

基于血脉理论探讨高血压病诊疗的新思路

冷肖慧¹ 杨传华²

(1. 山东中医药大学, 山东济南 250014; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东济南 250014)

摘要 “血脉”理论是中医辨治高血压病的特色和优势。基于现代医学对高血压病发病机制的认识,结合《黄帝内经》对“血脉”的记载,将现代医学的“离子通道表达异常、交感活性亢进、水钠潴留、血管病变”等学说,归属于“血脉”体系下的“气-血-脉”三个维度,分别采用“疏肝解郁、清热泻火”“平肝潜阳、重镇降逆”“祛瘀化痰、补肾和脉”等治法,用之临床,效如桴鼓。在血脉理论指导下探讨高血压病的精准化诊疗,是现代中西医结合发展背景下诊疗疾病的新型思维方法。

关键词 高血压病;中医病机;中医药疗法

中图分类号 R259.441 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2021) 09-0017-04

基金项目 国家自然科学基金面上项目(81573916);泰山学者岗位建设资金资助项目(2018-35)

循证医学研究表明,高血压已成为中国人群心脑血管疾病最重要的危险因素,心脑血管病的发生和死亡一半以上与高血压有关^[1]。我国居民高血压患病率逐年递增,知晓率、治疗率和控制率相对较低,据2015年全国高血压调查结果显示,我国18岁以上居民高血压患病率为25.2%,其控制率仅为13.8%^[2],与发达国家比较相差甚远。高血压病以其高致死率、致残率,已经成为我国居民健康的头号杀手,所以高血压病患者血压达标,是目前亟须解决的问题。现代医学对高血压病的认识较为完善,药物分子的靶向治疗,降压效果显著,但不少患者苦于副

作用明显,依从性较差,而中药毒副作用少,与西药联合可达事半功倍的效果,中西医结合是高血压病诊疗的发展趋向。笔者试从血脉理论探讨高血压病的诊疗思路。

1 “血脉”含义

“血脉”一词最早出现于《黄帝内经》,其含义可以概括为:(1)血管,即血液运行的通道;(2)血络,或称络脉;(3)代指血脉中“宛陈”,或称恶血、瘀血^[3]。可见“血脉”的实质即以心为主导的“气-血-脉”独立系统,脉是气血运行的通道,气是血在脉中运行的动力,正如《素问》中提道:“夫脉者,血

故用生姜代替干姜;吴茱萸散寒止痛,暖肝经;生晒参补气,淫羊藿填精补肾,巩固空虚之体;甘草调和诸药。以汗开路,既可散表寒又可通经络、畅气机,脉络通畅才可温肾阳暖脾土,水温土暖,神清体健。但此类患者单用疏肝解郁法难以扭转,应用汗法开路,使毛窍开,气机畅通才能调理肝肾。患者状态平稳后,应调理脾胃、填补肾精,以巩固机体。

3 结语

“以汗开路法”的组方用药以辛温为始,以温补为终,畅通经络、调节气机、破除阴寒、温阳益气。内伤杂病的发生发展较为复杂,治疗方法多样,治疗杂病必然需要一个开路法,为杂病的治疗做铺垫。“以汗开路法”以辛温为导,扩大了汗法的临床应用,使杂病的治疗清晰、简洁。

参考文献

- [1] 徐晓楠,王刚,张路,等.汗法与解表法关系的思考[J].中医杂志,2020,61(7):638.
- [2] 赵悦岐,赵颖.“汗法”在皮肤病中的应用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(4):217.
- [3] 刘洋,张明泉,张洁晗,等.李士懋运用汗法治疗高血压经验[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(1):130.
- [4] 朴持炫.桂枝文献的研究[D].北京:北京中医药大学,2010.

第一作者:梁仁久(1994—),男,医学硕士,助教,从事中医药防治脾胃病研究。

通讯作者:黄贵华,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师。hgh8828@163.com

收稿日期:2021-01-05

编辑:吴宁

之府也”，“心主身之血脉”，“心藏血脉之气”。血是运行于脉中具有滋润、濡养全身脏腑组织作用的红色液态物质，即所谓“血者濡也，脉者渎也”。故“血脉”系统作为人体的一个独立系统，亦有其自身的生理和病理状态。

2 “血脉”生理

《灵枢》记载：“脉道以通，血气乃行”，“血脉和利，精神乃居”，指出脉道通利是血液运行的必要前提，脉贵通利，血贵调和，血脉和利是机体健康的前提条件。血脉和利，才能正常濡养周身。血、脉二者息息相关，是人赖以存在的基础^[4]。《灵枢·决气》：“壅遏营气，令无所避，是谓脉”，说明脉还有约束和推动血液在脉道内运行，令其循环往复、周流不息的重要作用^[3]。李时珍《濒湖脉学》记载：“脉乃血派，气血之先，血之隧道，气息应焉”，更进一步说明了“气-血-脉”三者的关系。脉管壅遏气血，而气驱动血液在脉管内运行形成血压，血压的高低变化受“气-血-脉”三个维度的影响。正如王玉民教授^[5]所说，生理状态下血压的形成是在人体阳气的推动下，由心脏鼓动循环于血脉中的血液对经脉的充盈现象；脏腑气机通过对脉络的舒张与收缩状态调节，以及血液在经脉和络脉中分布量的调节，可以影响血压高低。这与现代医学对血压的认识不谋而合，现代医学认为随着心脏的搏动，血液被泵出后首先进入大动脉，大动脉通过收缩和传送将血液送达全身各处。这一过程中血压的变化是多种因素综合作用的结果，这些因素均可归属于“气-血-脉”三个维度。

2.1 “气”是血压形成的必要条件 《内经》中记载：“心藏血脉之气”，便是认为推动血脉周而复始运行的动力始于心。心脏射血，一部分能量推动血液向前流动，形成收缩压，另一部分能量则转化为大动脉管壁扩张产生的弹性势能暂时储存，以便心舒张期继续推动血液前行，从而形成“周而复始，如环无端”的血脉系统。“气为血之帅，血为气之母”，可见气是推动血液在脉内运行的源动力。

2.2 “血”是动脉血压形成的前提条件 血液循行于脉中，对脉管壁产生的压力，受血液充盈量和脉管系统容积共同调配，这便是循环系统平均充盈压，当血液充盈量增大或脉管系统容积减少时，循环系统平均充盈压便会升高，血压便会上升，反之，血压便会下降。

2.3 “脉”是动脉血压形成的基础条件 脉壅遏血液，外周血管阻力及主动脉和大动脉的弹性贮器作用是血液运行的结构基础。产生外周阻力作用的血管主要是小动脉和微动脉，正由于这些阻力血管的

存在，使得心室每次收缩射出的血液只有大约1/3流到外周，其余暂时储存于主动脉和大动脉中，因而使得动脉血压升高，而进入心舒张期后，主动脉和大动脉管壁的弹性回缩推动血液继续流向外周，进而形成舒张压。若没有外周阻力，血液泵出后将全部流到外周，大动脉内的血压将难以维持，心舒张期的血压也将不复存在。

3 “血脉”病理

如前所言，血脉贵在和利，血脉不和则发为“脉病”。然而高血压正是由于脉管压力过高，超过正常范围所致。高血压病应属“脉病”范畴，而运行于脉中的气血发生变化及脉管的正常生理功能和结构发生改变时，均会引起血压的变动。气血是一身之精微，也是生理基础，气血的生成、运行与五脏功能息息相关，且五脏属于整体系统，一脏病变可累及各脏。

3.1 “气”的病变 心脏每搏输出量的增多，搏出量增加时，收缩期射入主动脉的血量增多，动脉管壁所承受的压强也增大，故收缩压明显升高。临床上很多心衰患者的典型表现便是心脏的泵血功能降低，血压下降。而长期饮酒者，高血压病的患病率较高，且与饮酒量呈正比。有资料显示，每日饮酒30 mL，其收缩压可增高4 mmHg (0.532 kPa)，舒张压可增高2 mmHg (0.266 kPa)，高血压病的患病率为50%；每日饮酒60 mL，收缩压可增高6 mmHg (0.8 kPa)，舒张压可增高2~4 mmHg (0.266~0.532 kPa)，高血压病的患病率为100%。也正是因为酒精会促进体内皮质激素、儿茶酚胺水平升高，交感神经兴奋，心率增快，心脏输出量增加所致。有学者进行过对照研究，发现饮酒者血压水平普遍高于不饮酒者，尤其是收缩压的改变更为显著。其实早在《内经》中便有饮酒会使血压升高的记载：“酒入于胃，则络脉满而经脉虚”，清代医家张志聪也认为“酒入于胃，随卫气而先行皮肤，先充络脉，络脉先盛……而经脉大盛”。此外，心率加快时，心舒张期缩短，依靠主动脉和大动脉弹力回缩流向外周的血量减少，残余血量增多，舒张压随之升高；同时残余血量增多致使下一心动周期时心脏的泵血量增多，使得收缩压也随之升高。即现代医学认为的交感神经系统活性亢进学说。

3.2 “血”的病变 如前所言，循环系统平均充盈压是动脉血压形成的前提条件。而当肾小球滤过率下降、肾小管重吸收钠水增多，发生肾性水钠潴留时，循环系统平均充盈压将会升高。可见肾性水钠排泄障碍是高血压病理机制中的核心环节，其次肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RASS)也是人体调节血压

的重要内分泌系统。当机体大出血或者血压下降时肾血流量减少, RASS激活, 使血管收缩、水钠潴留, 血容量增加, 均会导致循环系统平均充盈压升高。《素问·调经论》中也曾记载:“血有余则怒。”怒则气上, 迫血上涌, 气血壅盛, 脉道充盈, 则脉弦长有力。《灵枢悬解·五味论》云:“咸入于胃, 其气上走中焦, 注于脉, 则血气走之, 血与咸相得则凝……故咸入而走血矣。”《素问·宣明五气》:“咸走血, 血病无多食咸。”以上均记载了过食“咸”味对血压的影响。钠潴留可使细胞外液增加, 引起心排血量增高, 发为血脉充盈过度, 令小动脉壁含水量增高, 引起周围阻力增高, 脉道坚实, 故血压增高, 发为脉胀^[6]。《内经》中更有“咸伤血”“盐者胜血”“味过于咸……心气抑”“多食咸, 则脉凝泣而变色”等记载。进一步为现代临床上通过低盐饮食控制高血压提供了理论基础。

3.3 “脉”的病变 外周血管阻力增高, 当微、小动脉的阻力增加时, 心舒张期血液外流速度减慢, 残余血量增多, 舒张压升高。其病理表现为管壁纤维化、管腔狭窄, 从中医理论而言实为痰浊、瘀血导致脉道瘀滞不利^[6]。年高者五脏机能不足, 体内膏脂运化失调, 产生痰浊, 留滞于血中, 脉络血行滞缓, 易形成瘀血, 痰瘀交互, 阻滞脉络, 黏附于脉管内面, 久则令脉管僵硬, 失去柔韧之性, 舒缩失常, 脉搏胀满, 脉压增大, 血压升高^[7]。近年来的研究表明, 血管平滑肌细胞上的离子通道表达异常, 可能也是高血压发生的重要机制之一。病理情况下, 与高血压有关的离子通道主要是电压门控型钙离子通道。生理情况下当细胞膜去极化的时候, 随着动作电位的产生, 通道开放, 钙离子内流进入平滑肌细胞内, 细胞收缩。而当该通道蛋白表达增加时, 通道的开放数量增加, 钙离子内流进入平滑肌细胞增多, 导致血管张力增大, 血压升高。

主动脉和大动脉的弹性储器作用减弱也归属于“脉”的病变范畴, 这种情况多见于老年单纯收缩期高血压(ISH)。老年人由于动脉壁硬化, 管壁纤维化, 大动脉弹性储器作用弱, 对血压缓冲作用减弱, 因而收缩压增高而舒张压降低, 使得脉压增大。而胰岛素抵抗时, 造成的继发性高胰岛素血症, 使肾脏水钠重吸收增强, 交感活性亢进, 动脉弹性减退, 亦会使血压升高。

4 从“血脉”辨治高血压

4.1 病在“气”者, 疏肝解郁、清热泻火 病在“气”者, 多由于交感神经系统活性亢进, 心率增快, 心排血量增多所致, 患者常伴有头痛、头晕等表现;

且因交感神经兴奋, 面部微动脉毛细血管括约肌松弛, 血流量增加, 故会出现面红、目赤等表现;同时因心输出量增加, 耳颞部及颈动脉附近的动脉血流湍急, 因传递血液湍流的声音而产生血管性耳鸣。患者常见脉弦数:弦是脉气紧张的表现, 肝失疏泄, 气机不畅, 脉气紧张则脉道拘紧;静息心率升高是交感神经激活的标志, 胍丁胺能使外周交感神经张力升高从而调节心血管功能, 表明心血管功能中交感神经张力具有重要作用^[8], 所以患者脉象常常带有数的表现。临床上多选用选择性的 β_1 受体阻断药, 如美托洛尔等, 阻断心脏 β_1 受体, 使心率降低, 心排血量亦随之减少进而控制血压。根据患者的主要症状体征, 中医辨为肝失疏泄、气郁化火, 杨传华教授自拟调肝降压方治以疏肝解郁、清热泻火^[9]。方中君药栀子泻火除烦, 臣以黄芩、牡丹皮清热凉血, 佐以柴胡、香附、佛手疏肝理气、行气以助清热凉血平肝。全方以降逆亢盛之肝火为要务, 配以疏肝理气、凉血活血之品, 使气机流畅, 气行则血脉通畅, 诸郁得解, 郁火自散, 眩晕自除。现代药理研究也发现, 栀子煎剂和醇提取物有降压作用, 静脉给药后作用于中枢, 可加强延脑副交感中枢兴奋性而迅速降压^[10]。AKPERBEKOVA B A^[11]研究表明, 香附较低浓度的水提醇沉物具有强心和减慢心率的作用, 其苷类、黄酮类、总生物碱以及酚类化合物的水溶液同样具有强心、减慢心率和降压作用, 且不影响肾上腺素和乙酰胆碱对血压的作用。常雯^[12]通过检测不同溶剂佛手提取物对血管紧张素转化酶的抑制作用, 发现佛手甲醇提取物是降压的最佳有效活性部位。

4.2 病在“血”者, 平肝潜阳、重镇降逆 病在“血”者, 临床上多因肾性水钠潴留, RASS过度激活, 导致循环系统平均充盈压升高, 临床上患者多见头晕、头胀、目眩、面红目赤、急躁易怒、头重脚轻、舌红少苔、脉弦有力等症体征。有学者对不同中医证型的高血压患者进行了血浆血管紧张素Ⅱ、醛固酮(ALD)水平的检测, 发现高血压患者中辨证属肝阳上亢者多见高肾素、高血管紧张素Ⅱ血症^[13]。故病在“血”者, 可从中医“肝阳上亢证”进行辨治, 代表方为天麻钩藤饮。方中君药天麻、钩藤平肝息风;中医认为药物之质重者善降, 故以咸寒质重之石决明为臣药;并佐以川牛膝引血下行, 加强君臣平肝潜阳之效;亦可加用牡蛎、瓦楞子等重镇潜阳药。《素问·调经论》记载:“血之与气并走于上, 则为大厥, 厥则暴死”, 便是对血气亢逆、高血压并发脑血管疾病的描述, 后代医家张锡纯则据于此说, 予川牛膝引

血下行,下潜亢逆之气血。现代药理研究也发现,川牛膝中提取的单体成分蜕皮甾酮能够降低血管内皮损伤时所升高的血管紧张素转换酶,达到降压、保护血管的效果。李艳菊等^[14]发现钩藤碱能够明显抑制血管紧张素Ⅱ诱导的大鼠平滑肌细胞增殖,并且呈浓度依赖性。洗绍祥团队也研究发现天麻钩藤饮对肾血管性高血压大鼠醛固酮和血管紧张素Ⅱ均有显著抑制作用^[15]。

4.3 病在“脉”者,祛瘀化痰、补肾和脉 病在“脉”者外周阻力较大,痰浊、瘀血阻滞脉络,脾虚生湿化痰,痰涎壅遏,引动肝风,风痰上扰清窍,故可见头昏目眩、头重如裹;痰涎留滞胸胁胃脘则可见胸闷脘痞、少食纳呆、腹胀,甚者可见恶心、呕吐痰涎;风痰流窜肢体经络者,多会伴有肢体麻木,严重者甚至出现口眼歪斜、半身不遂、语言不利等症状;舌脉多见舌胖苔腻,或舌紫暗伴有瘀斑,脉弦涩或滑。可予以半夏白术天麻汤加减。方中半夏燥湿化痰、降逆止呕,天麻平肝息风而止头眩,两药相合为君,为治风痰眩晕头痛之要药。正如李东垣在《脾胃论》中说:“足太阴痰厥头痛,非半夏不能疗;眼黑头旋,风虚内作,非天麻不能除。”“脾为生痰之源”,臣药则以白术、茯苓,健脾祛湿;佐以橘红理气化痰,脾气顺则痰自消。方中亦可加入陈皮、天南星等祛痰之品,伴有瘀血者则可以加入桃仁、红花、川芎、赤芍等活血化瘀药。主动脉和大动脉弹性储器作用减弱的老年单纯收缩期高血压患者,代表证型为肾阴阳两虚证,证候多见头昏或眩晕、头痛、腰膝酸软、耳鸣耳聋、尿频遗尿、夜尿多、舌质淡、脉象虚弱。偏肾阴不足者,可见口干、舌燥、五心烦热、潮热盗汗或骨蒸发热、尿少、便秘、舌质红、少津、少苔或无苔、脉细数;偏肾阳不足者,可见畏寒肢冷、面色㿔白、性欲减退、夜尿频多、小便清长、大便稀薄、下肢浮肿、舌淡苔白、脉沉迟细弱^[9]。

5 结语

临床上高血压病发病机制错综复杂,但不外乎“气-血-脉”三个维度,以上仅是对三个维度的分别介绍,若见两个维度相兼甚至三个维度并见时,则可兼顾治疗。现代医学对高血压病的认识已经相对较为完善,翻阅古今中医文献及资料,高血压病的辨治也多以传统的脏腑辨治为主,笔者发现,从“血脉”入手,分别从“气-血-脉”三个维度辨治高血压恰巧与现代医学对高血压的认识不谋而合。借助现代医学的认识,根据发病的症状特征,进一步归属于血脉的三个维度,是一种在中西医结合发展的背景下形成的新型诊疗思路。

参考文献

- [1] MONTICONE S, D'ASCENZO F, MORETTI C, et al. Cardiovascular events and target organ damage in primary aldosteronism compared with essential hypertension: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2018, 6 (1): 41.
- [2] 国家卫生计生委疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015年) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 1.
- [3] 于世杰, 于文达, 杜韬, 等. 《黄帝内经》血脉理论探讨[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29 (4): 911.
- [4] 张会永, 张哲, 杨关林. 《黄帝内经》“血脉”理论发微[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17 (6): 596.
- [5] 王玉民. 从《内经》血脉理论探讨血压形成的生理机制[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40 (5): 910.
- [6] 杨传华, 卢绪香. “血脉理论”视角下高血压病中医病机探讨[J]. 中医学报, 2014, 42 (6): 4.
- [7] 靳利利, 王丽莹, 李莹鸿, 等. 从“血脉”论治高血压的理论探析[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37 (5): 1039.
- [8] 刘新, 张旗, 耿巍, 等. 静息心率对慢性心力衰竭合并高血压患者心功能及预后的影响[J]. 临床荟萃, 2018, 33 (12): 1044.
- [9] 杨传华, 陆峰, 李东娜. 构建从肝脾肾论治高血压的证治体系[J]. 中医杂志, 2012, 53 (20): 1726.
- [10] 张世芳, 刘月盈, 林贤琦, 等. 栀子的药理作用[J]. 药学学报, 1965, 12 (10): 636.
- [11] AKPERBEKOVA B A. On the characteristic of chemical composition of rhizome of Cyperus rotundus L[J]. Farmatsiia, 1967, 16 (3): 36.
- [12] 常雯. 佛手降血压活性部位的研究[D]. 重庆: 西南大学, 2011.
- [13] 李泓, 卜秦琰, 胡宪蕴. 原发性高血压肾素、血管紧张素Ⅱ、醛固酮及血浆心钠素水平与辨证分型关系[J]. 中西医结合杂志, 1991, 11 (5): 271.
- [14] 李艳菊, 孙安盛, 余丽梅, 等. 钩藤碱对AngⅡ诱导大鼠血管平滑肌细胞增殖的抑制作用[J]. 中国药理学杂志, 2008, 43 (21): 1621.
- [15] 胡世云, 洗绍祥, 赵立诚, 等. 天麻钩藤饮对肾血管性高血压大鼠醛固酮和血管紧张素Ⅱ的影响[J]. 安徽中医学院学报, 2009, 28 (1): 41.

第一作者: 冷肖慧(1995—), 男, 硕士研究生在读, 研究方向为中医心系疾病的诊疗。

通讯作者: 杨传华, 医学博士, 主任医师, 二级教授, 博士研究生导师. yangchuanhua1962@126.com

修回日期: 2021-05-02

编辑: 吴宁