·名医经验·

祝光礼教授治疗高血压的辨证论治思路

郑文龙 祝光礼

（浙江中医药大学附属广兴医院 浙江省杭州市中医院，浙江 杭州 310007）

原发性高血压是一种终身性疾病，需要长期服药治疗。中药治疗在降血压方面似乎难与降压西药相比[1]。但是，中医药在改善患者症状、提高生活质量和防治高血压病靶器官损害等方面具有明显的优势，西药的毒副作用也给中医治疗高血压病带来良好的契机[2]。对于一些轻度高血压病的患者，单纯中药治疗也能取得满意的降压效果。祝光礼教授是全国第五批老中医药专家学术经验继承指导老师，从事中西医结合心血管内科临床工作近 40 年，原发性高血压在所诊治患者中占有很大的比例，祝老对于原发性高血压辨证与中医药治疗具有一些独到的见解，现总结如下。

1 病因病机

1.1 先天禀赋不足：人之精气禀自父母，父母阴阳气血偏盛偏衰会影响其子女。在后天因素的影响下，禀赋不同容易造成阴阳失衡的发生。原发性高血压的家族聚集倾向和分子生物学、遗传学的研究进展[3]，反映了先天禀赋对高血压发生的重要性。

1.2 饮食不节：《素问·奇病论》云：“数食甘美而多肥也。肥者，令人内热”。又《素问·五脏生成篇》云：“是故多食咸，则脉凝泣而变色[4]”。《灵枢·五味论》中云：“血与咸相得则凝[5]”。现代医学认为，盐过量摄入将导致内皮功能障碍、肾素－血管紧张素－醛固酮系统激活。《内经》“肥胖令人内热”和“过食咸能使血行凝泣”的观点、与现代医学肥胖和摄钠过多为高血压危险因素非常一致[6-7]。

1.3 情志所伤：肝主气机、调情志。肝疏泄功能正常则气机调畅、气血调和、心情开朗；疏泄不足则肝气郁结、心情抑郁；升泄太过，则阳气升腾，令人易怒。而恼怒、抑郁又反过来加重肝气郁结或肝阳上亢。本质上可能与长期精神刺激引起大脑皮质功能失调，交感神经、副交感神经调节不平衡，神经末梢儿茶酚胺类物质释放增加导致血管收缩有关[8]。

1.4 内伤虚损：肝藏血、肾藏精，肝肾同源，精血互生。年老体弱，肾气渐耗、肾阴亏虚，久则水不涵木而肝阳上亢，扰乱清空而成眩晕、头痛。久病或过劳，皆能耗伤精气使人之阴阳失衡导致高血压的发生。

由此可见，高血压多因禀赋不足、饮食不节、情志所伤或内伤虚损，导致机体阴阳气血失调，日久则变生风、火、痰、瘀、水饮等内生之邪。病位在肝肾，可累及心脾。病性多为虚实夹杂。《丹溪心法·头眩》云：“头眩，痰夹气虚并火，治痰为主，无痰则不作眩，痰因火动[9]”。《证治汇补》眩晕：“以肝上连目系而应于风，故眩为肝风，然亦有因火、因痰、因虚、因暑、因湿者[10]”。

2 临床分型

中华中医药学会推荐将高血压分为痰瘀互结证、阴虚阳亢证、肾阳虚衰证和气血亏虚证 4 种证型分型论治，而痰瘀互结证是北方地区高血压患者最多的证型[11]。由于南北地区患者体质、饮食结构、生活方式、气候条件等因素，造成高血压中医证型的南北差异，痰湿壅盛型患者南方比例低于北方[12]。祝教授根据自己多年的临床实践，主张以阴阳虚实为纲，将高血压分为肝火上炎、肝阳上亢、肝肾阴虚、阴虚阳亢、阴阳两虚 5 种证型，痰、瘀、水饮等多以兼夹的形式存在[2]。祝教授认为，高血压初期多以肝火上炎或肝阳上亢为主，多见单纯舒张压增高；随着病情进展，阳损及阴，形成肝肾阴虚之证，此时收缩压和舒张压往往均增高；继则阴损及阳，成为阴阳两虚，此期以收缩压增高为主，多伴有心、脑、肾、视网膜等靶器官损害[13]。《灵枢·本神》曰：“阴虚则无气[3]”，又《素问·阴阳应象大论》云“咸伤血，甘胜咸”。阴虚则肾气渐耗、肾虚者阴血渐衰。高血压患者，特别是老年患者病程日久，容易合并虚证，则需要随证加用益气、养血、温阳的药物。

2.1 肝火上炎型：症见头痛头晕、面赤目胀、心烦易怒、口苦口干、大便干结、舌红苔黄、脉弦数有力。治则清肝降火，处方用加味逍遥散加减（白菊花 9 g，牡丹皮 12 g，当归 12 g，生地黄 12 g，白芍 12 g，黄芩 12 g，泽泻 12 g，茯苓 12 g，山药 15 g，柴胡 6 g，炒枳壳 6 g）。

2.2 肝阳上亢型：症见头晕头痛、心烦少寐、面红潮热、目眩耳鸣、口干、舌红苔白或黄白相间、双脉常弦而寸脉独浮。治则平肝潜阳，处方用天麻钩藤饮加减（天麻 9 g，钩藤 15 g，石决明 15 g，珍珠母 15 g，白芍 12 g，枸杞子 15 g，淮山药 15 g，茯苓 12 g，桑寄生 15 g，杜仲 15 g）。

2.3 肝肾阴虚型：症见头晕目眩、耳鸣如蝉、腰膝酸软、失眠多梦、口干咽燥、舌红苔少、脉虚细略数。治则养阴益肾、柔肝，处方用左归饮、一贯煎加减（生地黄 12 g，山茱萸 12 g，淮山药 15 g，枸杞子 15 g，茯苓 12 g，天麻 9 g，石决明 15 g，川楝子 6 g，北沙参 12 g，麦冬 12 g，炙甘草 3 g）。

2.4 阴虚阳亢型：症见眩晕头痛、头重脚轻、心烦失眠、手足心热、耳鸣心悸、舌尖红、苔薄白、脉弦数。治则滋阴潜阳，处方用杞菊地黄汤加减（生地黄 12 g，山茱萸 12 g，淮山药 15 g，枸杞子 15 g，白菊花 9 g，茯苓 12 g，天麻 9 g，石决明 15 g，麦冬 12 g，牛膝 15 g，炙甘草 3 g）。

2.5 阴阳两虚型：症见头痛眩晕，耳鸣，视物昏花，劳则气短，畏寒肢冷，夜尿增多，舌淡苔白，脉沉细等，舌淡边有齿痕、苔白、脉沉细，脾脉或弦、肝脉反软。治则益气健脾、育阴

doi：10.3969/j.issn.1008-9691.2015.05.021

基金项目：浙江省中医药管理局科研课题（2014ZA091）

通讯作者：郑文龙，Email：lotuszwl@163.com

助阳，处方用保元煎合左归饮加减（黄芪 15 g，炒党参 15 g，桂枝 6 g，枸杞子 15 g，淮山药 15 g，生地黄 12 g，山茱萸 12 g，天麻 9 g，砂仁 3 g，炙甘草 3 g）。

3　兼证的治疗

随病情进展，高血压患者常出现气血阴阳亏虚、风火痰瘀上扰或水饮湿邪留恋的表现。治疗除益肾平肝、补虚升清外，尚需化痰降浊、清火熄风、活血行水等治标之法[14]。

3.1　兼瘀：高血压病日久，累及血分，血行不畅而渐成血瘀，症见头痛、经久不愈，肢体麻木疼痛、痛有定处，舌质紫暗甚至有瘀斑，舌下络脉瘀滞、脉细涩等表现。现代医学研究发现，长期高血压可引起组织微循环功能障碍，导致血流减慢、组织缺氧、血管内膜损伤、微血栓形成、血黏度增高等一系列病理变化[15]，符合瘀血内生的临床表现。宋·杨仁斋在《仁斋直指方论》提出“瘀滞不行，皆能眩晕”；《素问·阴阳应象大论》云：“血实者宜决之”治疗当“疏其血气，令其调达[2]”。可以加用川芎、赤芍、郁金，或伍以通窍活血汤。

3.2　兼痰：痰浊是高血压病发生发展的重要病机之一[16]。王国利等[17]调查 120 例高血压病患者中医证候分布情况，发现痰浊证占全部证候的 26.13%。其主要表现是：头重如裹，呕吐痰涎，肢重体麻，苔白腻。治疗时可加用远志、石菖蒲、半夏，或伍以半夏白术天麻汤、温胆汤等，特别是对伴有失眠、多梦的患者，疗效尤为理想。

3.3　水饮：高血压患者或因“木旺土虚”或“土虚木贼”，导致脾运不健、水湿内停，或因阴损及阳，肾气亏虚、气化失司，出现脘腹胀满、肢体水肿或困重、大便溏薄、甚者气短、不能平卧之症，舌淡胖带紫、苔白腻、脉沉细无力或濡弱[18]。治疗可在益气健脾、温肾平肝基础上加桑白皮、葶苈子、生姜衣，或伍以五皮饮。

4　结　语

中西医结合治疗较之单纯的中医或西医治疗有着不可替代的优越性，是高血压治疗的最佳方法[1]。中医学没有“血压”的概念，辨证时注意不能将高血压和中医的“眩晕”、“头痛”、“中风病”等病等同起来，要坚持“中医思维”，关注脏腑、阴阳和气血的失衡，以调节机体的阴阳气血平衡为目的，从病机、证型着手，辨证施治，灵活应用中医学“辨证论治”和“异病同治”的诊疗思路，针对合并症、并发症采取必要的辨证、辨病治疗，才能真正地发挥中西医结合治疗的优势，使更多的患者获益。

参考文献

[1] 王琼，冼绍祥 . 中医药治疗高血压临床疗效的 Meta 分析[J]. 中国实验方剂学杂志，2013，19(9)：345-349.
[2] 祝光礼，陈铁龙 . 高血压病的中医药治疗进展[J]. 浙江中西医结合杂志，2002，12(11)：726-727.
[3] 杨国红，周欣 . 高血压发病机制的基因学研究进展[J]. 武警医学，2013，24(11)：985-988.
[4] 山东中医学院，河北中医学院 . 黄帝内经素问校释[M]. 北京：人民卫生出版社，1982.
[5] 南京中医学院中医系 . 黄帝内经灵枢校释[M]. 上海：上海科学技术出版社，1986.
[6] 华琦，任海荣 . 正确认识高盐和高血压[J]. 首都医科大学学报，2011，32(5)：617-625.
[7] 吴学坤，蒋立新 . 肥胖型高血压的研究进展[J]. 中国循环杂志，2014，29(z1)：141.
[8] 孔剑琼，常桂娟，佐君丽，等 . 儿茶酚胺增多症对左心结构的影响[J]. 中国循环杂志，2006，21(3)：212-214.
[9] 朱丹溪 . 丹溪心法(评注)[M]. 西安：三秦出版社，2005：212-214.
[10] 李用粹 . 证治汇补(评注)[M]. 北京：中国中医药出版社，2008.
[11] 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.
[12] 韦庆丰，稔克刚 . 南北不同地域高血压病中医证型分布特点及相关因素分析[J]. 实用心脑肺血管病杂志，2012，20(6)：934-935.
[13] 祝光礼，钱宝庆，陈铁龙，等 . 阴阳两虚型高血压患者动态血压变化特点与靶器官损害相关性的临床研究[J]. 浙江临床医学，2004，6(2)：90-91.
[14] 王荣忠 . 中西医结合治疗高血压心脏病患者的临床观察[J]. 中华危重病急救医学，2010，22(2)：75.
[15] 任红杰 . 高血压病血瘀机制探讨[J]. 中医研究，2011，24(11)：8-10.
[16] 冷永群，李雪松，卢佳佳，等 . 痰浊内阻型原发性高血压动态血压分析及其与混沌理论的相关性研究[J]. 中国中西医结合急救杂志，2011，18(3)：167-169.
[17] 王国利，雷燕，陶丽丽 . 高血压病中医证素分布与组合特征研究[J]. 中国中医药信息杂志，2012，19(1)：29-31.
[18] 刘文军，戴希文，饶向荣，等 . 益肾降压方治疗肾实质性高血压的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志，2001，8(3)：131-133.

（收稿日期：2015-03-04）
（本文编辑：李银平）

·读者·作者·编者·

本刊对图表的要求

作者投稿时，原稿中若有图表，每幅图表应紧随文字叙述之后排。每幅图表应冠有准确的图表题。说明性的文字应置于图表下方注释中，并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。图不宜过大，最大宽度半栏图不超过 7.5 cm，通栏图不超过 16.5 cm，高宽比例以 5∶7 为宜。以计算机制图者应提供原始图片（eps、spv、pdf 格式）。照片图要求有良好的清晰度和对比度；图中需标注的符号（包括箭头）请用另纸标上，不要直接写在照片上。每幅图的背面应贴上标签，注明图号、方向及作者姓名。若刊用人像，应征得本人的书面同意，或遮盖其能被辨认出系何人的部分。大体标本照片在图内应有尺度标记。病理照片要求注明染色方法和放大倍数。森林图另附 word 文档，重点标目词宜用中文表述。若使用其他刊物的原图表，应注明出处，并附版权所有者同意使用该图表的书面材料。

表格建议采用三横线表（顶线、表头线、底线），如遇有合计和统计学处理内容（如 t 值、P 值等），则在此行上面加一条分界横线；表内数据要求同一指标保留的小数位数相同，一般比可准确测量的精度多一位。