

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.19.005

徐凤芹“病症结合”治疗老年高血压病经验

环璐瑶^{1,2}, 翁家俊^{2,3,4}, 盛松², 王海云², 张艳虹²✉ 指导: 徐凤芹^{2,3,4}

1. 北京中医药大学研究生院, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 中国中医科学院西苑医院; 3. 北京大学中医临床医学院(西苑); 4. 北京大学医学部中西医结合系

[摘要] 总结徐凤芹教授治疗老年高血压病的临证经验。认为老年高血压病以肝肾亏虚为发病基础, 以肝阳上亢、脾失健运为病机关键, 提出“病症结合”观点, 将老年高血压病的四种常见临床症状(晨峰现象、昼夜节律异常之反杓型高血压、餐后低血压及体位性低血压)进行分类辨治, 并根据不同症的病机特点组方施药。晨峰现象的病机以肝肾阴虚、肝阳上亢为主, 治宜滋肝益肾、平肝潜阳, 方用清眩降压汤加减; 昼夜节律异常之反杓型高血压的病机以痰湿阻滞、清阳不升为主, 治宜化痰祛湿、平肝熄风, 方用半夏白术天麻汤合加味红龙夏海汤加减; 餐后低血压和体位性低血压的病机均以脾胃亏虚、清阳不升为主, 治宜补中益气、升阳举陷, 方用补中益气汤或益气聪明汤加减。

[关键词] 老年高血压病; 病症结合; 名医经验; 徐凤芹

徐凤芹(1962—), 女, 中国中医科学院西苑医院主任医师, 博士研究生导师, 第六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 岐黄学者, 首都名中医, 国家老年病重点专科学科带头人, 师承国医大师陈可冀院士。从事中西医结合临床、科研、教学工作近 40 年, 擅长中西医结合诊治心血管疾病及老年病, 提出从“病症结合”论治老年高血压病, 从“瘀毒虚”论治冠状动脉多支病变及反复心绞痛, “以补药之体, 作泻药之用”论治老年功能性便秘等学术观点。

老年高血压病是指年龄 ≥ 65 岁, 在未使用降压药物的情况下, 非同日 3 次测量血压, 收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg 的一类高血压病。我国老年高血压病的患病率总体呈增高趋势, 截至 2017 年底, 我国 65 岁及以上老年人占人口总数的 11.4%, 而超过 50% 的老年人患有高血压病, 并且其患病率随增龄增长而显著升高, 这标志着高血压病的防治已成为老年人群中不可忽视的问题^[1]。老年高血压病具有脉压差增大、血压水平易受各种因素影响而波动大的特点, 易出现晨峰现

象、血压昼夜节律异常、餐后低血压及体位性低血压等常见临床症状, 还常合并其他心血管危险因素, 增加了该病的治疗难度。针对老年高血压病的常见临床症状, 徐凤芹教授在传承国医大师陈可冀院士“病证结合”理论^[2]的基础上结合长期临床经验, 提出“病症结合”诊治方法, 强调“先辨病、再辨证、最终辨证, 三位一体”, 并根据老年高血压病的发病规律及临床特征, 总结出该病常见临床症状的对应方药以辅助西医治疗。现将徐老师的临证经验总结如下。

1 从肝、脾、肾认识老年高血压病之病机

高血压病可归属于中医学“眩晕”“头痛”范畴。徐老师认为, 老年高血压病的病因多为年老体虚、饮食不节及情志失调等, 导致阴阳失衡、气血失调, 清窍失养或受扰, 发为头痛、眩晕等。《素问·上古天真论篇》云:“女子……七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭……丈夫……七八, 肝气衰, 筋不能动, 天癸竭, 精少, 肾脏衰, 形体皆极。”老年人脏腑功能日渐衰退, 多有肝肾亏虚, 肝藏血、肾藏精, 精血不足则髓海空虚, 易致清窍失养, 此为老年高血压病的发病基础^[3-4]。情志失调, 肝失疏泄, 致肝阳上亢, 或肝肾阴虚, 阴不制阳,

基金项目: 国家中医药管理局全国老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号); 中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)岐黄学者项目(02045006); 中国中医科学院科技创新工程(CI2021A01406)

✉ 通讯作者: zhangyanhong818@163.com, (010)62835861

而肝乃风木之脏，其性主动主升，阴虚则阳易亢于上，上扰清窍而见头痛或眩晕。饮食不节，或久病失养，或老年人因基础疾病而长期服药，致脾胃受损，运化失常，气血生化乏源，则清阳难升，清窍失养；同时脾失健运，水液运化失调，痰湿内生，阻滞中焦致清阳不升。综上，老年高血压病主要责之肝、脾、肾，以肝肾亏虚为发病基础，肝阳上亢、脾失健运为病机关键。

2 “病症结合”诊治老年高血压病的思路

2.1 “病症结合”的观点阐释

陈可冀院士提出的“病证结合”理论是以西医之“病”展现疾病的共性规律，以中医之“证”关注病患的个体特征，是中西医结合模式的深层次运用，能够实现中西医精准治疗^[5-6]。基于“病证结合”理论，徐老师结合多年临床经验提出“病症结合”观点论治老年高血压病，其中“病”依然指西医之病，“证”则主要指西医之“症”，强调不仅要关注患者的主观异常感受，还应重视客观病态改变，如老年高血压病患者不同时段或不同体位下血压数值的变化。该诊疗思路并不是抛弃传统的辨证方法，而是将中医证候具象化和简洁化，将疾病具有高敏感性、突出代表性的症状进行分类辨治，建立症状分类治疗体系，立足于疾病病机特点，因病因症组方施药，有助于简化诊疗思维而快速诊治疾病。证候作为中医基础理论的核心组成，是人体生理、病理、心理及外界环境多方面造就的结果^[7-8]。徐老师认为西医视角下极具代表性的临床表现往往是某一证候的主要矛盾，以此症为切入点即抓住了证的核心，能快速确立诊治方向，明确患者发病的不同阶段以及动态演变过程中的实质问题与突出矛盾，从而给予相应干预措施。因此，辨症的本质还是辨证，临证时可“先辨病、再辨症、最终辨证，三位一体”，根据“病-症-证”综合立体组方。

2.2 “病症结合”的具体应用

徐老师从病症结合辨治老年高血压病，总结出以下四种具有代表性的临床症状，即晨峰现象、昼夜节律异常之反杓型高血压、餐后低血压及体位性低血压，并根据不同症的特殊病机特点组方施药，以调和气血阴阳贯穿治疗始终。同时老年高血压病患者常呈现多瘀多虚的特点，应注意活血、补益药物的运用，而在诊治过程中也不能只关注血压值的改善，更应关注患者的全身调适。

2.2.1 晨峰现象

晨峰现象是指清晨起床后 2 h 内

的收缩压平均值减去夜间睡眠时收缩压最低值（夜间血压最低值前后共 3 次收缩压的平均值） $\geq 35 \text{ mmHg}$ ^[1]。此现象是心脑血管事件及靶器官损害发生的主要危险因素，使患者尤易并发急性心脑血管事件^[9]，因此尽快控制血压的晨峰现象是治疗的关键。徐老师认为，晨峰现象的病机多为肝肾阴虚，阴不敛阳导致肝阳上亢。晨起为阳气升发之时，肝木条达则阳气正常升发，然肝肾阴虚致阴不敛阳，阳气升动太过则鼓动气血，亢而有害。肝阳上亢，气血上逆，而见晨起眩晕、头痛、血压明显升高，甚者肝阳过亢，化火生风，呈现一派火热之象。

晨峰现象主症可见晨起血压明显升高，眩晕，头痛，急躁易怒；次症可见两目干涩，咽干，腰膝酸软，步履不稳，或见面红目赤，口干口苦，心中烦热，失眠多梦，遇烦劳郁怒而加重，多伴焦虑、抑郁状态，溲赤，便秘，甚则颜面潮红、肢麻震颤等；舌红，苔黄，脉弦细或弦数。治宜滋肝益肾、平肝潜阳，方用清眩降压汤^[10]加减，常用天麻 30 g、钩藤 30 g（后下）、黄芩 10 g、川牛膝 10 g、杜仲 10 g、首乌藤 30 g、苦丁茶 30 g、生地黄 30 g、桑叶 15 g、菊花 15 g。该方由天麻钩藤饮化裁而来，加苦丁茶增强疏风清热、平肝熄风之效，生地黄滋阴补肾以涵养肝木，又兼养阴清热之功，桑叶、菊花清肝热、平肝潜阳。诸药合用，补泻兼施，滋补肝肾，育阴潜阳，清泻内热，使阴阳气血调和，则血压得降。现代研究显示，清眩降压汤能保护血管、抑制血管重构及舒张血管，降血压效果显著且安全性高^[10]，同时对因高血压造成损害的靶器官有一定的保护作用^[11-13]。

临证时兼肝气郁结者，如情绪抑郁明显，酌加贯叶金丝桃、柴胡、蒺藜、醋香附等疏肝解郁、畅达肝气；兼肝火上炎、热毒炽盛者，如高热、烦闷躁动，酌加栀子、鬼针草、龙胆、牡丹皮、羚羊角粉等清热解毒；兼肝胆湿热者，如口苦、恶心、大便溏黏、苔黄厚腻，酌加龙胆、车前草、通草等清热利湿；兼肝胃不和者，如呃逆、恶心呕吐，可合用旋覆代赭汤和胃降逆。

2.2.2 昼夜节律异常之反杓型高血压

反杓型高血压是指夜间血压明显高于日间血压，这种血压昼夜节律的异常是靶器官损害、心血管事件、卒中甚至死亡的独立预测因素^[1]，需重视 24 h 动态血压监测，做到早发现早治疗。徐老师指出，此类患者多形体偏胖，呈现出痰湿之象，病机属痰湿阻滞、清

阳不升。生理情况下人体血压在一天之中的变化应遵循阴阳规律,即上午属“阳中之阳”,为一天中阳气渐盛之时,此时血压在阳气鼓动下逐渐达到峰值,而夜半阳气逐渐收敛,血压应逐渐下降至谷值。若脾失健运,痰湿阻滞中焦而清阳不升、浊阴不降,阴阳气血紊乱,影响血压的正常消长。痰湿阻滞,影响气血运行,还可引动肝风,肝风夹痰湿上扰清窍,清阳不升则见眩晕、头痛。

反构型高血压主症可见夜间血压明显升高,眩晕,头痛,头重如裹,身重,胸闷,呕吐痰涎,形体偏胖;次症可见喉中有痰或咳嗽有痰,心悸,精神倦怠,多寐健忘,纳呆食少,大便溏软;舌淡,或边有齿痕,苔白腻,脉滑。治宜化痰祛湿、平肝熄风,方用半夏白术天麻汤合加味红龙夏海汤加减,常用法半夏 10 g、茯苓 15 g、麸炒白术 12 g、天麻 20 g、钩藤 20 g、川牛膝 15 g、怀牛膝 15 g、海藻 15 g、夏枯草 12 g、地龙 12 g、葛根 15 g。半夏白术天麻汤出自《医学心悟·眩晕》,功擅健脾祛湿、化痰熄风,是治疗风痰眩晕、头痛的经典方剂。加味红龙夏海汤是周文泉教授治疗高血压病的经验方,由天麻、钩藤、川牛膝、怀牛膝、地龙、夏枯草、海藻、葛根、川芎、枸杞子组成,具有平肝潜阳、消痰熄风的功效^[14]。两方加减化裁,共奏除痰湿、平肝风、潜肝阳之功,使清阳得升、浊阴下降。现代研究显示,半夏白术天麻汤可提高血清一氧化氮浓度,降低血清炎症因子水平,有效抑制肾素-血管紧张素系统各因子 mRNA 的表达,提高血管内皮功能,从而发挥降血压的作用^[15];加味红龙夏海汤可改善血管内皮功能和血脂水平,稳定粥样斑块,有助于治疗高血压病^[16]。

由于老年患者多气虚,应适当补气以促痰消,可加陈皮、砂仁、藿香、佩兰等醒脾运脾之品以健运脾气;若湿浊较重而见疲乏明显、腹泻、舌苔厚腻,可加土茯苓、绵萆薢除湿去浊;若痰郁化火而见心烦口苦、舌红、苔黄腻,可加黄连、莲子心或合用黄连温胆汤清热化痰。

2.2.3 餐后低血压 餐后低血压表现为进餐后 2 h 内收缩压下降 ≥ 20 mmHg 或餐前收缩压 ≥ 100 mmHg、餐后收缩压 < 90 mmHg,或餐后血压下降虽未达到上述标准但出现餐后心脑血管症状^[1]。餐后低血压的发病机制尚未完全明确,可能与进食诱导的内脏供血的代偿性心血管反应不足有关,且该症状的治疗效果尚不理想^[17]。研究发现,餐后低血压与全因死亡率及远期心血管事件的发生率呈独立正相

关^[18],临床应重视该病的防治。徐老师认为,餐后低血压发生的本质是脉道的充盈减弱。脾为气血生化之源,主统血,平素脾虚或脾胃因诸多原因而受损者,餐后无力运化水谷精微,则脾不升清,浊阴不得下降,导致气血壅塞于中焦,加之脾虚气血化源不足,终使血脉失充,不能供养四肢髓海,出现低血压、眩晕、头痛、乏力等清阳不升表现。此外,在餐后低血压患者中早餐后血压降低的检出率明显高于午餐和晚餐^[19-20],这可能是因为早晨为人体一身阳气始发之时,阳气推动与鼓舞血液功能较弱,使脉道充盈减弱,故血压降低多于早餐后出现。

餐后低血压主症可见餐后血压明显降低,伴头晕眼花,劳累后加重;次症可见面色㿔白,神疲乏力,倦怠懒言,耳鸣耳聋,心悸少寐,腹胀食少,甚则畏寒肢冷、便溏等;舌淡嫩或胖大,苔白,脉弱或虚。治宜补中益气、升阳举陷,方用补中益气汤或益气聪明汤加减。补中益气汤是《脾胃论》的经典方剂,益气聪明汤出自《东垣试效方》,二者均有补脾胃、益气升清阳的作用,恰合餐后低血压的病机特点。临证时神疲乏力、倦怠懒言等气虚表现较重者,以补中益气汤为主,头晕眼花明显者则以益气聪明汤为主。同时常加平肝熄风之天麻以止眩,并佐连翘清热以防补益太过致气郁化火,又可散壅塞之气血。若伴自汗,当重用黄芪 30 g,另加浮小麦、煅龙骨、煅牡蛎等益气固表敛汗;若伴腹部胀痛明显,可加木香、砂仁行气止痛;若伴脾虚湿盛之舌胖兼边有齿痕,可合用参苓白术散健脾渗湿;若伴气虚血瘀之舌有瘀点、舌下络脉增粗迂曲,可加三七粉、醋香附、醋延胡索、丹参、川芎等行气活血。此外,治疗时应嘱患者避免进食温度过高的食物,减少淀粉类食物的摄入,建议进餐前先服用中药。

2.2.4 体位性低血压 体位性低血压是指由卧位转为直立位时(或头部倾斜 $> 60^\circ$)收缩压下降 ≥ 20 mmHg 和(或)舒张压下降 ≥ 10 mmHg^[1]。其是全因死亡的独立危险因素,同时也是导致老年人晕厥、跌倒及认知功能减退的重要原因之一^[21]。徐老师认为,体位性低血压多见于脾胃虚弱者,中土不运,精微不布,气机升降失调,气血逆乱,清阳难升,故体位变化时出现头晕眼花、腰膝酸软甚则昏仆。临床表现除卧位转直立位时血压下降明显外,其余伴随症状多与上述餐后低血压的症状相似。治法同样以补中益气、升阳举陷为要,方用补中益气汤或益气聪明汤加减。有研究^[22]显示,补

中益气丸联合西药治疗神经源性体位性低血压的疗效明显优于单纯西药治疗,且不良反应少。

此外,临床中有部分患者表现为体位性低血压伴卧位高血压,属于难治病,需找到控制血压的平衡点,西医治疗时通常选择临睡前服用短效降压药来控制卧位血压^[23]。徐老师认为,其核心病机仍属脾胃虚弱致中气升降失常,但其卧位高血压的存在常责之肝阳上亢。气机的紊乱导致阴阳失调,水液运行失常,易停聚成痰成瘀,加之老年人多肝肾亏虚,易痰瘀挟肝风上逆,形成肝阳上亢之证,故见卧位血压升高;亢盛之肝风克伐脾土,又进一步加重脾虚,两者互为因果形成恶性循环,而见清阳不升合并肝阳上亢的复杂病机。治疗时强调调整阴阳,燮理中气,升阳与潜阳共用,可用补中益气汤或益气聪明汤合用天麻钩藤饮类方。

3 验案举隅

患者,女,74岁,2019年2月25日初诊。主诉:餐后血压降低伴头晕10余年,加重1天。患者有高血压病史30余年,平素口服厄贝沙坦氢氯噻嗪片(150 mg/12.5 mg)每日1次、每次1片,苯磺酸氨氯地平片每日1次、每次5 mg,血压控制欠佳。10余年前患者发现餐后血压偏低,自测餐后2 h内血压较餐前下降约20~25 mmHg,发作时头晕明显,站立不稳,卧床休息10 min左右可缓解。上述症状间断发作,后随年龄增长逐渐加重,发作频率明显增多,但患者一直未予重视。昨日居家自行监测血压,午餐前为144/87 mmHg,午餐后半小时内为103/68 mmHg,午睡后14:00为186/105 mmHg,全天血压波动在100~190/60~105 mmHg范围;午餐后血压降低时头晕明显加重,不能站立,休息10 min仍不能缓解。刻下症见:平素易感倦怠乏力,夜间自觉口黏,纳食一般,餐后时有腹胀,饮用牛奶后常出现呃逆,眠可,二便调。舌淡,苔白,脉沉弱。既往冠心病、高脂血症病史20年。24 h动态血压示:平均血压133/76 mmHg,最高血压169/95 mmHg,最低血压89/43 mmHg。西医诊断:老年高血压病,餐后低血压;中医诊断:眩晕(脾胃亏虚、清阳不升证)。治以补中益气、升阳举陷为法,予补中益气汤加减。处方:炙黄芪30 g,麸炒白术15 g,陈皮12 g,党参30 g,北柴胡10 g,升麻6 g,当归30 g,木香6 g,砂仁10 g(后下),葛根20 g,茯苓20 g,丹参15 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚餐前服用。嘱口服西药厄贝沙坦氢氯噻

嗪片(150 mg/12.5 mg)每日1次、每次1片,苯磺酸氨氯地平片每日1次、每次5 mg,富马酸比索洛尔片每日1次、每次5 mg,螺内酯片每日1次、每次20 mg。同时嘱患者低钠饮食,避免进食温度过高的食物,适当进行有氧训练,保证充足睡眠及心情愉悦。

2019年3月11日二诊:餐后血压降低较前明显好转,频率减少且血压降低时无明显头晕,自测全天血压较为平稳,维持在140~150/65~80 mmHg水平,倦怠乏力与夜间口黏症状较前有所改善,餐后时有困倦,仍餐后腹胀,偶有腹痛,双下肢轻度水肿,纳眠可,大便质黏、排便不畅、二三日一行。舌暗淡,苔白少津,脉沉弱。将初诊方中炙黄芪改为生黄芪30 g,麸炒白术改为生白术30 g,去北柴胡、木香、砂仁、葛根,加醋香附12 g、盐杜仲15 g、地龙12 g、炙甘草6 g。14剂,每日1剂,煎服法同前。口服西药用法用量同前。

2019年3月25日三诊:患者每次测量餐后血压较餐前下降均小于10 mmHg,未出现头晕症状,倦怠乏力、餐后困倦等基本消失,居家自测血压波动在130~140/80~90 mmHg水平,腹痛腹胀较前减轻,双下肢无水肿,大便基本成形、排便较前畅通、每日一行。舌淡红,苔白,脉微弦。效不更方,继予二诊方服用1个月后停药。口服西药用法用量同前。

2019年9月电话随访,餐后低血压症状未再发作,血压控制良好,生活质量明显提高。

按语:本例患者为老年女性,根据其病史,老年高血压病的疾病诊断明确;根据相关症状、体征及辅助检查等,亦符合餐后低血压的症状诊断。基于病症结合观点,餐后低血压的病机多属脾胃亏虚、清阳不升,气血壅塞于中焦且化源不足,导致血脉失充,无力供养四肢髓海,清阳不升,故见餐后血压降低、头晕等。据此辨病辨证后,再结合其他伴随症状及舌脉辨证,如平素易感倦怠乏力、餐后腹胀、呃逆及舌脉等均符合脾胃亏虚之象。故治疗以补中益气、升阳举陷为法,予补中益气汤加减,方中用党参代替补中益气汤原方之人参,考虑党参性平、味甘,补益之力较人参更为和缓,更适用于慢性疾病患者,尤其是易阴阳失调的老年患者;另加葛根增强升提清阳之力,又可引药上行直达头目之病所;餐后腹胀,加木香、砂仁健脾行气、和胃消积,同时理气行气以防气虚所致气滞;考虑脾失健运,水液输布失常,故加茯苓利水渗

湿,以防痰湿内生而阻滞中焦;久病多瘀,加丹参活血通络。二诊时餐后低血压主症已明显好转,头晕基本消失,时有餐后困倦,考虑中气下陷有所改善,故去柴胡、葛根以减弱升阳之力;老年高血压病存在肝肾亏虚的发病基础,加盐杜仲补益肝肾、炙甘草益气补中,增强补益之力;餐后腹胀腹痛,考虑木香、砂仁辛香温燥,久用有助火伤阴之弊,故易为较平和的醋香附行气止痛;大便质黏、排便不畅,故易麸炒白术为大剂量生白术以润肠通便;双下肢水肿,故易炙黄芪为生黄芪加强利水消肿之功;结合舌脉,为防久病入络、虚久致瘀,加地龙活血散瘀通络。三诊时餐后低血压已基本好转,效不更方以巩固疗效。基于病症结合观点辨治老年高血压病,根据餐后低血压之症明确病机,兼顾局部与整体,从而简化中医辨治流程,以便快速地施以相应的中西医结合治疗方案。

参考文献

- [1]国家老年疾病临床医学研究中心中国老年心血管病防治联盟.中国老年高血压管理指南 2019[J].中华老年病研究电子杂志,2019,6(2):1-27.
- [2]陈可冀,蒋跃绒,谢元华.病证结合治疗观的过去与现在[J].中国中西医结合杂志,2011,31(4):437-443.
- [3]江慧楠,蒋卫民.从“乙癸同源”论治老年高血压[J].内蒙古中医药,2022,41(6):65-67.
- [4]陆艳秀,贺泽龙.中医肝脾肾与老年高血压病关系探讨[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(1):34-36.
- [5]李秋忆,陈可冀.基于病证结合探讨老年冠心病中西医结合诊治思路[J].中国中西医结合杂志,2022,42(11):1383-1386.
- [6]李逸雯,罗斌玉,崔京,等.病证结合与冠心病防治策略[J].中国科学:生命科学,2022,52(6):797-811.
- [7]王永炎,孙长岗.中医学证候体系的哲学基础[J].中医杂志,2017,58(18):1531-1533.
- [8]宋婷婷,徐慧,汪莉,等.基于 ACE-Ang II-AT1 轴及 ACE2-Ang(1-7)-Mas 轴探讨原发性高血压的中医证候实质[J].中医杂志,2021,62(7):585-590.
- [9]张志涛.原发性高血压患者血压晨峰现象与心血管事件发生相关性分析[J].中国药物与临床,2020,20(14):2387-2389.
- [10]黄智威,付长庚,徐丹苹,等.清眩降压汤/清达颗粒治疗高血压病的作用机制及临床应用研究进展[J].中国中西医结合杂志,2022,42(8):1020-1024.
- [11]黄智威,徐丹苹,吴炳鑫,等.清眩降压汤联合西药治疗高血压疗效的 Meta 分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(12):2243-2250.
- [12]陈达鑫,蔡巧燕,张铃,等.基于 NF- κ B 通路研究清眩降压汤对自发性高血压大鼠的肾脏保护作用[J].福建中医药,2021,52(9):28-30.
- [13]刘望予,陈宏伟,陈达鑫,等.清眩降压汤对自发性高血压大鼠肾脏损害的保护作用[J].中医杂志,2018,59(21):1873-1876.
- [14]刘方.周文泉用加味红龙夏海汤治疗高血压病经验[J].世界中医药,2010,5(5):320-321.
- [15]刘宁宁,张铁军,郝非凡,等.半夏白术天麻汤治疗痰湿壅盛型高血压机制探讨[J].河北中医药学报,2020,35(4):40-43.
- [16]李涛,袁国良,马成彬,等.加味红龙夏海汤联合硫酸氢氯吡格雷片对高血压合并颈动脉粥样硬化病人粥样斑块、血脂和血清 ET、NO 水平的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(19):2983-2987.
- [17]BORG MJ, XIE C, RAYNER CK, et al. Potential for gut peptide-based therapy in postprandial hypotension [J]. Nutrients, 2021, 13(8):2826.
- [18]JENKINS DJA, SAHYE-PUDARUTH S, KHODABAN-DEHLOU K, et al. Systematic review and meta-analysis examining the relationship between postprandial hypotension, cardiovascular events, and all-cause mortality [J]. Am J Clin Nutr, 2022, 116(3):663-671.
- [19]卢凤玲.餐后不同体位对老年原发性高血压伴餐后低血压患者餐后血压的影响研究[D].北京:北京中医药大学,2020.
- [20]成功.老年住院患者餐后低血压与心率变异性及血瘀证候的关系[D].济南:山东中医药大学,2022.
- [21]NORCLIFFE-KAUFMANN L, KAUFMANN H, PALMA JA, et al. Orthostatic heart rate changes in patients with autonomic failure caused by neurodegenerative synucleinopathies [J]. Ann Neurol, 2018, 83(3):522-531.
- [22]梅可夫.补中益气丸联用米多君在症状性神经源性体位性低血压的疗效及安全性观察[D].郑州:郑州大学,2019.
- [23]FANCIULLI A, JORDAN J, BIAGGIONI I, et al. Consensus statement on the definition of neurogenic supine hypertension in cardiovascular autonomic failure by the American Autonomic Society (AAS) and the European Federation of Autonomic Societies (EFAS): Endorsed by the European Academy of Neurology (EAN) and the European Society of Hypertension (ESH) [J]. Clin Auton Res, 2018, 28(4):355-362.

(下转第 2002 页)