

中医治疗非阳亢性高血压的概况

白 静

关键词 : 高血压病 ; 中医辨证 ; 临床观察

中图分类号 : R544.1 文献标识码 : A 文章编号 : 1005-7145(2004)01-0049-03

高血压是一种世界范围内的常见病多发病,郑峰^[1]、邓世周^[2]等曾分别对近 300 例高血压患者进行了中医辨证分型,发现阴阳两虚(阳虚为主)、痰湿壅盛、阳虚血瘀型占高血压病全部证型的 30% 以上。本文就近年来中医药防治非阳亢性高血压的情况作一简要概述。

1 病因病机及病位

吴伟同^[3]认为高血压的形成是一个长期的病理生理过程,是由素体体质、精神、饮食、劳逸等多种因素交互作用所致。体质的阴阳偏盛或偏衰、禀赋不足、脏腑亏损等均为发病的内因,过度的精神紧张或强烈精神刺激是发病的常见因素。本病初期在肝肾,阴虚阳亢,日久则气病及血,阴损及阳,发展为气血瘀阻,多脏器受损之晚期高血压。尚春生等^[4]指出,高血压患者虽以阳热亢盛、阴虚阳亢为多,但也不能忽视屡用重镇潜阳法,久服苦寒泻火之品的患者中易出现阳虚症的患者。徐迪华^[5]认为,病久阴损及阳,此时的主要矛盾是阳虚,心肾最为突出,并多有兼夹。苏卫东等^[6]认为,肾为先天之本,脾为后天之本,由于先天禀赋不足,后天失养及治疗欠当,病程过长等因素,均可致脾肾阳虚;早在 20 世纪 80 年代就有人通过对肝阳虚症的文献记载和原发性高血压的临床表现有许多相似之处的比较,认为临床许多患者,尤其是老年及绝经期妇女患者多为肝阳不足。陈立英^[7]认为肝肾阴虚阳亢在高血压证中固然多见,而阳虚阴乘,尤其是老年体衰也不少见,由于肾阳不足,脾阳不运,清阳不升,阴寒痰湿上乘所致的头痛、眩晕,在高血压病中屡见不鲜。范平^[8]提出,阳气式微,命火不足,在内则无以温养神气,推动气化,升清降浊,促进生机;在外则无以温煦四末,心脉鼓动无力,必致血行凝滞不畅,故老年高血压病的“多瘀”病理改变与其多虚是密切相关。综观上述种种,齐放^[9]指出非阳亢性高血压其病因与素体因素、病程日久、屡用苦寒之品等因素有关;病位在心、肝、脾、肾;病机为虚实夹杂,以虚证为主,虚、痰、瘀互为因果。而有些学者是从独特视角对高血压进行认识的,如李青鸟^[10]根据卫气营血运行原理,认为主要是由于人体脏腑组织因各种因素引起供血不良所致。

2 病证分型及证候特点

如上所述由于病因病机的多样性及复杂性,高血压病除

阴虚阳亢,阳热亢盛证型外,上海市高血压研究^[10]所以阴阳辨证分型另有阴阳两虚(分阴虚偏重、阳虚偏重);以脏腑虚实辨证分型另有脾肾阳虚型、痰湿阻滞;以复合辨证分型另有阴阳两虚型、痰湿壅盛型、瘀血阻滞。其总的病机是病久或素体虚弱后久服苦寒潜镇之品而致脾肾阳虚,运化水液受阻气运化失常,痰湿阻滞,瘀血阻络。方企扬^[11]等认为应有头晕头痛、健忘失眠、烦躁不安、视物昏花、耳鸣耳聋、性功能低下、心前区痛、唇绀、肢体麻木、舌暗或瘀斑、脉涩或结代等。1) 痰湿阻滞:肖艳等^[12]认为有眩晕头痛、头重如蒙、胸闷恶心、纳呆痰多,或神疲乏力,苔白腻,脉濡滑。

3 非阳亢性高血压的中药治疗

阴阳两虚(阳虚为主)型:祝堪予^[13]多用桂附地黄汤加续断、杜仲、桑寄生、牛膝、仙灵脾等对妇女更年期高血压常用二仙汤加二至丸。祝老指出,有的医生治疗阴阳两虚型高血压不敢用附子、肉桂等温热药,认为温热药可升血压,而中医特点是“有是证即用是药”,高血压阴虚火旺者故然不宜用温热药,但属阴阳两虚、虚阳上浮者则非附子、肉桂不能取效。袁玉红^[14]以自拟益气镇阳定眩汤治疗老年高血压眩晕 43 例,取得满意效果。张会奇^[15]自拟中药方剂:党参、半夏、当归、白芍、熟地黄、白术、天麻、川芎、山茱萸、陈皮以双补气血治疗高血压之眩晕。苏卫东等^[6]认为脾阳虚者以理中丸加减治疗;肾阳虚以寄生肾气丸加减,阴阳两虚者可用金匱肾气丸或大补元煎加减治疗。陈根芳等^[16]用温补肾阳之品如巴戟天、淫羊藿、龙骨、牡蛎、丹参等治疗原发性高血压,且在治疗期间一律不服用任何西药。结果临床效果满意。邓世周等^[2]自拟中药汤剂治疗肝肾阴阳两虚型(阳虚为主)78 例:药用仙灵脾、巴戟天、丹参、黄柏、知母、续断、薏苡仁、夜交藤。结果降压显效 52 例。也有人对于肝阳虚型高血压患者,投以温补肝阳之品,自拟温肝降压 I 号。菊花、独活、天麻、当归、白蒺藜、杜仲、白术、龙胆草、吴茱萸、决明子、柏子仁、桂枝、细辛、酸枣仁、五味子、牛膝。结果为 47 例显效,7 例有效,同时还做了防治 I a 的效果评定,嘱患者定期复查血压,每周服用温肝降压 II 号(菊花、白术、柏子仁、天麻、杜仲、当归、酸枣仁、五味子、决明子)。结果血压平稳,主要症状如头痛、眩晕、耳鸣、烦躁、腰酸、乏力等基本消失。宋文会^[16]等采用中药金匱肾气丸水煎剂配合心痛定,治疗老年高血压病 53 例,结果为好转 56 例,有效率 98.7%,起效时间平均 10 d,与单用心痛定治疗对照,治疗好转率有显著差异。有人对老年重度阴阳两虚型高血压

作者单位:300130 天津市红十字会医院

作者简介:白静(1959-),女,副主任医师,主要从事老年病的临床工作。

病,中药处方用熟地黄、黄芪、肉苁蓉、茯苓、牡丹皮、山茱萸、桑寄生、五味子、枸杞子、肉桂,配合心痛定、开搏通,不仅有降压效果,而且还使心电图得以改善;并常用针灸治疗,穴位为:1)气海、关元、肾俞、三阴交 2)风池、中脘、合谷、足三里等。

阳虚血瘀:方企扬^[11]用补肾活血方(熟地黄、枸杞子、菟丝子、制首乌、丹参、益母草、山茱萸、杜仲、怀牛膝、川芎、当归、肉桂、巴戟天、仙灵脾、)治疗肾阳虚血瘀者 80 例。结果为显效 41 例,有效 34 例,总有效率 92.7%。涂福音^[12]用温阳化瘀法治疗阳虚血瘀型高血压 26 例,自拟处方:附子、党参、白术、补骨脂、仙灵脾、川乌头、草乌头、丹参、怀牛膝、全蝎、生龙骨、生牡蛎、小蓟。结果显效率为 68.5%,有效率为 21.2%,总有效率为 89.1%。范平^[10]自拟方:制附子、杜仲、淫羊藿、丹参、当归、川芎、生山楂、生蒲黄、伸筋草、何首乌、桑寄生、葛根、肉桂、桂枝。李雁等^[18]用参附注射液配合心痛定治疗心肾阳虚型原发性高血压 40 例。结果降压总有效率为 95.00%。症状疗效:心悸总有效率为 95.00%;畏寒总有效率为 97.00%;欲睡总有效率为 100%。小便不利总有效率为 83.33%;水肿有效率为 88.00%。唇甲淡暗青紫总有效率为 95.00%。李建平^[11]以活血化瘀方药预防血瘀型高血压大鼠心肌纤维化实验研究,结果效果满意。这较临床研究更据科学性,也是临床研究的科学考证。

痰湿阻滞:肖艳等^[12]以中药防己黄芪胶囊配合西药治疗痰湿中阻型原发性高血压 34 例,结果临床症状、尿酸、血压值 3 方面与对照组比较均有减轻及降低,经统计学处理 $P < 0.05$ 。尚春生^[14]用苓桂术甘汤合寄生参气加减,温阳化湿治疗 40 例高血压者。结果显效 22 例,有效 15 例,总有效率为 92.5%。陈浩^[20]运用温阳利水法治疗阳虚阴盛型的高血压病 48 例,轻者用五苓散,重者用真武汤加减,总有效率为 96%。孙秀英^[21]用真武汤加减治疗阳虚水泛的 60 岁以上老人高血压 30 例。结果显效 14 例、有效 13 例,总有效率为 90%。与对照组相比有显著性差异,并能改善临床症状、降低血脂、血黏度、对血糖、心电图缺血性变化亦有一定的改善作用。还有多人用真武汤合防己茯苓汤、真武汤和理中汤、真武汤合吴茱萸汤化裁治疗阳虚湿盛型高血压患者均有明显效果。

4 问题与展望

4.1 制定统一、规范的辨证分型、疗效评定标准

综上所述,中医药工作者研究治疗高血压有几十年的时间对于肝阳上亢、阴虚阳亢之证型认识比较清楚和统一,而对于非阳亢性之高血压在证型的分型标准、治疗法则、治疗方法的认识上都不尽相同,尽管 1993 年制定的辨证分型标准虽使中医药工作者在治疗高血压病中有据可依,但真正在临床广泛应用和统一规范还有许多困难需要很长时间。更主要的是在非阳亢性高血压的确定分型上应进一步完善,寻找更具科学性的依据。同时更应加强对大样本资料的研究。高血压病的疗效评定标准包括血压值、症状疗效、血液动力学及相关生化指标。以往报道的中医分型比较混乱,样本大多偏小,疗程长短相差很大,分期不明显、疗效标准不一等因素

都影响了对疗效的客观评价和比较。而且症状疗效标准比较模糊,缺乏可行性,因此统一非阳亢性高血压病中医证型对各症候表现的量化研究也是一项基础研究。

4.2 坚持中医辨证论治,强调长期化、个体化的综合防治

近年来由于中西学术思想的相互影响,辨证与辨病的结合有人常把高血压当作肝阳上亢,在临床中一遇到高血压病,就一味堆积平肝潜阳或拼凑有降压作用的药物,忽视了中医的特色,增加了副作用,这也是本文论述的主要思想及目的所在,因此突出中医特色,加强辨证论治、用药规律研究,同时注意辨证与辨病相结合,也是提高疗效的重要一环。

4.3 今后研究方向

加强剂型的改革:目前临床上治疗高血压的中成药主要为阳亢型、阴虚阳亢型之证如牛黄降压丸、清心丸、醒脑降压丸等。因非阳亢型高血压大多病程较长,在人群分布以年老体弱多见,且多有间夹症状,从市场调研及文献报道临床对这类患者多给予中药汤剂,而大部分病情需要长期服用,所以极不利于患者长期服用,故应在统一证型症候的基础上尽快开发出此类中成药,以方便广大患者治疗,这必将造福于广大非阳亢型高血压患者。

加强实验研究:由于中医辨证分型多以主观症状为主,缺乏客观指标及说服力对于非阳亢型高血压,由于其病因病机的复杂性,临床医师大多以个人经验来划分,故加强基础研究势在必行。如王兆禹等^[22]对高血压病中医不同证型患者糖代谢、脂肪代谢指标差异进行了比较。黄俊山^[23]等对高血压患者血清胰岛素、C 肽与中医辨证分型的关系水平进行了研究结果均发现不同的中医证型其空腹血糖、空腹胰岛素水平、脂肪代谢、尿酸及 C 肽水平均不同,这为中医辨证分型提供了理论依据。所以加强基础实验研究,是使中医辨证分型、疗效评定科学化发展的方向。

参考文献:

- [1] 郑峰,胡世云,郭进建,等.高血压病中医辨证分析[J].河北中医,2000,22(9):651.
- [2] 邓世周,王兵,耿黎明,等.中医分型治疗高血压病 200 例疗效分析[J].海军医学杂志,2000,21(2):159.
- [3] 吴伟同.高血压病的病机探讨及辨治[J].河北中医,2002,24(9):435.
- [4] 尚春生.温阳法治疗高血压病 40 例临床报道[J].实用中医内科杂志,1996,10(3):20.
- [5] 徐迪华,陈根芳.治疗原发高血压的经验[J].江苏中医,1999,20(3):11.
- [6] 苏卫东,祝桂庭,陈际苏.高血压病温补法应用体会[J].安徽中医学院学报,1999,15(3):33.
- [7] 陈立英.小议温阳利水法治疗高血压病[J].上海中医杂志,1999,33(5):18.
- [8] 范平.温阳化瘀法治疗老年高血压病探析[J].山东中医杂志,1998,17(6):486.

- [9] 齐放. 中医药防治高血压病研究进展[J]. 北京中医杂志, 2003, 22(6): 1.
- [10] 李青鸟. 原发性高血压病因之我见[J]. 光明中医, 2000, 15(1): 84.
- [11] 方企扬. 补肾活血治疗高血压病 80 例[J]. 江苏中医, 1998, 19(11): 22.
- [12] 肖艳, 文旺秀, 程康林, 等. 中药防己黄芪胶囊配合西药治疗痰浊中阻型原发性高血压 34 例临床观察[J]. 中医杂志, 2002, 43(4): 271.
- [13] 董振华, 范爱平. 祝谌予教授治疗高血压病的经验介绍[J]. 中国医刊, 1999, 34(8): 44.
- [14] 袁玉红. 益气镇阳定眩汤治疗老年眩晕 43 例[J]. 河北中医, 2001, 23(1): 11.
- [15] 张会奇. 自拟防眩汤治疗眩晕的体会[J]. 陕西中医学院学报, 2002, 25(5): 31.
- [16] 宋文会, 黄经文. 中西医结合治疗老年高血压病 58 例[J]. 陕西中医, 1998, 19(1): 9.
- [17] 涂福音. 温阳益气法治疗高血压病 26 例疗效观察[J]. 福建中医药, 1984, 4(2): 17.
- [18] 李雁, 马丽. 参附注射液配合心痛定治疗原发性高血压(心肾阳虚型) 40 例临床观察[J]. 新中医, 2000, 32(8): 46.
- [19] 李建平, 严灿, 邓中炎, 等. 活血祛瘀方药预防自发性高血压大鼠心肌纤维化实研究[J]. 中医杂志, 2000, 6(41): 301.
- [20] 陈浩. 温阳利水法治疗高血压病 48 例[J]. 陕西中医, 1994, 15(6): 392.
- [21] 孙秀英, 李运伦. 真武汤加减治疗老年人高血压 30 例[J]. 山东中医学院学报, 1995, 19(4): 317.
- [22] 王兆禹. 高血压病中医不同症型患者糖代谢脂代谢指标差异比较[J]. 中医杂志, 2001, 42(7): 428.
- [23] 黄俊山. 高血压病患者血清胰岛素、C 肽水平与中医辨证分型的关 系[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 10(3): 190.

(收稿日期: 2003-10-26)

针灸疗法治疗腰椎间盘突出症的研究概况

赵红, 陈元粉

关键词: 腰椎间盘突出症; 针灸治疗; 文献综述

中图分类号: R681.53 文献标识码: A 文章编号: 1005-7145(2004)01-0051-03

腰椎间盘突出症(Lumbar intervertebral disc protrusion, LIDP, 腰突症)是临床常见病、多发病,是引起腰腿痛的原因之一。LIDP产生的原因,主要有三种学说:机械性受压学说、化学性神经根学说、自身免疫学说^[1]。绝大多数患者可经非手术治疗得到缓解或治愈,而针刺、推拿手法治疗是其主要方法之一。以针刺、推拿手法为主配合其他保守疗法治疗腰突症在临床上的运用十分广泛,现将近年来针灸治疗LIDP的报道概述如下。

1 临床研究

1.1 毫针 针刺治疗LIDP取穴多以病变局部取穴与远部取穴相结合、辨病与辨证相结合,近部取穴可改善病变局部血液循环,达到活血化瘀、通络止痛的疗效,并直接刺激局部炎症区,能较好地消除或减轻神经根炎症、水肿。远部与辨证取穴可解痉松肌,加强镇痛作用,改善全身症状。常用腧穴为腰夹脊穴、肾俞、大肠俞、关元俞、环跳、阳陵泉、委中、足三里、昆仑等^[2-6]。亦有人采用“白虎摇头”法^[7]、“五虎夺羊”法^[8]、

“矩阵”法^[9]、“后顶透刺运动针”法^[10]、“养子时刻开穴”法^[11]。徐荣海^[12]、沈克艰^[13]等认为毫针深刺(6.67~10 cm)局部夹脊穴达患侧椎间孔外口,下肢远端出现麻胀或触电感可提高疗效。

1.2 灸法 灸法治疗LIDP是在毫针基础上,施以艾灸,加强了温通经脉、活血散瘀的作用,故对寒湿型、瘀滞型更为适宜;取穴与毫针取穴相似,多以腰夹脊穴为主,配以患肢足太阳经或足少阳经穴,常用艾条循经灸治或局部灸治^[14, 15]。蒋松鹤^[16, 17]在夹脊穴及下肢反应点涂布中药蛇蝎软膏,膏上置以艾炷灸,取得较好疗效。

1.3 电针 电针治疗LIDP,系在毫针治疗的基础上,于针柄连接电疗仪之电极,针刺与电刺激的作用相互叠加,进一步提高疗效。取穴多以腰夹脊穴为主,配合患侧环跳、阳陵泉、委中、足三里、昆仑等穴^[18-22]。据文献报道^[23]电针参数多选用低频率连续波,通电期间肌肉有轻微收缩而感到舒适,治疗完毕后疼痛减轻。孟庆越、王学新^[24]通过临床试验比较证实这一点。王升旭等^[10]认为夹脊电针电刺激直接作用于病变神经根,有良好的镇痛及治疗效果,并能降低血浆内5-羟色胺(5-HT)、5-羟基吲哚乙酸(5-HIAA)、去甲肾上腺素(NA)水平。

1.4 其他针法 除常规体针外,有人用水针^[25]、火针^[26]、小针刀^[27, 28]、长银针^[29]等治疗LIDP,均取得一定疗效。

作者单位: 300193 天津中医学院

作者简介: 赵红(1962-),女,副主任医师,从事针灸治疗工作。