

高血压病的分型辨证治疗

郑州市金水区总医院 刘洪峰



高血压病乃现代医学之病名,属于中医的“头痛”“眩晕”“肝风”等范畴。高血压病的临床症状较多,中医根据人体的阴阳盛衰、脏腑的虚实、发病的诱因以及脉象和舌苔的变化,分别采用不同的方药治疗,临床疗效满意。现分述如下。

病案举例

病例:赵某,女,46岁,2016年8月16日初诊。主诉患高血压病3年余,服西药降压效果不佳,平时眩晕、耳鸣健忘、腰酸膝软、五心烦热、精神不佳,近日症状加重,出现头痛、头晕眼花、记忆减退、舌红、脉沉细数,血压165/105毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。

辨证:肝肾亏虚。
治法:滋补肝肾、养肝熄风。

方药:杞菊地黄汤加味。
处方:枸杞子24克,菊花12克,熟地30克,山茱萸24克,钩藤24克,桑寄生30克,山药20克,泽泻18克,丹皮12克,茯苓24克,牛膝30克。

每日1剂。服药5剂后,患者眩晕、头痛症状减轻,时有失眠,血压155/95毫米汞柱。

上方加杜仲30克,酸枣仁24克。继续1个月后,患者血压降为140/90毫米汞柱,诸症减轻。

为了巩固疗效改为丸药,患者口服3个月,血压平稳,精神好转。

辨证分型

一、肝阳上亢型

主证:头痛、头胀、眩晕,耳鸣,烦躁易怒,面红耳赤,口苦口干,心烦失眠,溲黄便秘,舌苔黄,脉弦有力。

治法:平肝清热,补益肝肾。

方药:天麻钩藤汤加味。

处方:天麻15克,钩藤30克,石决明20克,栀子20克,黄芩15克,牛膝24克,杜仲30克,益母草20克,桑寄生24克,夜交藤30克,茯苓24克。

加减:伴烦热甚者加夏枯草30克,丹皮15克;伴心悸者加甘松15克,炙甘草30克;伴失眠者加酸枣仁24克;伴口干舌红者加沙参24克,石斛18克;伴大便秘结加全瓜蒌24克,生大黄15克。

二、肝气郁结型

主证:头痛头晕,胸肋满闷,精神差,多愁善虑,多梦易惊,时有经前乳房胀痛,少腹胀满,舌苔薄白稍腻,脉沉弦。

治法:疏肝解郁。

方药:逍遥散加味。

处方:柴胡18克,薄荷12克,当归24克,白芍30克,茯苓20克,白术24克,甘草10克,生姜6片。

加减:多梦易惊者加磁石24克,珍珠母18克;伴乳房胀痛者加青皮15克,香附24克;伴多愁善虑者加百合30克,郁金24克;伴腹胀满者加枳实24克,生薏仁30克。

三、痰湿壅盛型

主证:头痛头晕,头重如蒙,呕吐痰涎,口苦黏腻,心悸胸闷,舌苔厚腻,脉弦滑。

治法:平肝熄风,健脾化痰。

方药:半夏白术天麻汤加味。

处方:半夏12克,白术24克,天麻15克,当归24克,川芎30克,茯苓24克,陈皮18克。

加减:伴呕吐痰涎者加代赭石24克,旋复花15克;伴痰多胸闷者加全瓜蒌24克,丹参30克;伴苔黄腻者加黄芩15克,天竺黄18克。

五、肝肾亏虚型

主证:头痛头晕,两目干涩,视力模糊,健忘耳鸣,心悸失眠,腰膝酸软,心忡口干,舌苔少黄,脉弦细数。

治法:滋补肝肾,养肝熄

风。

方药:杞菊地黄汤加味。

处方:枸杞24克,菊花12克,熟地30克,山茱萸24克,钩藤24克,桑寄生30

克,山药20克,泽泻18克,丹皮12克,茯苓24克,牛膝30克。

加减:伴头晕严重者加

牡蛎24克,石决明18克;伴

心悸、失眠多梦者加炒枣仁30克,醋五味24克;伴肢体麻木者加地龙15克,络石藤30克;伴耳鸣耳聋者加杜仲30克,磁石24克。

小结

高血压病是常见病、多发病之一,严重威胁着人民的健康。高血压病属中医“头痛”“眩晕”等范畴。

《黄帝内经》云:“诸风掉眩,皆属于肝。”刘河间云:“因烦劳则五志过极,心火亢盛,肾水不能制之,则热气怫郁,遂致心神昏冒,筋骨不用,甚则猝倒无知。”又云:“风火皆阳,二阳相搏可引起眩。”朱丹溪云:“无痰不作眩。”

中老年人脏腑生理机能减退,气血生成不足,精亏血少,髓海空虚,肝肾亏虚难以推动血液运行,瘀阻脉络,脑失滋养而致眩。阴虚则肝风内动,血少则脑失所养,精亏则髓海不足。其表现为“风、火、痰、瘀、虚”等病理改变,属本虚标实证。

在治疗本病时,还应注意采用“急则治其标、缓则治其本”的原则,必须辨证求因、审因论治,着重调整机体阴阳平衡,按实则泻之、虚则补之、热则清之的原则分治。

然而,临床见到的高血压病,变化多端,错综复杂,病因同证异,这就要求临证时

变,属本虚标实证。

在治疗本病时,还应注意采用“急则治其标、缓则治其本”的原则,必须辨证求因、审因论治,着重调整机体阴阳平衡,按实则泻之、虚则补之、热则清之的原则分治。

然而,临床见到的高血压病,变化多端,错综复杂,病因同证异,这就要求临证时

中西合璧

—— 病例 ——

患者郭某,女,今年67岁,冠心病心绞痛10余年,平时间断服药,病情基本稳定。近几年来,患者劳累、情绪激动、休息不好时开始出现心慌、气短、胸闷伴左肩背闷痛症状,多次做心电图提示心肌缺血,曾多次住院治疗,均在病情缓解时出院。

2015年1月,患者因“心前区闷痛不缓解”住院治疗,经皮冠状动脉造影提示:有3支动脉病变,可见多发粥样硬化斑块,有2支血管完全闭塞,有1支血管狭窄约90%。医生建议进行心脏搭桥治疗。患者拒绝,要求回社区卫生服务中心保守治疗。

—— 治疗 ——

诊见:住院时,患者神志清,精神差,时有心慌、胸闷感,活动后心前区憋闷感加重,乏力,走数十米都感到闷气难受;饮食尚可,睡眠差,大小便正常,体温、心率、呼吸、血压均正常,舌质暗苔薄,脉沉细。

诊断:胸痹,气虚血瘀型。

治则:益气活血,化痰止痛。

综合治疗:由于患者病情相当严重,我们采用中西医结合的治疗方法,用丹参滴注液、葛根素注射液等进行静脉滴注,同时让患者口服单硝酸异山梨酯片、复方丹参滴丸、阿托伐他汀钙片、硫酸氢氯吡格雷片、阿司匹林肠溶片等药物,同时服用中药。

中药处方:补阳还五汤加味。黄芪30克,党参15克,赤芍12克,当归10克,川芎10克,桃仁10克,红花10克,丹参15克,白术10克,杏仁10克,甘草6克。共7剂,水煎服。分2次服用,每日1剂。

复诊:服药后,依据患者有纳差情况,上方加焦三仙(焦山楂、焦神曲、焦麦芽)各10克,共7剂,水煎服。

我们要求患者住院一个疗程共14天,出院后休息一个月左右再住院治疗,出院后继续服用中药,以补阳还五汤为基础方,临证加味。

治疗期间,我们还对患者强调了一些注意事项,如教育患者合理膳食,适度运动,避免过度劳累,放松心情,愉快生活,注意天气变化等;同时讲了一些急救措施。

经过5个疗程的治疗,患者进行心脏血管造影检查,提示有侧支循环形成,心脏功能由原来走5分钟路就胸闷、气喘,到现在走2小时也没问题。患者还可以参加一些跳舞活动。

类似这样的例子有很多。这些患者心脏功能的恢复,都是以合理用药和坚持按疗程治疗为基础的,最后才有了令人满意的效果。

—— 总结 ——

冠状动脉粥样硬化性心脏病属中医胸痹、心悸等范畴,瘀血胸痹为本病之表象,气虚为本病之本质。胸痹心痛多见于年老体弱的中老年人,也有劳倦内伤或肾阳虚衰者。

气与血互相依存,心主血脉,即心气推动血液在脉管中周而不休地运行,把水谷精微输注全身,发挥营养组织器官的作用。因此,全身血脉能否正常运行,全赖心气的推动。“气行乃血流”,一旦气虚血运无力,则血脉瘀滞,血瘀不通则痛,故引起胸痹心痛的发生。

治疗上,应益气活血化痰,达到标本兼施的治疗效果。补阳还五汤即是很好的基础方。方中黄芪、党参补益脾肺心之气;当归、丹参、赤芍、川芎活血化瘀,凉血散瘀,行气止痛;桃仁、红花活血化痰。诸药配伍,共奏益气活血化痰之功;另依据病情加酸枣仁、柏子仁除虚烦不眠,心悸多梦;用甘草补益中焦脾胃之气,并调和诸药。

再者,滴注丹参注射液,可以活血化痰,通脉养心,抗动脉粥样硬化,可提高耐缺氧能力。葛根素注射液有明显的扩张冠状动脉作用,可使正常和痉挛状态的冠状动脉扩张。除此之外,一定要坚持数个疗程的治疗,以达到预期效果。

验案举隅

补中益气汤加味治疗血精

四川省彭州市通济镇姚家村卫生所 胡佑志

病例:魏某,今年45岁,近升麻、柴胡各3克。水煎2次,滤取药液400毫升,一次口服200毫升,分早、晚饭前温服,每日1剂,连服20剂。

二诊:魏某服完疗程后,肉眼观血精消失,全身症状已基本得到改善,舌淡红,脉缓。

三诊:再给予原方10剂,以巩固治疗,以防复发。

患者遵医嘱服用附药,病情已获痊愈,电话联系半年,未复发。

按:本方黄芪益气固摄,使血不外溢;当归补血活血;党参、白术、炙甘草健脾,具有补中益气之功效;陈皮理气健脾,补而不滞;升麻、柴胡升举下陷阳气;山茱萸补益肝肾,收敛固精;仙鹤草炭止血。诸药共奏健脾益肾、收敛止血之功效。

征 稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,内设《中西合璧》《慧眼识真》《针推论衡》《临证心语》《名医堂》《名方》《膏方制用》《验案举隅》等栏目。

稿件要求:尽量原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85967338

投稿邮箱:343200130@qq.com

邮政编码:450000

地址:郑州市金水区东水路与博学路交叉口东南角河南省卫生计生委8楼医药卫生报社编辑部

临证心语



温阳、补阳、通阳同中有异(下)

河南中医药大学 朱光

通 阳

通阳即运用辛温或温热药以治疗阳气阻遏的一种方法

阳气呈现流动、弥散状态,具有煦养作用,当机体

遭遇寒、痰、饮、水、湿等病理因素时,阳气即易被阻遏,难以流动,胸膈痞满,头身疼痛,脉浮紧,此因于风寒侵袭、寒遏卫阳所致;若表现为胸膈痞满、胸膈闷、胃中

有振水音,呕吐清水痰涎,或水入即吐,脘腹喜温畏冷,或“背寒如掌大”(《金匮要略》),口渴不欲饮,头昏目眩,大便或溏,舌苔白滑,脉弦细而滑,此为过食生冷,或过用寒凉药物,或久病伤脾,运化无力,水停为饮,饮遏阳。

治疗阳遏,法当通阳。如何通阳?叶天士指出:“欲去

浊阴,急急通阳。”又在“通阳必用辛热。”即在温阳基础上才能通阳。具体说来,通阳要明阳遏之因。病因一除,阳气自通。

由于寒凝者,当温散而通之,用药多选桂枝、薤白、细辛、白酒等,方用瓜蒌薤白白酒汤加味;寒遏卫阳者,当辛温以通之,用药多选麻黄、桂枝、荆芥、防风等,方用麻黄汤、荆防败毒散加味;因于痰壅者,当化痰而通之,用药多选瓜蒌、薤白、半夏等,方用瓜蒌薤白半夏汤加味;因于寒湿或饮停者,当温化而通之,用药多选茯苓、白术、桂枝、泽泻、半夏、白蔻仁、厚朴、草果、通草等,方用胃苓汤、苓桂术甘汤、小半夏汤等。就笔者的临证体会看,如着眼于通阳,桂枝可作为通用之药。

除了常以辛散与温散通阳外,叶天士还提出了温病中的通阳方法。他在《温热论》中说:“温热病救阴易,通阳最难……通阳不在温,而在利小便。”

对此,清末民初医家陈光淞释言:“通利小便,使三焦

漫之湿,得达膀胱以去,而阴霾湿浊之气既消,则热邪自透,阳气得通矣。”蒲辅周先生对此概括为“淡以通阳”。此属常中之变,但解阳困之理则是一致的。

由上述可以看出,温阳、补阳、通阳三法各有所适,同中有异。只有吃透其意,才能恰当运用。

总结分析

寒证无论虚实,均宜温阳,用药多辛温或辛热。但实寒者宜温散,虚寒者宜温补,阳遏者宜温通。

阳气不足,有相对、绝对之分。绝对者即阳气亏虚,此涉体质或内环境;相对者属阴寒太盛或阳气阻遏,阳气量未减少而敷布受碍。

实寒、虚寒均有怕冷的表现。一般认为,畏寒(得温则减)者属阳虚,恶寒(得温不减)者属阳遏。对此,临证时并不易区分把握。笔者认为,抓住以下要点或可更易鉴别:冷在平时者为阳虚,冷在病时者为阳遏;冷在全身者为阳虚,冷在局部者为阳遏。

温阳药的辛温或辛热重在

扶助或激发阳气,可看成外源热,如炉火之加热,有之则暖,无之则凉,用之则可促使阳气迅速恢复,驱逐阴寒之邪外出,但久用则易耗阴津,故只宜暂用。张景岳将附子列为“药中四维”之一,火神派医家祝味菊更是称附子“为百药之长”,即在于其大热,性峻烈,个性鲜明,在阴极盛或阳极衰之际,往往能旋踵激发释放阳气,犹如离照当空,阴霾自散。

补阳药则重在补充阳气,现代有研究认为,许多阳性物质和神经递质有关,温阳药主要是促使递质释放,瞬间发挥合作用,补阳药则主要是将合成递质储备起来,慢慢释放。这或有助于理解温阳与补阳的区别。

间,血压又上升,还要继续辨证治疗;尤其要循证求因,在全身情况好转的基础上血压就会逐渐稳定,不要一见血压有变动,就认为无效而放弃治疗。

总之,在高血压病治疗的过程中,必须把辨证贯彻始终。只有药证合拍,才能获得显效。

