

# 从六郁辨治高血压病

焦林珂<sup>1,2</sup> 崔向宁<sup>2</sup>

(1. 北京中医药大学临床医学院, 北京 100029; 2. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

**摘要** 高血压病作为临床最常见的慢性心脑血管疾病,其病因病机和致病特点与六郁密切相关。六郁之中,气郁为先,可致火郁、血郁、食郁、湿郁、痰郁,常兼而见之,治疗上以调肝护脾为总则,分别运用疏肝理气开气郁、泻火除烦散火郁、化痰通络消血郁、消食除胀降食郁、运脾化湿解湿郁、化痰降浊除痰郁六法,以祛邪扶正、标本兼治,使诸郁得散,眩晕自宁。附验案1则以佐证。

**关键词** 高血压病;眩晕;六郁;调肝护脾

**基金项目** 国家自然科学基金面上项目(81973842)

高血压病是一种以体循环动脉血压增高为特征的慢性疾病,可伴有心、脑、肾等重要靶器官的损害,是心脑血管疾病的首要危险因素。最新调查显示,我国18岁以上人群高血压病患病率达27.5%,且随年龄增长而升高,其危险因素与遗传、年龄、不良的生活习惯等密切相关<sup>[1]</sup>。目前,西医治疗高血压病主要从生活方式干预和药物治疗两大方面着手<sup>[2]</sup>,但西药大多经肝肾代谢,且需终身服药,存在不良反应多、患者依从性差等诸多问题。

高血压病可归属于中医学“眩晕”“头痛”范畴。《丹溪心法·六郁五十二》<sup>[3]64</sup>曰:“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁”,强调诸病皆生于郁,先于气,而后生火、痰、湿、食,郁邪结聚不得发越,导致气机传化失常,表现于外而发病。结合高血压病症状表现以及高血压病患者不良的生活习惯与情志因素,我们认为高血压病与六郁密切相关,故从六郁角度探讨高血压病的病因病机与辨治思路,分享如下。

## 1 六郁学说概述

六郁,即气郁、血郁、湿郁、痰郁、食郁、火郁。中医学关于“郁”的理论首见于《黄帝内经》中的“五郁论”,《素问·六元正纪大论》<sup>[4]436</sup>曰:“郁极乃发”,《素问·通评虚实论》<sup>[4]72</sup>曰:“闭塞闭绝,上下不通,则暴忧之病也”,皆阐释了气机不通、内郁过极而发病的机理。在此基础上,朱丹溪首创六郁学说,提出“人身诸病,多生于郁”<sup>[3]64</sup>,并强调气血郁滞是六郁致病的关键因素,认为六郁之中,气郁为先,可

致火郁、血郁、痰郁、湿郁、食郁,此六者相辅相成、互为因果,常相兼为病。其弟子戴思恭在《金匱钩玄·六郁》<sup>[5]14</sup>中补充道:“郁者,结聚而不得发越也。当升者不得升,当降者不得降,当变化者不得变化也,此为传化失常。六郁之病见矣”,指出气机不畅,传化失常,升降失司,郁邪结聚不得发而生百病。

中医学认为高血压病与情志失调、饮食失节、劳倦内伤等因素相关<sup>[6]</sup>,此过程产生的气滞、痰浊、血瘀等病理产物与六郁关系密切,参与了高血压病发生发展的全过程。因此,将六郁学说作为辨治高血压病的理论指导具有重要意义。

## 2 基于六郁学说论高血压病的疾病特点

高血压病病机复杂、多变,虽病位在脑,但与肝脾关系密切。其中肝之疏泄失职易导致肝气郁结、气不行血而成瘀,气郁日久而化火,继而发展为瘀阻脑络、肝火上炎之证;食郁而脾胃衰,导致运化失职、水液不布而湿聚,湿聚凝液而成痰,继而发展为痰湿壅盛证。六郁相因为病,兼而见之,参与了高血压病发生发展的全过程。

**2.1 气郁致高血压病** 六郁之中,气郁为先,气行则郁散,郁散则病愈,与高血压早期病位一样,责之于肝<sup>[7]</sup>。肝主疏泄,其通而不滞、散而不郁的生理功能失调,易导致肝气郁结。气机失于条达,清阳不升,则头晕目眩;疏泄太过,肝阳上亢,则头目胀痛。《类证治裁·卷三》<sup>[8]1</sup>曰:“相火附木,木郁则化火……风依于木,木郁则化风,为眩,为晕。”肝为风木之脏,主升主动,肝郁日久易生风动风,风阳内动,上冲头

脑,发为眩晕、耳鸣<sup>[9]</sup>。气郁致眩自古有之,现代医家也提出“无郁不作眩”之说,强调七情内伤与高血压眩晕的发病密切相关。

2.2 火郁致高血压病 《金匱钩玄·火》<sup>[520]</sup>曰:“气有余便是火。”气机阻滞不畅,遏于体内,日久化火,火热内郁不得外发,形成火郁之证。《丹溪心法·六郁五十二》<sup>[364]</sup>言:“热郁者,瞀闷。”郁在上焦,火热上扰清窍,则见头目眩晕。《格致余论·相火论》<sup>[10]</sup>言:“诸风掉眩,皆属于肝,火之动也。”火热郁结体内,燔灼津液,动血生风,加之郁火耗伤阴津、凝液成痰,导致筋脉失养,肝风夹痰上扰清窍亦是火郁在高血压病中的致病机理。随着现代生活节奏日益加快,心理压力长期郁积使得肝气不疏、失于条达,日久郁而化火,加之情绪的波动扰动肝气,肝火上逆,则发为本病。

2.3 血郁致高血压病 《丹溪心法·六郁五十二》<sup>[364]</sup>言:“气血冲和,万病莫生,一有佛郁,诸病生焉。”气为血之帅,血为气之母,气行则血行,气滞则血停,此谓血郁。《医灯续焰》<sup>[11]</sup>曰:“眩晕者,有因于死血者……诸阳上行于头,诸经上行于目,血死则脉凝泣,脉凝则上注之薄矣,薄则上虚而眩晕生。”气血郁结体内,日久成瘀,瘀血上冲,则发为眩晕;血停日久,因瘀致虚,精血不能上荣脑窍亦可发为眩晕。正如《素问·生气通天论》<sup>[41]</sup>言:“大怒则形气绝而血菀于上,使人薄厥”,亦说明情志因素会导致人体气血紊乱,脏腑机能失调,血郁于上而出现晕厥、头痛等症状。

2.4 食郁致高血压病 《素问·痹论》<sup>[424]</sup>曰:“饮食自倍,肠胃乃伤。”饮食失节,脾胃受之,运化失常,食积阻滞日久乃成“食郁”。《金匱要略》<sup>[12]</sup>曰:“所食之味,有与病相宜,有与身为害,若得宜则益体,害则成疾,以此致危,例皆难疗。”不良的饮食习惯可导致脾胃功能失健,难以运化水谷精微,气血生化乏源,不能上荣头窍,“脑为之不满”则发为眩晕。七情内伤,肝之疏泄失职,气机升降失常,不能协调脾胃运化,导致肝脾不调,亦可形成中焦食郁,继而导致高血压的发病。

2.5 湿郁致高血压病 《素问·至真要大论》<sup>[4482]</sup>曰:“诸湿肿满,皆属于脾。”津液的生成输布与脾胃密切相关,脾胃虚衰则津液不布,继而水湿停聚中焦,此为湿郁产生的关键。《杂病源流犀烛》<sup>[13]</sup>提出湿郁症见“身重疼痛,首如物蒙,倦怠好卧”,湿郁日久,清阳不升,脑窍无以充养,是湿郁致眩的主要病机。湿性为阴,易损阳气,湿郁为患,一则损伤阳气,二则阻滞脉道,气血运行不利,导致清阳不升,血失温养,脑窍失充,发为眩晕。再者,湿性黏滞,郁结体内,缠绵不

愈,日久化热,湿热胶合,凝液灼津,继而形成痰瘀,常兼夹为病。脾胃乃全身气机升降之枢纽,长期为湿郁所困,则脾壅遏木,影响肝之疏泄,气机升降逆乱,故血压难平。

2.6 痰郁致高血压病 《存存斋医话稿·卷一》<sup>[14]</sup>曰:“痰属湿,为津液所化。盖行则为液,聚则为痰”,说明湿郁为患是形成痰郁之证的重要因素。痰,既是病理产物,又是致病因素。《丹溪心法·痰十三》<sup>[324]</sup>曰:“痰之为物,随气升降,无处不到。”痰郁中焦,脾气不升,痰随气逆,蒙蔽清窍,皆可发为眩晕。《丹溪心法·心脾痛七十》<sup>[378]</sup>曰:“病得之稍久则成郁,久郁则蒸热,热久必生火。”脾为湿困,或为食积,或为气郁等,致其运化功能失健,日久生火、生热,火热灼津,凝液成痰,痰郁中焦,导致清阳不升、浊阴不降,脑窍失养,此为痰郁致眩的常见病因病机,尤见于嗜食肥甘厚味之人。

### 3 从六郁辨治高血压病

从六郁辨治高血压病当以调肝护脾为总则,分别治以疏肝理气、泻火除烦、化痰通络、消食除胀、运脾化湿、化痰降浊六法,对患者进行辨证施治,共奏标本兼治之效。

3.1 疏肝理气开气郁 “肝主一身之气,七情之病必由肝起。”因此,针对气郁者,当从肝论治。临证时不少高血压病患者还合并一定程度的焦虑、抑郁等精神心理问题,症见心烦易怒、善太息、头胀耳鸣、胸胁胀满、舌暗、脉弦等气滞之象,治以疏肝理气,方选四逆散合越鞠丸加减。四逆散中柴胡、枳实相配一升一降,加强舒畅气机之功,并奏升清降浊之效;白芍敛阴养血柔肝,使疏肝而不伤阴,敛肝而不致郁;枳实、白芍相配理气和血,使气血调和。气郁日久,必阻碍气血运行,变生他郁,故合用越鞠丸。临证还可加香附、川芎等辛散之品,增强行气之功,兼活血之效;兼火郁者,佐以栀子清热泻火;兼食郁者,佐以神曲消食导滞;兼湿郁者,佐以苍术燥湿健脾。诸药合用,共奏疏肝行气、通解六郁之效。

3.2 泻火除烦散火郁 《景岳全书》<sup>[15]</sup>曰:“怒气伤肝,因而动火,以致烦热。”针对火郁者,当发之、散之。高血压病证属火郁者,多由肝郁日久演变而来,火郁中焦,日久生风动血,冲逆脑窍,此为肝火上炎之实证,症见头晕头胀、面红目赤、口干口苦、心烦易怒、眠差多梦、小便短黄等实热之象,治以清肝泻火,方选龙胆泻肝汤加减。方中滋阴清热并举,使邪去而不伤阴,气血调和,则血压自平。亢则害承乃制,肝火内盛,必耗伤阴津,下及肾水,水不涵木,肝风内

动,上扰清窍,此为虚实夹杂,症见头胀头痛、眩晕耳鸣、五心烦热、腰膝酸软、失眠健忘、舌红少苔、脉弦细等上实下虚之证,治以平肝息风,方选天麻钩藤饮加减。方中清补并用,泻火之余补益肝肾,使肝风内停、肾水相生,则血压自调。

3.3 化痰通络消血郁 《血证论·卷四》<sup>[16]</sup>曰:“血者阴之质也,随气运行,气盛则血充,气衰则血竭,气着则血滞。”针对血郁者,当以行气、活血为主。临证多见头晕、乏力、烦闷不乐、舌质紫暗、脉沉涩等血郁之象,或伴有打嗝、胃胀等气滞之症,治以疏肝理气、化痰通络,方选柴胡疏肝散加减。全方理气与活血并行,气行则郁散。血瘀甚者,加丹参、桃仁、红花、莪术等加强破气行血之力。《医林改错》<sup>[17]</sup>曰:“血受热,则煎熬成块。”津血同源,火热煎灼津液,使血液黏稠度增加<sup>[18]</sup>,血行不畅日久亦可成瘀。临证常见头晕、头部刺痛、燥热、口干唇紫、舌红有瘀斑、脉弦细数等瘀热互结之象,治以养阴清热、化痰通络,常选用牡丹皮、知母、玄参、鳖甲、生地黄、丹参、川芎等清热滋阴、活血凉血之品。

3.4 消食除胀降食郁 万全<sup>[19]</sup>提出:“盖人以胃气为本,胃气强则气血流通,气血流通则郁自去矣。”针对食郁者,当以调脾胃为主。饮食自倍,肠胃乃伤,食郁的形成多源于饮食不节、饥饱失常,导致脾胃受损,运化失健,乃成食郁之证。临床多兼见脘腹胀满、噎腐吞酸、不思饮食、舌苔厚腻等消化不良之表现,治以健脾消食为法,方选健脾丸加减。消食、理气、补益并举,消补兼施,标本同治,使得脾健则食自消。腹胀甚、气不通者,加香附、青皮、川楝子、延胡索等行气解郁,气畅则食郁自通;日久生湿热者,合用枳实导滞丸增强消积导滞之力,并具清利湿热之功;胃气上逆、频频呃逆者,合用旋覆代赭汤降逆止呃、益气和胃。

3.5 运脾化湿解湿郁 治湿不治脾,非其治也。针对湿郁者,亦当从脾论治。肥胖作为高血压发病的重要危险因素之一,其程度与高血压病发病率成正相关。而中医学认为痰湿体质是肥胖的主要原因<sup>[20]</sup>,如张景岳所言:“肥人多湿多滞,故气道多有不利。”《素问·生气通天论》<sup>[41]</sup>曰:“因于湿,首如裹。”湿郁之高血压病患者多见头晕头昏、头重如裹、困倦乏力、恶心纳呆、舌胖苔腻、脉濡滑等水湿壅盛之象,治以运脾化湿为法,方选藿朴夏苓汤或三仁汤加减。方中苦杏仁上宣肺气,藿香、豆蔻仁、法半夏、厚朴中开脾胃,茯苓、猪苓、泽泻、薏苡仁下利水湿。全方兼顾上中下三焦,共奏升清降浊、燥湿运脾之效。

3.6 化痰降浊除痰郁 《丹溪心法·痰十三》<sup>[327]</sup>曰:“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣。”针对痰郁者,当以顺气为先,分导次之。“痰涎有声,皆属于土”<sup>[21]</sup>,脾为生痰之源,脾胃失健,水湿代谢异常,阻于中焦,湿聚而生痰。因此,治疗时又当顾护脾胃,健脾燥湿以除痰。痰湿郁结,气机不通,日久化火生热。临证多见头晕目眩、口黏咯痰、胸闷脘痞、倦怠乏力、舌红苔黄腻、脉弦滑等痰热胶合之象,治以疏肝行气、清热化痰,方选清心温胆汤加减。全方由黄连温胆汤合定痫丸化裁而成,使气行、火散、痰消,诸郁得解,则眩晕自愈。形体肥胖、痰湿重者加车前子、薏苡仁、玉米须等利水渗湿健脾;顽痰不下者加青礞石、瓦楞子、浙贝母等化痰散结。

#### 4 验案举隅(崔向宁主诊)

孙某,女,38岁。2022年3月26日初诊。

主诉:间断头晕2年。患者2年前无明显诱因出现头晕,于当地社区医院就诊,测量血压最高达160/100 mmHg(1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa),诊断为高血压病,予厄贝沙坦片口服控制血压,服药后血压维持在130~140/80~95 mmHg。患者近期辅导孩子功课,情绪波动较大,2周前再次出现头晕、头昏,遂来就诊。刻下:头晕,头昏不清,脾气急躁容易上火,平素怕热,口干口苦,晨起有少量黄痰,两肋胀痛,纳一般,饭后胃胀,易饱,眠差,入睡困难,大便时干时稀,小便色偏黄,月经有血块,痛经,舌质暗、苔黄,脉弦略滑。测血压150/90 mmHg。既往有甲状腺结节、轻度脂肪肝病史。西医诊断:高血压病,轻度脂肪肝,甲状腺结节;中医诊断:眩晕(肝火上炎、气滞血瘀证)。治以清肝泻火、行气开郁。方选龙胆泻肝汤加减。处方:

柴胡10g,黄芩15g,黄柏15g,牡丹皮15g,炒栀子10g,龙胆草6g,赤芍15g,生地黄20g,玄参20g,丹参20g,知母15g,莪术15g,川楝子10g,延胡索15g,浙贝母10g,枳实10g。14剂。每日1剂,水煎,早晚分服。另予西药厄贝沙坦片75 mg/d口服。

2022年4月10日二诊:患者头晕基本消失,偶有头昏不清,口干口苦较前缓解,饭后胃胀减轻,纳可,眠浅易醒,大便偏干,每日一行,舌质暗、苔薄黄,脉弦。测血压136/80 mmHg。予初诊方去黄柏、赤芍、知母,加酸枣仁30g、珍珠母30g、酒大黄3g,14剂。西药继服,剂量同前。

2022年4月25日三诊:患者诸证好转,头晕、头昏未再发,稍有口苦,胃胀不明显,纳眠可,二便调。

4月中旬月经来潮,痛经较前减轻,少有血块,舌质暗、苔薄黄,脉弦。测血压130/80 mmHg。予二诊方去枳实、莪术,加茯苓30g、夏枯草15g,14剂。西药继服,剂量同前。

2022年6月30日电话随访,患者无明显不适,血压控制平稳,经期血块减少,痛经不显,纳眠可,二便调。

按:本案患者为中青年女性,平素性情急躁、焦虑,导致肝之疏泄功能失常,肝郁气滞是其发病的始动因素。气郁日久化火,肝火上炎,扰乱清窍则头晕;气滞则血停,日久成瘀,脑窍失养,亦可见头晕、头昏;瘀血下阻胞宫,则见痛经、月经有血块;火热灼津,凝液成痰则见口干口苦,晨起有黄痰,有甲状腺结节;木旺克土,脾失健运,则食不消,故见饭后胃胀、易饱、大便溏结不调、轻度脂肪肝;肝失条达,气机不通,则两肋胀痛;母病及子,肝火上扰心神,则失眠、入睡困难;容易上火、小便黄等症状皆是肝火之表现。纵观发病全程,气郁为始,先后生火、瘀、痰、湿、食诸郁,六郁相互夹杂,共同为病,故治以清肝泻火、行气开郁为法,方选龙胆泻肝汤加减。方中黄芩、黄柏、炒栀子、龙胆草主清泻肝火,柴胡、川楝子、延胡索主疏肝理气,共奏抑木之效;疏肝之余,又当兼顾郁火和血瘀,故予牡丹皮、赤芍,取其清热凉血散瘀之意,再配丹参、莪术增强活血之功;疏散太过,又恐伤阴,故予知母、生地黄、玄参以清热,并取其养阴之效,防止耗气伤阴;辅以浙贝母、枳实清热化痰,与辛散之药相配,升降相合,又可加强舒畅气机之功,并奏升清降浊之效。全方共奏清肝泻火、行气开郁之功。二诊时,患者肝火之象已减,故去黄柏、赤芍、知母等苦寒之品以防伤及脾胃;患者眠浅易醒,故加珍珠母、酸枣仁以重镇养心安神;大便偏干,佐以少量酒大黄泻热通便。三诊时,患者诸证大减,痛经缓,故去枳实、莪术以防破血伤气,考虑患者既往有甲状腺结节和轻度脂肪肝,故加夏枯草清热散结、茯苓利湿健脾。对于本案患者的治疗,把握调气是关键,兼以清热、活血、化痰健脾,使气郁得散,则六郁之邪皆散,诸症亦消。

## 5 结语

高血压病病机复杂、缠绵多变,其所导致的靶器官损害更是严重影响患者的生活质量及预后。除了药物治疗外,生活方式的干预、情绪的管理以及心理疏导也尤为关键。百病皆生于气,本文基于六郁理论,分别以气郁、火郁、血郁、痰郁、湿郁、食郁为切入点,分析六郁致高血压病的病机演变,治疗上根据六郁偏重不同,辨证施治。临床实践证明,从六郁论治

高血压病不仅可以帮助患者缓解临床症状,还可以调节患者情绪、缓解痛经等。因此,运用六郁理论指导高血压病、焦虑抑郁以及痛经的防治可做深入研究,以期为中医药的临床治疗提供新的思路与方法。

## 参考文献

- [1] 马丽媛,王增武,樊静,等.《中国心血管健康与疾病报告2021》关于中国高血压流行和防治现状[J].中国全科医学,2022,25(30):3715.
- [2] 孙宁玲.《中国高血压防治指南(2018年修订版)》的重要修改及点评[J].中华心血管病杂志(网络版),2019,2(1):1.
- [3] 朱震亨.丹溪心法[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1997.
- [4] 佚名.素问[M].北京:中国医药科技出版社,1996.
- [5] 朱丹溪.金匱钩玄[M].刘学义,校注.北京:中国中医药出版社,2008.
- [6] 中华中医药学会心血管病分会.高血压中医诊疗专家共识[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(15):217.
- [7] 牛子长,毛浩萍.原发性高血压病中医病因病机及证型分布规律的研究进展[J].辽宁中医杂志,2016,43(4):878.
- [8] 林珮琴.类证治裁[M].孙玉信,朱平生,主编.上海:第二军医大学出版社,2008:158.
- [9] 王璐璐,顾锡镇.“肝郁致眩晕”辨析[J].中国中医急症,2019,28(5):863.
- [10] 朱丹溪.格致余论[M].北京:中国中医药出版社,2008:45.
- [11] 王绍隆.医灯续焰[M].陈家旭,主校.北京:中国中医药出版社,2017:1.
- [12] 张仲景.金匱要略[M].北京:中国中医药出版社,2011:1.
- [13] 沈金鳌.杂病源流犀烛[M].北京:中国中医药出版社,1996:291.
- [14] 赵晴初.存存斋医话[M].叶新苗,点校.北京:中国中医药出版社,2019:1.
- [15] 张介宾.景岳全书[M].李继明,整理.北京:人民卫生出版社,2017:189.
- [16] 唐容川.血证论[M].北京:中国中医药出版社,1999:92.
- [17] 王清任.医林改错[M].北京:中国中医药出版社,2000:36.
- [18] 金娟,白凤洋,耿乃志.从中医“心、肝、肾”三脏论治“血瘀”与高血压病[J].湖北中医杂志,2022,44(3):41.
- [19] 万全.万密斋医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2015:5.
- [20] 姜雪红,徐峰,刘轩,等.痰湿与高血压病的相关性研究[J].世界中西医结合杂志,2017,12(3):433.
- [21] 汪昂.医方集解[M].北京:中国中医药出版社,2007:5.

第一作者:焦林珂(1999—),女,硕士研究生在读,研究方向:中西医结合防治心血管疾病。

通讯作者:崔向宁,医学博士,主任医师,博士研究生导师。cuixiangning@126.com

收稿日期:2022-10-04

编辑:吴宁 张硕秋