):197-199.
- [16]熊興江. 方証対応における「証」とは何か[J]. 中医臨床, 2011, 32(1):53-57.
- [17]徐新娟. 高血压专科管理的现状和发展[J]. 心血管病学进展, 2011, 32(1):31-34.

(收稿日期: 2011-06-14; 修回日期: 2011-07-07)

[编辑: 黄 健]