提 要

**目的：**目前，我国高血压病患病人数已上升至 2 亿，每年还有相当数量的新发病例，提示在正常人群中预防高血压病的发生是当前的迫切任务。但是，由于其影响因素多，辨证复杂，不同级（期）患者证候分布有何特点、靶器官损伤有何规律，在不同节气病情加重是否存在规律性，既往研究尚未给出明确答案。因此，本研究以 3

级高血压病为切入点，探讨 3 级高血压病证候与症状分布特点、病情加重与节气关系、患病时间与靶器官损伤、以及靶器官器损伤与血压水平之间的关系，从而发现其证候症状分布特点，主要致病因素及损伤病位，部分揭示患病时间与靶器官损伤规律，以及病情加重与节气关系，为临床和现代医学预防和治疗该病提供第一手临床证据和理论依据。

**方法：**1.采用文献梳理与分析方法，探讨中医学对高血压病病名、病因病机、证候分型 、病位的认识。2.应用临床病历回顾性研究方法，使用自行设计的《一般情况问卷》和《高血压病案回顾性调查表》对青岛海慈医院中医心内科 1592 份病历资料进行调查。使用 SPASS17.0 统计分析软件对录入的病历进行统计分析，采用探索性因子分析研究 3 级高血压病证候和症状分布特点，采用生存分析 Kaplan-Meier 方法探索该病靶器官损伤与患病时间关系，应用描述性统计分析研究 3 级高血压患者的主诉、致病因素、病位、中医病名、血压水平及节气等。

**结果：**纳入总病例数 876 例，平均年龄 66.64±11.58。其中，男 352 例，平均年龄 65.51±11.70，占 40.18%；女 524 例，平均年龄 67.40±11.439，占 59.82%。

血压水平：收缩压 194.85±22.30，舒张压 110.77±15.89，脉压差 84.16±22.60。

3 级高血压病在中医心内科主要见于眩晕、胸痹、心悸、头痛等 4 个病，分别占 44.18%、

41.78%、7.76%、6.28%。主诉通常为眩晕、胸闷、憋气、头痛、心慌和胸痛等 6 个症

状。现病史常见以下 20 个症状：胸闷、头晕、憋气、乏力、眠差、心慌、口干、头痛、胸痛、大便干、纳呆、汗出、咳嗽、恶心、尿频、耳鸣、口苦、头胀、咳痰、水肿。3 级高血压证侯分布以痰瘀互结、气阴两虚、血瘀阻络、肝阳上亢等四个证侯为主，分别占 33.56%、28.42%、13.93%和 12.10%;致病因素以 痰、瘀血、气虚、阴虚为主，分别占 49.23%、27.69%、22.71%、20.80%；病位以络脉及肾、心、脾、肺、肝五脏为主，分别占 26.31%、24.29%、16.61%、11.73%、10.95%、9.17%。3 级高血

压病情加重一年当中呈现一定的时间规律，高峰为每年 10 月初至 11 月底。3 级高血压病与靶器官损害之间呈现一定的时间相关性，随着高血压患病时间的增长，患冠心病、糖尿病、脑梗塞的几率增大，从发现患高血压病到疾病进展至 3 级约为 14 年，

患病年龄平均53岁。

**结论：**3级高血压病病情加重与节气关系密切，痰、瘀血、虚是其重要致病因素，证候及其分布有一定特点，靶器官损伤规律呈现一定的时间规律。研究结果将从病因病机角度为3级高血压病及其发病机制提供相关理论依据和数据支持，深化中西医学

对3级高血压病因病机及证候分型特点及其靶器官损伤的原有认识。中西医学可能将

依据本研究结果寻找出针对3级高血压病有效干预方式和途径，为提高该病早期防治水平提供理论依据。

关键词 3 级高血压病；证候；致病因素；靶器官损伤；病位；节气

**Study on Features of TCM Syndromes and Target Orgens Disfunction of the 3 Grade Hypertension and Related Factors**

**Specialty:** Clinic Theory of Traditional Chinese Medicine

**Author:** An Li

**Super advisor:** Ji Zhongqiang

**Abstract**

**Objectives:** At present, Hypertensive patients the number of patients in China had risen to 200 million, there were a considerable number of new cases each year,

Prompted the prevention of hypertension occurred is an urgent task for the current in the normal population. But factors of hypertension were more, and its syndromes were complex, what are the characteristics of different level of patients with syndrome distribution, which regular patter do displayed target organ damageTherewasnotaclearanswerwhetherdotheregularityofinvasionexistindifferentsolar. Inthisstudy, weexplorethethreegradehypertensiontherelationshipbetweenthesyndromeandcharacteristicsofsymptomsdistribution, betweeninvasionandsolarterms, betweendurationofdiseaseandtargetorgandamage, andbetweentargetorgandamageandbloodpressurelevels. Thus, wecouldfindthecharacteristicsofsymptomsdistribution, themajoretiologicalfactorandthesiteofinjury. Atthesametime, wecouldrevealtherelationshipbetweendurationofdiseaseandtargetorgandamageandbetweeninvasionandsolarterms. So, wecanprovidfirst-handclinicalevidenceandtheoreticalbasisfortheclinicalandmodernmedicine.

**Methods:** 1. We explored recognition on hypertension nonaggressive, etiology and pathogenesis, syndrome type, and the site of disease in traditional Chinese medicine by using a literature review and analysis methods. 2. We investigated 1552 medical records by

Using《Ggeneral Qquestionnaire》and《Hhypertension Medical Rrecord Retrospective

Questionnaire》in Qingdao Hai Ci Hospital TCM Department of Cardiology. we analyzed the characteristics of symptoms distribution, the major etiological factor, the characteristics of target organ damage and relationship between invasion and solar terms of the hypertension patients. To use SPASS17.0 Statistical Analysis Software added entry records. Using test and variance analysis which explored syndrome features, Using survival analysis methods to explore the characteristics of target organ damage in present time. Count data used

Frequency statistics or t-test, measurement data used least squares analysis.

**Result:** The number of total case is 876, its average age is 66.64±11.58. Of which The number of the male is 352, its average age is 65.51±11.70, the ratio of it is 40.18%. Of which The number of female is 524, its average age is 67.40±11.439, the ratio of it is 59.82%. Level of blood pressure: their systolic pressure is 194.85 ± 22.30, their diastolic blood pressure 110.77±15.89, their pulse differential pressure is 84.16± 22.60. The main illnesses of the three grade hypertension were mainly dizziness, Chest, heart palpitations, headache in the Traditional Chinese Medicine Department of Cardiology. The proportion of these four symptoms are 44.18%, 41.78%, 7.76%, 6.28%. The patients' chief complaint is usually dizziness, chest tightness, suffocation, headache, palpitation and chest pain, et al. The common symptoms in history of present illness were as following: chest tightness, dizziness, breath holding, fatigue, poor sleep, palpitation, dry mouth, headache, chest pain, dry stools, poor appetite, sweating, cough, nausea, frequent urination, ringing in the ears, mouth pain, headinflation, sputum, and edema. The main syndromes of the three grade hypertension were phlegm-blood stasis mutu-

Stagnation, Qi-Yin dual-Xu、blood stasis–obstructs-luo、Gan-Yang up-hyper function- ing，

Accounting for 33.56%、28.42%、13.93% and 12.10%. The main factors of the pathogenic were phlegm, blood stasis, deficiency of vital energy, yin asthenia, accounting for 26.31%, 24.29%, 16.61%, 11.73%, 10.95%, 9.17%. The main disease locations were collaterals and subcollaterals, Shen, Xin, Pi, Fei, Gan, accounting for 26.31%、24.29%、16.61%、11.73%、

10.95%、9.17%. The sick time of the three grade hypertension showed a certain regularity that the time of peak incidence was from early October to the end of November each year. A certain time correlation exists between the three grade hypertension and target organ damage. With the growth of the prevalence of hypertension, risk of suffering from coronary heart disease, diabetes, cerebral infarction increased. From the discovery of hypertension to the disease divided into three grades was approximately 14 years. The average age of patients suffering from hypertension was 53 years old.

**Conlusion:** 3 the stage of hypertension were closely related with solar terms, Phlegm, blood stasis, deficiency is important pathogenic factor, Syndromes and target organ damage have showed regularity. research results will provide related theoretical basis and data to support from the perspective of etiology for 3 the stage of hypertension and its pathogenesis, intensified the original understanding of the climate sub-type characteristics and target organ damage of 3 the stage of hypertension for traditional Chinese

Medicine and western medicine. Traditional Chinese medicine, western medicine may look for external factors of triggering 3 the stage of hypertension of ways and means of effective psychological intervention of emotional stimulus, and support theoretical basis for enhancing level of early prevention and treatment of it.

**Keyword** 3 the stage of hypertension; syndromes; risk factors; target organ damage; disease location; solar terms

目 录

**[Abstract](#_Toc686558757)** 2

[引 言](#_Toc686558758) 4

[第一章 高血压病的中医文献梳理](#_Toc686558759) 4

[1. 高血压中医病名溯源](#_Toc686558760) 4

[1.1 眩晕](#_Toc686558761) 4

[1.2 头痛](#_Toc686558762) 4

[1.3 不寐](#_Toc686558763) 4

[1.4 健忘](#_Toc686558764) 4

[1.5 心悸、怔忡](#_Toc686558765) 5

[1.6 水肿](#_Toc686558766) 5

[1.7 中风](#_Toc686558767) 5

[2. 中医学对高血压病因病机的认识](#_Toc686558768) 5

[2.1 古代医家对高血压病因病机的认识](#_Toc686558769) 5

[2.2 现代医家对高血压病因病机的认识](#_Toc686558770) 6

[2.3 高血压的致病因素](#_Toc686558771) 6

[4. 高血压的病位](#_Toc686558772) 7

[4.1 与肝相关](#_Toc686558773) 7

[4.2 与肾相关](#_Toc686558774) 7

[4.3 与脾相关](#_Toc686558775) 7

[4.4 与心相关](#_Toc686558776) 7

[第二章 高血压病的现代医学研究](#_Toc686558777) 7

[1. 现代医学对高血压病分级分期的认识](#_Toc686558778) 7

[1.1 高血压病分级分期标准制定与修订](#_Toc686558779) 8

[1.2 高血压病分级分期标准制定与修订的认识](#_Toc686558780) 11

[3. 现代医学对高血压病危险因素研究](#_Toc686558781) 11

[3.1 吸烟饮酒](#_Toc686558782) 11

[3.2 超重和肥胖](#_Toc686558783) 12

[3.3 高钠、低钾膳食](#_Toc686558784) 12

[3.4 血脂和尿酸](#_Toc686558785) 12

[3.5 其他因素](#_Toc686558786) 12

[4. 目前研究存在的问题](#_Toc686558787) 12

[5. 本研究着眼点及意义](#_Toc686558788) 12

[第三章 临床病历回顾性研究](#_Toc686558789) 12

[2.1 调研方法](#_Toc686558790) 12

[2.2 评测工具](#_Toc686558791) 12

[2.3 调查指标](#_Toc686558792) 12

[2.4 诊断标准](#_Toc686558793) 12

[2.5 纳入标准](#_Toc686558794) 12

[2.6 病历排出标准](#_Toc686558795) 12

[2.7 剔除标准](#_Toc686558796) 13

[2.8 统计方法](#_Toc686558797) 13

[4.1 一般资料](#_Toc686558798) 13

[4.2 证侯分布特点](#_Toc686558799) 15

[4.3 靶器官损伤与时间关系](#_Toc686558800) 26

[4.4 靶器官损伤在性别、年龄、主诉、主观症状等方面的差异](#_Toc686558801) 29

[4.5 3级高血压患者病情加重与节气关系](#_Toc686558802) 31

[5.1 3级高血压病与年龄、性别关系](#_Toc686558803) 32

[5.2 3级高血压病证素分布](#_Toc686558804) 32

[5.3 3级高血压病中医证候及分布特点](#_Toc686558805) 32

[5.4 3级高血压病主观症状与靶器官损伤的关系](#_Toc686558806) 32

[5.5 3 级高血压病靶器官损伤规律呈现时间性3级高血压病并非单一病证，病情加重至一定程度常伴随多脏器的损伤。本研究](#_Toc686558807) 32

[5.6 4级高血压病病情加重节气](#_Toc686558808) 33

[5.7 高血压病分级研究的必要性和可行性探讨](#_Toc686558809) 33

[第四章 结语](#_Toc686558810) 33

[1. 结论](#_Toc686558811) 33

[1.1 3级高血压病病情加重与节气相关性](#_Toc686558812) 33

[1.2 3级高血压病的证侯特点](#_Toc686558813) 33

[1.3 3级高血压病的证侯分布特点](#_Toc686558814) 33

[1.4 3级高血压病的主要病理因素和病位](#_Toc686558815) 33

[1.5 3级高血压病与靶器官损害呈现一定的时间规律](#_Toc686558816) 33

[2. 创新点](#_Toc686558817) 33

[2.1 思路创新](#_Toc686558818) 33

[2.2 理论创新](#_Toc686558819) 33

[3. 问题与展望](#_Toc686558820) 33

[3.1 选取高血压病患者样本较少](#_Toc686558821) 33

[3.2 调研地域较局限](#_Toc686558822) 33

[参考文献](#_Toc686558823) 33

[附录](#_Toc686558824) 35

引 言

原发性高血压病(essential hypertention, EH)是严重影响人们健康的临床常见病、多发病。是遗传、环境、神经内分泌、血液动力学等多因素共同作用的结果[1]。是危害人类健康的常见病、多发病，可造成心、脑、肾等脏器不同程度的损伤，是脑卒中、冠心病的主要危险因素。目前，我国高血压病患病人数已上升至2亿，每年还有相当数量的新发病例，由此提示在正常人群中预防高血压病的发生是当前的迫切任务。近年来，中医对高血压病的病因病机、证候分型及治疗在临床和实验室研究均取得较大进展。但是，由于其影响因素多，证侯认识不统一，不同级（期）患者证候分布有何特点、靶器官损伤有何规律，在不同节气发病是否存在规律性，既往研究尚未给出明确答案。

由于高血压病致病因素多，病程长，随着疾病的进展，可出现多脏腑损伤等实际情况，早期病例由于病情自身隐匿性、知晓率低、治疗率低，病人多在社区治疗或自行服药，且患者依从性较差，不利于临床研究观察。临床住院病例多为2到3级病人，已出现不同程度的靶器官损伤，入院多以并发靶器官损伤症状为主诉，多见于心内科、肾内科、内分泌科、神经内科等，因此，对高血压病进行分级、分科室研究，对于有效防治该病具有重要现实意义。

本研究采用梳理古今文献和临床病历回顾性研究相结合的方法，通过对原发性高血压病分级（期）辨证研究，探讨3级高血压病证候与症状分布特点、损伤病位与致病因素、病情加重与节气关系、患病时间与靶器官损伤、以及靶器官器损伤与血压水平之间的关系，从而发现3级高血压病的证候症状分布特点，主要致病因素及损伤病位，部分揭示患病时间与靶器官损伤规律，以及病情加重与节气关系，为临床和现代医学预防和治疗该病提供第一手临床证据和理论依据，为制定有效的中医药干预方案提供数据参考。

# 第一章 高血压病的中医文献梳理

高血压病(Essential Hypertension, EH)是一种常见的心血管系统疾病，具有发病率高、并发症多的特点，长期高血压会严重影响心、脑、肾等重要脏器的功能，并最终导致这些器官的功能衰竭，严重危害了我国人民的健康。3级高血压病在临床中危害大、致死致残率高，给个人身心和家庭带来沉重的经济和心理负担。研究3级高血压病中医证侯与分布特点，以及影响该病发生发展的病理因素及其损伤病位，从而有针对性地进行辨证论治，既有利于该病的既病防变，减少重大突发事件的发生，又能深化该病中医辨证论治的内涵，提高临床对该病的认识。

中医学有着悠久的历史和深厚的积累，古代医家和近现代医家在高血压病理论论述和治疗经验方面有着众多的论述和研究，为了深入挖掘中医学文献资料中对高血压病致病因素、病因病机及脏腑损伤等方面的认识，需结合临床症状，首先对3级高血压病所对应的中医病名进行比对确定，再通过对这些中医病名的资料中寻找有关该病的理论论述和临床经验总结，以达到更好地继承中医学之精髓，使之服务于临床的目的。

## 1. 高血压中医病名溯源

高血压病是以体循环动脉压增高为主要表现的临床综合征，是最常见的心血管疾病。中医学并无高血压病名，根据该病常见临床症状：头晕、眼花、头胀、头痛、急躁易怒、耳鸣、心悸、胸闷、失眠、健忘、乏力、腰腿酸疼、口苦、便干等，检索中医古籍文献，高血压病相当于中医“眩晕”、“头痛”、“不寐”、“健忘”、“肝风”、“肝阳”、“肝火”等范畴，若出现心、脑、肾等损害时，亦见于“心悸”、“怔忡”、“中风”、“水肿”等范畴。

因无确定的病名，关于高血压症状的记录，散见于病案中。以上述“眩晕”、“头痛”等为检索词，检索古代医籍病案，筛选记录完整并且关联度较强的症状，共检索到57个症状：头痛、头重、头胀、眩晕、耳聋、耳鸣、目昏、翳障、目赤肿痛、口眼歪斜、咽干、口渴、口干、消渴、口疮、腹胀、腹痛、食欲差、食少、吞酸嘈杂、呃逆、恶心、呕吐、中脘痞阻、胸闷、胸痛、肩背掣痛、心悸、健忘、怔忡、梦魇、四肢不温、膝软、手足不利、四肢麻木、遗精、小便浊、大便干结、泻下、咳嗽、痰多、心烦易怒、盗汗、多汗、燥热、疲倦、不寐、嗜睡、月经不调、带下连绵、浮肿、

消瘦、皮寒、骨蒸、肥胖、脱发、肤腠瘙痒等。症状复杂涉及多脏器功能改变。

### 1.1 眩晕

眩指眼花或眼前发黑，晕指头晕甚或感觉自身或外界景物旋转的体验。二者或单独出现，或同时并见，轻者闭目自止，重者如坐舟船，不能站立，甚则昏倒。常伴恶心、呕吐、汗出等症状。

眩晕病名最早见于《黄帝内经》，称之为“眩”、“眩冒”、“眩转”、“眩运”等。

《素问・玉机真藏论》：“太过则令人善怒，忽忽眩冒而巅疾”，《素问・六元正纪大论》：“木郁之发……甚则耳鸣眩转，目不识人，善暴僵仆。”《素问・至真要大论》：

“诸风掉眩，皆属于肝”。《素问・腹中论》：“头目眩运，失血多而气随血去也”。《灵枢・海论》：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒”。《灵枢・卫气》：“上虚则眩”。《灵枢・大惑论》：“故邪中于项，因逢其身之虚，其入深则随眼系，以入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。《灵枢・口问》”上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，头为之眩。“《灵枢・五邪篇》”邪在肾，则病骨痛阴痹。阴痹者，按之而不得，腹胀腰痛，大便难，肩背颈项痛，时眩。邪在心，则病心痛喜悲，时眩仆，视有余不足而调之其输也。“

《临证指南医案・卷一·肝风》记载一则眩晕病案：“吴，脉弦小数，形体日瘦，口舌糜碎，肩背掣痛，肢节麻木，肤腠瘙痒，目眩晕耳鸣，已有数年。此属操持积劳。阳升，内风旋动，烁筋损液，古谓壮火食气。皆阳气之化，先拟清血分中热，继当养血熄其内风，安静勿劳，不致痿厥。”该医案症状记录详细，病因病机归结为阳升血热，相应对其疾病的治疗和预后也作出了分析。另外，该卷对其它原因引起的眩晕也都做了详细记录和分析，值得深入挖掘学习。

### 1.2 头痛

头痛是临床常见的自觉症状。头痛病名首见于《内经》，称之为：“头风”、“脑风”、

“首风”等，古籍文献中又有“雷头风”、“眉棱风痛”、“真头痛”、“头重”、“头摇”、

“颈项强痛”、“脑疽”等别称。《素问・风论》：“新沐中风，则为首风”，“风气循风府而上，则为脑风”，“首风之状，头面多汗恶风，当先风一日则病甚，头痛不可以出内，至其风日则病少愈。”《素问・五脏生成》言：“头痛巅疾，下实上虚，过在足少阴、巨阳，甚则入肾。”《灵枢》：“足太阳脉上额交巅，直入络脑别下项，其病冲头痛，目似脱，项似拔，即正头痛也。”《灵枢》：“足少阳之脉，起目锐眦，上抵头角，其病

头角额痛……头风之甚者，久则目昏。偏头风痛者，属少阳相火，久则目缩，小大便秘涩，皆宜出血而大下之。“《证治汇补・卷之四·上窍门・头风》指出了头痛和头风的区别，“头风与头痛无异，浅而近者名头痛，深而远者名头风。”

古人对头痛的病因病机多从外感内伤论述，高血压所表现出的头痛症状多以内伤为主，类似于临床中常见的血管性头痛、丛集性头痛以及偏头痛。但中医认为内风可以由外风引动，内生五邪可以由外感六淫所引发，所以也不应忽视外感因素对内伤因素所起的作用。

《张聿青医案・卷九·头痛》记载头痛病案一则：“某，头痛偏右，痰时带红。二者今虽暂安，然眩晕心悸，火从上逆，脉弦带滑，无非肝肾之阴精不足，而脾胃之痰湿有余，胆胃之气，不克下降，则肝脏之阳，上升太过，拟熄肝和阳。”该病案不仅记载了偏头痛的症状，另外对它的病因病机作出了分析，认为由于肝肾阴精不足，脾胃痰湿有余，胆胃气逆引起，治疗应当熄肝和阳。改卷还记载了头痛兼见心悸怔忡不寐等病案，说明古人在临床实践中也已经认识到头痛与心脏功能之间的某些相关性。“邵，头偏作痛，心悸怔忡不寐，时觉恶热，阳升太过，致心火不能下行，拟宁神和阳。”

### 1.3 不寐

不寐是以经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证，主要表现为睡眠时间、睡眠深度的不足，轻者入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后不能再寐，重则彻夜不眠，影响人们的正常生活和健康。

不寐在《内经》中称为“不得卧”、“目不暝”。《素问・病能论》：“帝曰：人有卧而有所不安者，何也？岐伯曰：脏有所伤，及精有所之，寄则安，故人不能悬其病也。”认为因思虑情欲而伤脏，其精神有所之之处，执着不释，故卧不得安。《难经》认为年老气血虚弱是老年不寐的重要病因，“四十六难曰：老人寤而不寐，少壮寐而不寤者，何也？然经言少壮者，血气盛，肌肉滑，气道通，荣卫之行，不失其常，故昼日精，夜不寤。老人血气衰，肌肉不滑，荣卫之道涩，故昼日不能精，夜不寐也。故知老人不得寐也。”汉代张仲景《伤寒杂病论》将不寐病因病机概况为外感和内伤两类。

《景岳全书》将不寐分为有邪和无邪两类。明朝李仲梓将不寐的病因分为五类：“不寐之故，大约有五：一曰气虚……一曰阴虚……一曰痰滞……一曰水停……一曰胃不和。”《医灯续焰・卷十八（补遗）·不寐》认为不寐病因有虚劳虚烦、胆虚惊悸、痰

饮停中、烦惑不合目等，认为痰饮、胆虚气怯、惊悸虚烦、情志内伤都是不寐的重要病因。

古人对不寐的病因病机认识非常的丰富。多从阴阳不相交接、阳盛阴虚、气血虚弱、阴虚、气虚、痰阻、水停、饮食停滞、情志所伤等来论述。不寐是高血压临床常见症状之一，其痛苦程度不亚于高血压本身所带来的身心伤害，古人关于不寐的认识对指导临床仍有重要的实践意义，有待于积极探索并深入挖掘。

《张聿青医案・卷十四·不寐》记载不寐病案两则如下：“廉，胆胃不降，水火不能交合。不寐眩晕，足膝软弱。下虚上实，图治不易。”“杨，肾水不足，耳常虚鸣，寤难成寐，痰多欲咳，行动气辄上逆。肾虚水火不能相济，火越于上，炼液成痰，所以痰多而欲咳也。拟升降水火，兼化痰热。”从两则医案可以看出，不寐常伴有眩晕耳鸣等症状，同高血压临床表现有非常相似之处，因此，防治高血压病可以借鉴不寐的认识。

### 1.4 健忘

健忘是指记忆力减退，遇事善忘的一种病证，也称“喜忘”、“善忘”、“多忘”等。

《灵枢・大惑论》：“人之善忘者，何气使然？岐伯曰：上气不足，下气有余，肠胃实而心肺虚，虚则营卫流于下，久之不以时上，故善忘也。”《伤寒论》载：“阳明病，其人善忘者，必有蓄血，所以然者，本有久瘀血”。《丹溪心法》载：“健忘精神短少者多，亦有痰者。”指出了淤血与痰浊都是健忘发病的因素。

总之，健忘以虚证居多，思虑过度，劳伤心脾，脑失所养，年迈病久，房劳肾伤，都导致健忘。实证常见于情志内伤，病久入络，致淤血内停，或痰浊上蒙。

高血压病患病年龄虽有年轻化趋势，但总体来说老年居多，往往病程长，临床表现虚实夹杂，健忘是临床常见症状之一。深入挖掘古人对健忘的认识，将有助于高血压病的临床防治。

北ft友松所著《北ft医案》记载淤血导致健忘怔忡医案一则：“一侍女年三十余矣，常患健忘，如怔忡，梦中作惊，大便秘结，血块冲上，头晕目眩，不思饮食，五年余矣，医用归脾逍遥八珍等汤，及清心丸，安神散等药不效，求治于予，余制一方，牵牛大黄槟榔子枳壳桃仁红花牛膝滑石为丸，每旦服三十丸，抑阴汤下，数日眩晕止，大便宽，觉胸中凉快矣，予曰未也，必须大下血块，又用四物汤服前丸药数百丸，下瘀块黑脓者七日，后用沉香木香乌药香附子藿香紫苏ft栀子陈皮茯苓白术甘草五贴，

再加当归川芎芍药黄芩十余贴，诸症如忘，后用加味逍遥散，调理出入，月余全效。“该医案不仅详实的记录健忘的治疗经过，患者的临床表现，对其病因病机和预后都作出了精当的判断，对高血压临床实践有很好的启迪作用。

### 1.5 心悸、怔忡

心悸是指病人自觉心中悸动，惊惕不安，甚则不能自主的一种病证，临床一般呈多发性，常因情志刺激或劳累过度而发作，且常伴有胸闷、气短、失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症。

心悸的病名，首见于《伤寒杂病论》，称之为“心动悸”、“心下悸”、“心中悸”和“惊悸”等，认为惊扰，水饮，虚劳及汗后受邪都是主要病因。《医灯续焰・卷十八（补遗）·悸、怔忡》记载：“《准绳》云：悸即怔忡。今历观病状，则二证少有分别。悸则心中微动，如恐如惊。怔忡则心胸振筑，莫知其来；忽尔宁寂，莫知其去。甚则头目眩晕，神气若浮，盖悸之重者也。大抵因痰积饮停，气冲火击所致……亦有中气虚而忡悸者……亦有心经气血不足，火不定，神不安而忡悸者……有心液过耗，汗多亡阳，脉代而忡悸者。”《凌临灵方・心悸怔忡》记载：“心体不足，心用有余，肝为心母，操用神机，肝木与心火相为煽动，肝阳浮越不潜，彻夜不寐，心悸忡怔，有不能支持之候，脉弦滑数，左寸关长直，治宜清心和胃，佐以平肝。”

高血压病常伴有心悸、怔忡症状的出现，尤其是在2、3级高血压患者多见，这可能与血压水平升高导致的心脏功能受损有关，心脏的自律性受到了干扰和损伤而出现。

《张聿青医案・卷十四·惊悸》记载心悸怔忡医案：“某，上年眩晕心跳，甚至心气昏糊，经壮水涵木而化肝热，诸恙较前大退。惟心悸仍未霍全，时觉胆怯。肝胆皆木也，肝木上升，胆木下降，是为和平。惟肝升太过，则胆降不及，胆木漂拔，自然气馁，胆病、实肝病也。经云、虚则补其母。木之母，水也。所以降胆必先熄肝，熄肝必先滋肾。”“经，精水不足，肝肠上升，头晕有时恶心，寐中往往惊跳。宜育阴熄肝。二诊，育阴熄肝，阳升不熄，头疼耳痛震鸣，寐中惊跳，溲后辄带精浊。肾阴不足。欲制其阳，当育其阴。”两则医案记录了心悸怔忡与眩晕头痛并见的情况，从其临床表现来看，与高血压病导致的心脏功能受损时表现一致，无论是当今临床还是古代医案，眩晕头痛心悸怔忡等症状常并见于临床，所以，可以认为高血压病同心悸怔忡有非常密切的联系。

### 1.6 水肿

水肿是体内水液潴留，泛滥肌肤，表现以头面、眼睑、四肢、腹背，甚至全身浮肿为特征的一类病证。

水肿在《内经》中称为“水”，并根据不同症状分为“风水”、“石水”、“涌水”等。《灵枢・水胀》对其症状作了详细描述：“水水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣。以手按其腹，随手而起，如裹水之状，此其候也。”在治疗上，《素问・汤液醪醴论》提出了“平治与权衡，去菀陈莝……开鬼门，洁净府”的治疗原则。汉代张仲景对水肿分类更加详细，

《金匮要略・水气病脉证并治》以表里上下为纲，并根据病位五脏不同提出：“病有风水、有皮水、有正水、有石水、有黄汗。风水，其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风。皮水，其脉亦浮，外证浮肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴，当发其汗。正水，其脉沉迟，外证自喘。石水，其脉自沉，外证腹满（《脉经》作痛），不喘。黄汗，其脉沉迟，身体发热，胸满，四肢头面肿，久不愈必致痈脓。心水者，身重（一作肿）而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿。肝水者，腹大不能自转侧，胁下腹中痛，时时津液微生，小便续通。脾水者，腹亦大，四肢苦重，津液不生，但苦少气，小便难。肺水者，其身肿，小便难，时时鸭溏。肾水者，其人腹大，脐肿腰痛，不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足逆冷，其面反瘦。”在治疗上，提出了发汗、利尿两大原则：“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈”。唐代孙思邈在《备急千金要方・水肿》中首次提出水肿要忌盐的理论，并指出水肿有五不治：“一、面肿苍黑，是肝败不治；二、掌中无纹理，是心败不治；三、腰肿无纹理，是肺损不治；四、阴肿不起者，是肾败不治；五、脐满反肿者，是脾败不治”。这些论述为水肿的预后和护理提供了宝贵经验。宋代严用和在《济生方・水肿门》将水肿分为阴水、阳水两大类，“阴水为病，脉来沉迟，色多青白，不烦不渴，小便涩少而清，大腹多泄……阳水为病，脉来沉数，色多黄赤，或烦或渴，小便赤涩，大腹多闭。”治疗上，严用和又倡导温脾暖肾法，在前人汗、利、攻的基础上开创了补法。杨士瀛在《仁斋直指方・虚肿方论》创立了活血利水法治疗瘀血水肿。

水肿在西医学中是多种疾病中的一个症状，包括肾性水肿、心性水肿、肝性水肿、营养不良性水肿、功能性水肿、内分泌失调引起的水肿等。高血压病水肿多以心性水肿为主，常伴有心悸、胸痛、气急等。《张聿青医案・卷八·肝火肝阳》记载眩晕水

肿医案一则：“凌，便血之后，血虚不复，肝阳上僭。眩晕心悸，面浮肢肿，带下连绵，经事涩少，一派内亏见证。拟养肝熄肝，兼摄奇脉。”可以看出，高血压病症状表现可见于水肿病中，水肿症状也可见于高血压病中，二者互相影响。

### 1.7 中风

中风是以卒然昏仆，不省人事，半身不遂，口眼歪斜，言语不利为症状表现的一种病证。轻者无昏仆而仅见半身不遂或口眼歪斜等症状。

《内经》对中风有较详细论述，其病名可见于“偏枯”、“偏风”、“薄厥”、“偏身不用”、“风痱”、“大厥”等。《素问・调经论》：“血之与气并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复反则生，不反则死。”《素问・通评虚实论》：“凡治消瘅仆击，偏枯痿厥，气满发逆，甘肥贵人，则高梁之疾也。隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。暴厥而聋，偏塞闭不通，内气暴薄也。不从内外中风之病，故瘦留着也。”《素问・生气通天论》：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。有伤于筋，纵，其若不容，汗出偏沮，使人偏枯。”

中风的病因病机，唐宋以前，以“外风”学说为主，多从“内虚邪中”立论。唐宋以后，多从“内风”立论，金元时期有了更大的发展。元代王履提出“类中”、“真中”病名。其后明代医家张景岳提出本病“非风”学说，提出了“内伤积损”的认识，王清任更指出中风半身不遂，偏身麻木是由于“气虚血瘀”所致，立补阳还五汤治疗。近代医家总结前人经验，探讨发病机理，认为本病的发生主要在于肝阳化风，气血冲逆，直冲犯脑。对中风的病因病机治法认识也逐步深化。

《王旭高临证医案・卷之二·中风门》记载眩晕久病导致中风医案一则：“谢，久患肝风眩晕，复感秋风成疟，疟愈之后，周身筋脉跳跃，甚则发厥，此乃血虚不能涵木，筋脉失养，虚风走络，痰涎凝聚所致。拟养血熄风，化痰通络。”该医案不仅详细记录了患者久患肝风眩晕，受外邪引发，周身筋脉跳跃，甚则发厥的事实，更体现了医生对疾病演变的认识，这也是对高血压病病久导致中风的一则见证，对指导临床仍有实践意义。

## 2. 中医学对高血压病因病机的认识

### 2.1 古代医家对高血压病因病机的认识

#### 2.1.1 眩晕病因病机

古人认为眩晕病位在肝，总的病机为肝风化火，风火相搏。《内经》曰：“诸风眩

掉，皆属于肝。“”眩晕，肝风病也。“”头痛巅疾，下虚上实，过在足少阴巨阳，甚则入肾。又曰：狥蒙招尤，目眩耳聋，下实上虚，过在足少阳厥阴，甚则入肝。“经言下虚，肾虚也，肾虚者头痛。经言上虚，肝虚也，肝虚者头晕，夫肾厥则巅疾，肝厥则目眩，此其所以异也。夫肝为风，风，阳邪也，主动，凡人金衰不能制木，则风因木旺而扇动，且木又生火，火亦属阳而主动，风火相搏，风为火逼则风烈，火为风扇则火逸，头目因为旋转而眩晕，此则眩晕之本也。

古人从外感和内伤两方面论述眩晕的病因，并针对不同病因引起的眩晕症状表现给出不同的治则治法。外因有伤风、火热上攻、风痰闭壅、风热上冲、冒雨伤湿等。内因有痰饮、气郁、虚衰、内伤气虚、肾虚气逆、脾胃虚弱、失血、老年阳虚等。《杂病源流犀烛》：“若病发之故，则有由外因者：曰伤风眩晕，必恶风自汗，或素有头风而发。曰火热上攻眩晕，必烦渴引饮，或暑月热甚而发。曰风痰闭壅眩晕，必胸膈痞塞，项急，肩背拘倦，神昏多睡，或心忪烦闷而发。曰风热上冲眩晕，必胸中不利，旋运欲倒，或感受时邪而发。曰冒雨伤湿眩晕，必鼻塞声。有由内因者：曰痰饮眩晕，眩而呕吐，头重不举，是痰。眩而心下悸，是饮。曰气郁眩晕，必七情过伤，痰涎迷塞心窍，眉棱骨痛，眼不可开。曰虚衰眩晕。或内伤气虚。或肾虚气不归元，气逆奔上。或脾胃虚弱，兼呕吐泄泻。曰失血眩晕，或吐衄太甚，或便血过多，或由伤胎，或由产后，或由崩漏，或由金疮跌扑，拔牙，往往闷绝，不省人事。曰老人阳虚，每早起便晕，须臾自定。”

古人十分重视痰在眩晕发病中的作用，提出了“无痰不作眩”的观点。《杂病源流犀烛》：“然而内因外因之感发虽殊，总必由于痰盛。故有风热痰作眩者；有寒湿痰作眩者；有痰火兼虚作眩，并遍身眩晕者；有气血虚，挟痰作眩者。故曰无痰不作眩也。而又有至于眩晕之甚，但头目不清利，或并耳鸣耳聋，且精神不爽，咽干鼻塞者，皆由风湿热痰涎郁于精明之府也。”《医灯续焰・沉脉主病》：“痰之为病，成偏头风，成雷头风，成太阳头痛。眩晕如坐舟车，精神恍惚。”《丹溪心法・头眩》提出痰水致眩学说，“无痰不作眩”。

古人又认为眩晕为体虚所致，强调“无虚不作眩”。《景岳全书・眩运》指出：“眩运一证，虚者居其八九，而兼火兼痰者，不过十中一二耳”。《内经博议・缪仲醇阴阳脏腑虚实论治》：“肝虚十证：目黑暗眩晕属血虚，兼肾水真阴不足，宜养血补肝清热。”

古人认为水气阻格也是导致眩晕的因素之一。《四圣悬枢・水气内停》：“太阳经

病……水气阻格，肺胃上逆，则眩晕而呕咳，肝脾下陷，则淋涩而泄利。“

除了外感六淫、内伤七情、痰随气逆，古人也十分重视肾气虚以及血虚血瘀在眩晕发病中的作用。《仁斋直指方论・眩运方论》：“风则有汗，寒则掣痛，暑则热闷，湿则重滞，此四气乘虚而眩运也；喜怒哀乐，悲恐忧思，郁而生痰，随气上厥，此七情攻虚而眩运也；淫欲过度，肾家不能纳气归元，使诸气逆奔而上，此眩运之出于气虚也。明矣！吐衄漏崩，肝家不能收摄营气，使诸血失道妄行，此眩运之生于血虚也，又明矣。以致新产之后，血海虚损，或淤滞不行，皆能眩运，是可不推寻致病之因乎？治法随机应敌，其间以升降镇坠行焉，最不可妄施汗下，然而眩运欲解，自汗则有之。若诸逆发汗剧者，言乱目眩，与夫少阴病下利止，而头眩时时自冒者，此虚极而脱也。识者将有采薪之忧。”《本草纲目》：“眩晕……皆是气虚挟痰，挟火，挟风，或挟血虚，或兼外感四气。”

概而言之，古人认为导致眩晕的病理因素主要有风、火、痰、虚、血瘀、水气等六个方面。《医灯续焰・眩晕脉证》：“诸风眩晕，有火有痰。左涩死血，右大虚看……故眩晕者多属诸风。又不独一风也，有因于火者，有因于痰者，有因于死血者，有因于虚者。”“眩晕皆称为上盛下虚，盖虚者，气与血也；实者，痰涎风火也。”

对眩晕辨证诊断的认识，古代医家尤其重视脉诊。眩晕可见浮脉、紧脉、细脉、虚脉、弦脉、滑脉、芤脉、涩脉、数脉、缓脉、濡脉、弱脉、微脉、散脉等脉象。《脉诀新编・卷二·诊杂病脉法》：“眩晕之候，下虚上实，风浮寒紧，湿细暑虚。痰弦而滑，瘀芤而涩，数大火邪，虚大久极。先理痰气，次随症治。”《察病指南・辨七表八里九道七死脉・八里脉》：“左手关上脉缓，主眩晕。”《诊法通论・四诊诀微・卷之七·切诊・缓（阴）》“汪滑合曰：两寸浮缓，伤风项背急痛。左寸沉缓，心气虚，怔忡健忘。右寸沉缓，肺气虚短。左关浮缓，风虚眩晕。”《诊法通论・四诊诀微・卷之七·切诊・濡（阴，即软字）》：“濡为少气，为泄泻、为痰、为渴、为眩晕。”《诊法通论・四诊诀微・卷之七·切诊・弱（阴）》：“为痿痓，为厥逆，为血虚，为气少及力乏，为伤精及损血，为耳闭，为眩晕。”《脉理求真・卷一·新著脉法心要・微脉》：“微为阳气衰微之候。凡种种畏寒、虚怯、胀满、呕吐、泄泻、眩晕、厥逆并伤精失血等症，皆于微脉是形，治当概作虚治。”《医经原旨・卷二·脉色下第四》：“浮而散者，为眴仆。”

古代医家也十分重视经络辨证。《素问悬解・卷五·病论・厥论》：“巨阳之厥，

则首肿头重，足不能行，发为眴仆……足太阳经行身之背，起目内眦，自头走足，巨阳之厥，经气上逆，则首肿头重，足不能行。上实下虚，发为眩晕，而颠仆也。“《灵枢识・卷三·五邪篇第二十》：“肩背颈项痛时眩，马云：此皆膀胱经脉所行，以肾与膀胱为表里也，且时时眩晕，亦兼膀胱与肾邪也。”《灵素节注类编・卷八·病邪传变・六腑移热》：“胆经之脉，上头通脑，邪热入脑，脑髓被灼，化为浊涕，下注不止，以其由脑而出，似有辛辣气味触动，涕即下注……浊涕挟污血而下，以气逆眩晕，故瞑目，而得之气厥者，其病为深重也。”

对眩晕预后的认识，历代医家对眩晕治疗都提出了自己的观点，虽有主风，主火，主痰，主虚不同，但都认为祛风药是必须的，“高巅之上唯风可到”，据内伤外感不同提出了不同的治法治则，也提出了“眩晕乃中风之渐”的认识，认为“凡眩晕语乱，汗多下利，时时自冒者，虚极难治。”“泄泻多而眩晕，时时自冒者难治。”

#### 2.1.2 头痛病因病机

头痛可见于西医学内科、神经科、外科、精神科、五官科等各科疾病中，是高血压病最常见的症状之一，类似于血管性头痛、紧张性头痛、三叉神经痛、部分颅内疾病所致头痛等，在中医学医籍中，高血压头痛多为内伤头痛。

《杂病源流犀烛・卷二十五·头痛源流》对头痛病因病机进行了详细的概括，本节主要引用该书的认识。头痛总的病机为“经气逆上，干遏清道，不得运行病也。”外感六淫，内伤七情是主要病因，“统天气六淫之邪，人气六贼之逆，皆有之。”“统而观之，经之论头痛，总不越风寒虚三者，其旨固瞭然也。”

内经时代，古人从伤风、伤寒、肾虚、气虚、阳虚等论述头痛病因病机。“经曰：头痛数岁不已，当犯大寒，内至骨髓，髓以脑为主，脑逆，故头痛齿亦痛，名曰厥逆。此盖以大寒入脑，则邪深，故数岁不已。髓者，骨之充，齿者，骨之余，故头痛齿亦痛，是邪逆于上，故曰厥逆也。经又曰：头痛巅疾，下虚上实，过在足少阴巨阳，甚则入肾。此盖以头痛本太阳病，太阳之脉交巅上，其直者从巅入络脑。下虚，少阴肾虚也。上实，太阳膀胱实也。肾虚不能摄太阳之气，故虚邪上行而头痛，其脉必举之弦，按之坚。经又曰：头痛耳鸣，九窍不利，肠胃之所生。此盖以肠胃为卫门之道路，气之所以往来，气虚则不能上升于巅顶，故头痛。经又曰：头痛甚，则脑痛，手足寒至节，死不治。此盖以三阳受邪，伏而不去，则阳气败纳，故手足之寒，上至于节也。统而观之，经之论头痛，总不越风寒虚三者，其旨固瞭然也。”

张仲景提出六经辨证，从部位与症状、脉象及兼证来论述头痛的病因病机。“虽然，各经所犯头痛，其为痛处，与其现症脉候，及应用之药，有不得不分辨者。太阳经痛在正巅，其症兼恶风寒，其脉必浮紧。少阳经痛在耳前发际，其症兼寒热，其脉必细而弦。阳明经痛在额间，其症兼自汗，发热恶寒，其脉必浮缓长实。或发热，恶热而渴。太阴经头痛，其症兼体重多痰，其脉必沉缓。或太阴痰厥，亦头痛。少阴经头痛，其症足寒气逆，为寒厥，其脉必沉细。厥阴经头痛，其症兼项痛，或吐痰沫冷厥，其脉必浮缓。或肝风虚动头痛，而兼目眩耳聋。或怒气伤肝而亦头痛。肾与膀胱经挟寒湿而头痛，其症亦下虚上实，气上而不能下。心与小肠经挟湿热而头痛，其症兼烦心厥逆。三阳经热郁头痛，不敢见日光，置水于顶上，汗吐下三法并行必愈。”古人头痛辨证尤重辨虚实。“至实痛、虚痛，尤不可混。盖六腑清阳之气，五脏

精华之血，皆朝会于头。而六淫五贼之邪，皆能犯上为逆。或与正气相搏，郁而成热，则脉满而痛，或邪气留滞，亦脉满而痛，是为实也。正气衰微，寒湿侵害，虽不与搏而成热，但邪外袭，则血凝涩而脉挛缩，收引小路而痛，得温则痛减，是为虚也。“

古人头痛辨证尤重辨证求因。“夫虚实之辨既明，而气血风寒暑湿痰热之因自别。其因气虚痛者，遇劳更甚，耳鸣，九窍不利，两太阳穴痛甚，其脉大。如气上不下，厥而为痛，名气厥头痛。因血虚痛者，善惊，眉尖后近发际名鱼尾，自鱼尾上攻头痛，其脉芤。在气血俱虚痛者，兼有二症。因风痛者，抽掣，恶风或汗自出。因寒痛者，细急恶寒。因暑痛者，有汗无汗，总皆恶热。因湿痛者，或冒雨侵露，头必重，天阴尤甚。因痰饮痛者，必昏重，愦愦欲吐，或痰厥痛，每发时，两颊青黄，懒于言语，而兼眼黑头旋，恶心烦乱，此厥阴、太阴合病。因热痛者，名热厥头痛，必烦热，虽严冬亦喜风寒，则痛暂止，略见温暖，其痛更甚。因风热痛者，必兼目昏鼻塞。因风痰痛者，吐逆目眩，胸满吐涎。因湿热痛者，必兼心烦，病在隔中，用吐法大妙。因风湿热痛者，上壅损目。因郁热痛者，头旋眼黑。外此更有伤食头痛，必胸满恶食，吞酸嗳腐。有伤酒头痛，必口渴神昏。有臭毒头痛，必烦闷恶心。有发散太过头痛，必神散气怯。有肾虚头痛，必下元虚弱。有元阳虚头痛如破，必眼睛如锥刺。有头痛欲裂，有卒然头痛，有头痛连睛，有年久头痛，有产后头痛。有因头痛，胸中痛，食少，咽嗌不利，寒冷，左寸脉弦急。审是病因，更察兼症，宁有妄治之过哉。知乎此，而头痛之病，更无余患矣。乃治之之法，古人多用风药者，以高巅之上，惟风可到，味之薄者，为阴中之阳，自地升天者也，故多以风药取效。”

古人认识到“真头痛”的严重性。“惟犯真头痛者，最为难治，乃天门真痛，上引泥丸，故旦发夕死，夕发旦死。以脑为髓海，真气所聚，本不受邪，受邪则不可治也。古法进黑锡丹，灸百会穴，猛用大剂参、附，可救十中之一。然天柱折，或手足青至节者，必死，固不容忽视之也。”

头痛的脉象，古人总结头痛的脉象与治疗的关系。“《脉诀》曰：头痛短涩应须死，浮滑风痰必易除。又曰：头痛阳弦，浮风紧寒，风热洪数，湿细而坚，气虚头痛，虽弦必涩，痰厥则滑，肾厥坚实。又曰：风寒暑湿，气郁生涎，下虚上实，皆晕而眩。风浮寒紧，湿细暑虚，涎弦而滑，虚脉则无。《纲目》曰：病若目痛，头痛，脉急短涩者死。《入门》曰：肝脉溢大，必眩晕，宜预防之。《正传》曰：寸口脉中短者，头痛也。《医鉴》曰：寸口紧急，或浮，或短，或弦，皆主头痛。丹溪曰：肾厥头痛，其脉举之则弦，按之则坚。又曰：头痛，左手脉数，热也，脉涩，有死血也；右手脉实，有痰积也，脉大，是久病。”

古人还论述了头痛症状表现同预后的关系。“《内经》曰：头者，精明之府，头倾视深，精神将夺矣。《灵枢》曰：真头痛者，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，并不治。

《入门》曰：伤寒头重不能举，有二症，太阳病及阴阳易，并皆头重不举，皆危症也。又曰：伤寒阳脉不和，则头摇。心藏绝，及痓病风盛，皆摇头，皆凶症也。有里痛而头摇者，亦重症也。又曰：头沉痛入泥丸，手足冷，爪甲青者，谓之真头痛。其连齿痛甚者，属少阴厥症，俱不治。《活人书》曰：三阳有头痛，三阴无矣，惟厥阴脉与督脉会于巅，故有头痛。少阴亦有头痛，但稀少耳。丹溪曰：头痛多主于痰，痛甚者，火多也，有可吐者，亦有可下者。诸经气滞，亦作头痛。又曰：头痛连目痛，此风痰上攻，须白芷开之。又曰：头痛必用川芎，如不愈，各加引经药，太阳羌活，阳明白芷，少阳柴胡，太阴苍术，少阴细辛，厥阴吴萸。东垣曰：风寒伤上部，入客于经络，令人振寒头痛；或风寒之邪，伏留阳经，为偏正头风。《得效》曰：真头痛者，其痛上穿风府，陷入泥丸宫，不可以药愈。盖头中人之根，根气先绝也。《医鉴》曰：头痛目痛，久视无所见者死，卒视无所见者亦死。“

#### 2.1.3 不寐的病因病机

古人认为不寐的病因病机，总属阴阳不交，阳不入阴。病位在心，兼及五脏。心血不足，肝血亏虚，肾阴不足，肺气上逆，胃不和等均可致不寐。《杂病源流犀烛》记载：“不寐，心血虚而有热病也。然主病之经，虽专属心，其实五脏皆兼及也。盖

由心血不足者，或神不守舍，故不寐。有由肝虚而邪气袭之者，必至魂不守舍，故卧则不寐，怒益不寐，以肝藏魂、肝主怒也。有由真阴亏损，孤阳漂浮者，水亏火旺，火主乎动，气不得宁，故亦不寐，何者？肺为上窍，居阳分至高，肾为下窍，居阴分最下，肺主气，肾藏气，旦则上浮干肺而动，夜则下入于肾而静，仙家所谓子藏母胎，母隐子宫，水中金也，若水亏火旺，肺金畏火，不纳肾水，阴阳俱动，故不寐，法宜清热。有由胃不和者，胃之气本下行，而寐亦从阴而主下，非若寤之从阳主上，今胃气上逐，则壅于肺而息有音，得从其阴降之道，故亦不寐。总之，不寐之由，在肝则不快之状多见左，在肺则不快之状多见于右，在心则不快之状多见于上部之中，在胃则不快之状多见于胸腹之中，在肾则不快之状多见于下部之中，须分经而治。“

另外，古人根据不寐的症状表现，辨证求因，提出了不同的治法治则。古人认为不寐若因杂症所致，及传经移邪，又当细究，劳心之人、年高之人、虚烦之人多不寐；而亦有通宵不寐者；有寐即惊醒者；有喘不得寐者；有虚劳烦热不寐者；有肝虚惊悸不寐者；有大病后虚烦不寐者；有方卧即大声鼾睡，少顷即醒，由于心肺有火者；有不能正偃，由于胃不调和者，兼肺气盛，必泻肺；有劳心胆冷，夜卧不寐者；有癫狂病发，火盛痰壅不寐者；有伤寒吐下后，虚烦不寐者；有心胆俱怯，触事易惊，梦多不祥，虚烦不寐者；有失志郁抑，痰涎沃心，怔忡不寐者；有思虑过度，因脾主思，致脾经受邪，两手脉缓，经年累月不寐者；有神气不宁，每卧则魂魄飞扬，觉身在床而神魂离体，惊悸多魇，通夕不寐者，此名离魂症，由肝藏魂，肝虚邪袭，魂无所归，故飞扬离体也。

不寐之症状虽多，但总归于痰涎沃心、心气不足，治疗应以理痰顺气、养心安神为要。怔忡以下诸病，都缘痰涎沃心，心气不足，以至变生种种。若凉心太过，则心火愈微，痰涎愈盛，渐至难治，故必以理痰顺气、养心安神为第一义。

另外，《冯氏锦囊》提出了不寐病因病机为肾虚的认识。《内经》概言卫气不得入于阴而不得卧，尚未能尽其心肾神交入阴之至理也。盖心主血而藏神，若元阴不足，则不能生血，血少则神无所倚矣。夫人之神，寤则栖心，寐则归肾，故寐者，心神归于肾舍也。心虚则神不能归舍于肾，故不能成寐；肾虚则不能藏纳心神于舍，故寐而不能沉，并不能久。是以壮年肾阴强盛，则睡熟而长；老年阴气衰弱，则睡微而短。且有形之阴水既亏，则无形之相火流灼，以致神魂散越，睡卧不安。故不寐、健忘两证，虽似心病，实由于肾虚也。

前人多从正虚邪扰的角度论述不寐，张景岳从邪正两个方面来认识不寐，认为外邪干扰是不寐发生的重要因素，首次阐述了饮浓茶致不寐的原理。“其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气之不足耳。有邪者多实证，无邪者多虚证。凡如伤寒、伤风、疟疾之不寐者，此言外邪深入之扰也。如痰、如火、如寒气水气、如饮食忿怒之不寐者，此皆内邪滞逆之扰也。此外则凡思虑劳倦，惊恐忧疑，及别无所累而常多不寐者，总属真阴精血之不足，阴阳不交，而神有不安其室耳。知此二者，则知所以治矣。饮浓茶则不寐，心有事亦不寐，以心气之被伐也。盖心藏神，为阳气之宅也，卫主气，司阳气之化也。凡卫气入阴则静，静则寐，正以阳有所归，故神安而寐也。而浓茶以阴寒之性，大制元阳，阳为阴抑，则神索不安，是以不寐也。又心为事扰则神动，神动则不静，是以不寐也。故欲求寐者，当养阴中之阳，及去静中之动，则得之矣。”

《医宗必读》论不寐病因，从五个方面阐述。不寐之故，大约有五：一曰气虚，一曰阴虚，一曰痰滞，一曰水停，一曰胃不和。大端虽五，然虚实寒热，互有不齐，神而明之，存乎其人耳。对临床治疗依然有重要指导意义。

#### 2.1.4 健忘的病因病机

对健忘病因病机的描述肇始于《内经》，认为健忘是由于“上气不足，下气有余，肠胃实而心脾虚，虚则营卫留于下，久之，不以时上”所致。《见闻录》通过年龄、大脑发育程度比较说明小儿和老人健忘原因不同。《医宗必读》总结《内经》之论健忘，俱责之心肾不交。心不下交于肾，浊火乱其神明；肾不上交于心，精气伏而不用。火居上则因而为痰，水居下则因而生躁，扰扰纭纭，昏而不定。《圣济总录》认为健忘，病因病机为“本于心虚，血气衰少，精神昏愦，故志动乱而多忘也。”

通过对《仁斋直指方》、《济生方》、《严氏济生方》、《普济方》及上述经典的整理分析，与健忘密切相关的脏主要是心、脾、肾，上述经典对健忘病因病机的论述，为指导高血压病兼健忘临床辨证提供理论依据。

#### 2.1.5 心悸怔忡的病因病机

心悸怔忡的病因主要是惊扰，水饮，虚劳及汗后受邪。例如，《医灯续焰・卷十八（补遗）·悸、怔忡》记载：“《准绳》云：悸即怔忡。今历观病状，则二证少有分别。悸则心中微动，如恐如惊。怔忡则心胸振筑，莫知其来；忽尔宁寂，莫知其去。甚则头目眩晕，神气若浮，盖悸之重者也。大抵因痰积饮停，气冲火击所致……亦有中气虚而忡悸者……亦有心经气血不足，火不定，神不安而忡悸者……有心液过耗，

汗多亡阳，脉代而忡悸者。“其病机如《凌临灵方・心悸怔忡》记载，认为是”心体不足，心用有余，肝为心母，操用神机，肝木与心火相为煽动，肝阳浮越不潜，彻夜不寐，心悸忡怔，有不能支持之候，脉弦滑数，左寸关长直，治宜清心和胃，佐以平肝。“

### 2.2 现代医家对高血压病因病机的认识

#### 2.2.1 证候分级和分期研究

从原发性高血压证候分级角度开展临床研究：徐贵成等[1]认为中医辨证论治，应针对主要矛盾。EHⅠ期体质一般较强，多以阳亢为主兼有阴虚，病情发展至Ⅱ期阶段，肝阳亢盛，伤耗阴血，下劫肾阴，由实证突出转为以虚证为主，肝肾阴虚成为主要矛盾。陈金水[2]对高血压证候进行分期调查，发现肝火上炎型和痰浊内蕴型主要分布在Ⅰ期，极少有心电图改变，眼底、夜尿改变不甚明显；肝肾阴虚型主要分布在Ⅰ和Ⅱ期，有15%左右的患者心电图表现为左心室肥厚，眼底以中度改变为主，夜尿在3次以上者3%左右；心肾两虚型主要分布在Ⅲ期，心电图多数有左心室肥厚，眼底以重度改变为主，有30%的患者夜尿在3次以上。张发荣[3]认为，肝火亢盛型以Ⅰ期多见，阴虚阳亢和痰湿壅滞型以Ⅱ期居多，而气虚血瘀与阴阳两虚型则以Ⅱ期、Ⅲ期多见。而郑新等[4]则认为痰湿壅盛型、阴阳两虚型多见于Ⅰ期，分别占到66.6%、60.2%，而肝阳上亢型多见于Ⅱ、Ⅲ期，约占57.7%。王文会[5]等认为Ⅰ期高血压病多为肝气郁结，

Ⅱ期高血压多为肝阳上亢和肝火上炎，Ⅲ期高血压多以肝肾阴虚为主。刘陟发现Ⅰ期高血压病肝火亢盛证最多，Ⅱ、Ⅲ期阴虚阳亢证最多；王清海认为肝火亢盛型可见于各个分期，阴虚阳亢型多见于I期和III期，气虚痰浊型主要见于I期，阴阳两虚型主要见于III期，表明阴阳两虚型程度较重，并发症较多。但二人均认为高血压证候分型与年龄、病程关系密切。李辉[6]虽从分级角度研究高血压病因病机，但观点不同与上述研究结果，他认为血瘀证是高血压病的重要病机，也是高血压并发症的重要因素，高血压病中医辨证无论为何种证型，均可伴发血瘀证。同时，肝风痰浊证、气阴两虚证又多见于高血压病Ⅱ期、Ⅲ期病人，与病变严重程度相一致。对高血压病病人分期情况的调查发现，高血压病Ⅱ期、Ⅲ期的病人中合并血瘀证者明显增多，呈Ⅲ期>Ⅱ期> I期的趋势，说明随着高血压病的进展及病情的加重，并发血瘀证几率也会逐渐增多。表明瘀血的形成不仅贯穿在整个病变过程中，而且随病情的发展、病程的迁延，其脏腑功能日渐低下，气血运行状态逐渐紊乱，血瘀的程度也将会日趋严重，从而加重病情的进

展。

从原发性高血压不同分期角度开展临床研究：通过临床研究发现肝阳上亢证和阴虚阳亢证是原发性高血压的主要证候，早期以阴液虚损为主，中期多见痰湿中阻证，晚期则出现肝肾亏虚，阴虚及阳，以阴阳两虚证最为常见。在此基础上揭示肝火亢盛是青壮年期高血压的主要证候特点，阴虚阳亢和痰湿壅盛是中老年高血压主要证型，阴阳两虚是老年高血压的主要证型[7]。周次清认为肝阳上亢难概高血压病全貌；该病初期，多数为精神刺激、情志抑郁而诱发，肝失疏泄，导致肝气郁结、肝火上炎、肝阳上亢，甚至肝风内动，病位在肝，以实为主；高血压病发展至中期，则出现本虚标实，阴虚阳亢；发展至后期，则久病由肝及肾、由实转虚，出现“髓海不足，脑转耳鸣”，“上气不足，脑为之不满”的肾虚为主之证，辨证治疗根据肾阴虚、肾阳虚与阴阳两虚的不同。

上述研究进展代表现代中医学对高血压分级或分期病因病机或证候较新认识，分析由此产生的机制较为深入，但对同一高血压分级或分期证候分布研究观点各一，没有形成统一认识。相关研究发现，高血压病证候从起点到终点发展动态演变呈现规律性，但尚未真正揭示高血压病证候演变规律，从高血压病分级或分期证候研究更未涉及，故而开展严格设计下多中心大样本前瞻性队列研究动态揭示高血压分级证候流行病学分布规律显得尤为重要。

#### 2.2.2 发病机制研究进展

高血压现代研究尤其是代表前沿的国际研究已深入到基因层次，揭示高血压病的病理机制，本文结合这一方面探讨与高血压证候分型关系。

国内学者主要集中在对肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAAS）相关基因的研究，陆曙研究团队[38]采用多聚酶链聚合反应（PCR）方法，发现ACE I/D基因多态性对证候的影响存在性别差异，DD基因型与女性高血压中医证候相关。中医证候分型可能存在一定的分子遗传学基础，遗传体质与证候发展可能具有潜在的倾向性。该团队通过检测290例住院原发性高血压患者基因多态性，结果发现醛固酮合成酶基因CYP11B2 C-344T多态性与原发性高血压中医证型可能无相关性。骆杰伟团队[39, 40]检测

ACE基因插入或缺失(I/D)多态性，并探讨其与高血压血瘀证的关系，研究发现ACE基因I/D多态性与血瘀证(BSS)具有相关性，D等位基因可能是血瘀证的易感基因之一；携带ACE-DD基因型是患EH-BSS的独立危险因素，尤其在EH病史前15年发生BSS 心

脑血管事件风险明显增高。采用PCR-RFLP法测醛固酮合成酶(CYP11B2)基因-344T/C多态性与高血压病血瘀证(EH-BSS)的关系。结果发现：携带有CYP11B2-TC/CC基因型可能是重度EH-BSS易患因素之一[41]。骆杰伟等[42]对β2-肾上腺素受体基因多态性及单倍体型与高血压病血瘀证的相关性分析，认为携带有β2-AR基因-1023AA型可能是重度血瘀证易患因素之一，A-A单倍体型可能易患血瘀证。还研究亚甲基四氢叶酸还原酶(MTHFR)基因C677T多态性与福建汉族人群高血压病(EH)血瘀证易感性的关系。通过对高血压病血瘀证患者239例，高血压病非血瘀证患者203例，血压正常对照患者

195例，抽外周静脉血提取DNA,采用PCR-RFLP法检测MTHFR基因C677T多态性类型。结果发现MTHFR基因CT/TT类型可能是汉族人群高血压病血瘀证发病的易感危险因素之一[43]。在此基础上，对高血压肝阳上亢证与去甲肾上腺素转运体SLC6A2基因启动子3和2多态性进行了研究，显示，高血压病肝阳上亢证患者携带有SLC6A2启动子

2的GC/CC型频率高于非肝阳上亢证患者，进一步推测这个多态性可能影响交感神经系统的稳定性，进而表现出肝阳上亢证证候群，或影响其焦虑抑郁症状。孟云辉[43]探讨过氧化物酶体增殖物激活受体（PPARγ）C161T基因多态性与原发性高血压阴虚阳亢型、痰湿壅盛型的相关性。分析阴虚阳亢型与痰湿壅盛型PPARγC161T多态性的基因型及等位基因频率分布。结果阴虚阳亢型与痰湿壅盛型基因频率及等位基因频率相近。骆杰伟等[44, 45]为探讨亚甲基四氢叶酸还原酶(MTHFR)基因C677T多态性与福建汉族人群高血压病血瘀证易感性的关系，采用PCR-RFLP检测MTHFR基因C677T多态性，研究提示MTHFR基因CT/TT类型可能是汉族人群高血压病血瘀证发病的易感危险因素之一。在典型血瘀证的研究中，如脑梗死、心肌梗死与MTHFR基因多态性和高同型半胱氨酸(Hcy)血症有关[46, 47]，提示MTHFR基因多态性与血瘀证有着密切关系。马民[48]通过免疫组织化学方法检测原发性高血压病血瘀证患者热休克蛋白(HSP70)与C-fos基因表达水平，并应用统计学方法对两者基因表达的相关性进行分析，表明在高血压病血瘀证中, HSP70和C-fos基因均有较高的表达，并有明显的相关性，提示HSP70基因与C-fos基因表达可能与高血压病血瘀证相关。卢全生等[49]通过观察国人原发性高血压患者血管紧张素Ⅱ(AngⅡ) 1型受体(AT1R)基因A1166C多态性的分布，及其与高血压中医辨证分型和降压药物疗效的关系，发现在中国汉族人群中，血管紧张素Ⅱ的

1型受体AC基因型的C等位基因可能是高血压的一个易感基因；而高血压病中医辨证分型可能与是否携带C等位基因无关，清心胶囊和卡托普利的降压效应与是否携带 C

等位基因无关；且在不同基因型的EH患者中，其血压、血糖、血脂及血浆AngⅡ、内皮素(ET)、降钙素基因相关肽(CGRP)未见明显差异，提示基因型对高血压的影响可能未通过糖脂代谢及血浆ET、CGRP、AngⅡ系统。孟云辉等[50]采用RT-PCR法探讨原发性高血压证型与外周血淋巴细胞过氧化物酶体增殖物激活受体信使核糖核酸（PPAR

γ）mRNA表达及颈动脉血管重构的关系。50例EH患者分为阴虚阳亢型组，痰湿壅盛型组，每组各25例，另选25例健康体检者为正常对照组。与正常对照组比较，两组患者

PPARγmRNA均表达下调，且颈动脉内膜增厚(P<0. 05)。与阴虚阳亢型组比较，痰湿壅盛型组PPARγmRNA表达下调及颈动脉内膜增厚明显（P<0. 05）,发现淋巴细胞表达可能与颈动脉重塑相关。

以上研究发现，相关基因多态性与原发性高血压病证之间相关性结论不一，这可能与原发性高血压病程长，证型与分期不同步有关。

### 2.3 高血压的致病因素

#### 2.3.1 瘀血是高血压关键病理因素之一

本文依据证候研究、实验室研究、临床治疗三方面研究提供证据，佐证瘀血是高血压病的一个重要因素。

证候方面研究：瘀血阻滞血脉运行，瘀阻清窍，气血不能上荣于头目，发为眩晕。李辉[6]认为血瘀证是高血压病的重要病机，也是高血压并发症的重要因素，高血压病中医辨证无论为何种证型，均可伴发血瘀证。高血压病Ⅱ期、Ⅲ期的患者中合并血瘀证者明显增多，呈Ⅲ期>Ⅱ期> I期的趋势，说明随着高血压病的进展及病情的加重，并发血瘀证几率也会逐渐增多。表明瘀血的形成不仅贯穿在整个病变过程中，导致气血运行状态逐渐紊乱，血瘀的程度将会日趋严重，从而加重病情的进展。周端教授认为“阳亢”、“血瘀”为高血压发病的中医基本病理基础，临证治疗时注重活血潜阳

[8]。

实验室血液检测研究：钱氏等[9]发现临界高血压患者除有瘀血证临床改变外，还表现为全血及血浆比粘度、红细胞聚集指数增高，总外周阻力增加，动脉弹性降低等实验室检查改变。欧氏[10]研究发现高血压的微循环改变以管袢数目减少、模糊，管袢痉挛或麻痹，微血流停止或瘀滞，血色暗红，红细胞聚集，血瘀周围渗出或出血较为常见；血液流变学变化呈全血粘度、血细胞聚集性、增比粘度增高等“高粘综合征”表现。

临床治疗：实践是检验真理的唯一标准。临床通过活血化瘀为主要治则治疗高血压取得了良好效果这一事实，反证瘀血是高血压重要病理因素这一观点。例如，付伟[11]瘀血证型高血压患者30例，运用常规降压治疗加具有活血祛瘀、通络止痛之功效的灯盏细辛注射，降压显效17例，总有效率87%。并可改善临床症状，降低血瘀证积分，改善血液流变学指标。王永兰等[12]对自拟活血化瘀方辨证加减治疗70例高血压患者，临床治愈率46%，临床有效率89%。

#### 2.3.2 痰浊是高血压关键病理因素之一

古人十分重视痰在眩晕病中的作用，提出了“无痰不作眩”的观点。《杂病源流犀烛》：“然而内因外因之感发虽殊，总必由于痰盛。故有风热痰作眩者；有寒湿痰作眩者；有痰火兼虚作眩，并遍身眩晕者；有气血虚，挟痰作眩者。故曰无痰不作眩也。而又有至于眩晕之甚，但头目不清利，或并耳鸣耳聋，且精神不爽，咽干鼻塞者，皆由风湿热痰涎郁于精明之府也。”《医灯续焰・沉脉主病》：“痰之为病，成偏头风，成雷头风，成太阳头痛。眩晕如坐舟车，精神恍惚。”《丹溪心法・头眩》提出痰水致眩学说，“无痰不作眩”。

痰浊在高血压发病过程中也占有重要地位。周发强等[13]认为，痰浊之邪在高血压的形成过程中，尤为关键。痰浊内阻，则清阳不升，浊阴不降，痰浊阻内，清窍被蒙，发为眩晕，或见肢体麻木，活动不灵，似同高血压的常见临床症状。或因素体阳盛，急躁易怒，引动肝火，火邪炽盛，灼津为痰，痰浊阻络，经气不畅，上扰清窍，则见头痛、眩晕、耳鸣烦躁。阻于经络，则有四肢麻木，甚至口眼歪斜，更甚者痰火相煽，横窜经络，扰动心神，蒙蔽清窍，而出现面红目赤，喉中痰鸣，神昏不语等高血压之重证表现。赵立诚「14」认为痰瘀互结是原发性高血压的常见促进因素。在高血压的病程中，痰饮瘀血作为病理产物和致病因子，是本病迁延不愈和众多并发症发生的重要病理物质基础。李氏[15]认为痰浊之邪，滞于脉道，酿生瘀血，因痰致瘀，痰瘀胶结，阻塞脉道，则清窍失聪，发为眩晕。痰浊为患，随经络而留驻全身，影响全身各脏器机能，从而引起高血压的多种并发症。

上述研究表明，痰浊型发病率逐年上升，高血压的发病与痰浊关系密切，痰浊不仅是高血压的始动因素，而且贯穿于高血压的全过程。

#### 2.3.3 虚是高血压关键病理因素之一

古人认为眩晕为体虚所致，强调“无虚不作眩”。《景岳全书・眩运》指出：“眩

晕一证，虚者居其八九，而兼火兼痰者，不过十中一二耳“。《内经博议・缪仲醇阴阳脏腑虚实论治》：“肝虚十证：目黑暗眩晕属血虚，兼肾水真阴不足，宜养血补肝清热。”

虚是高血压发病的关键因素之一，虚者为髓海不足，或者是气血亏虚，清窍失养。而阴虚是高血压的本质根源，高血压的病位主要责之于肝肾。陈宝贵[16]主任认为高血压的发生多由阴阳失调所致，肾阴虚是高血压发生的根本因素，而肝阳上亢、心火炽盛等是发生高血压的重要因素。阴虚导致阳亢，阳亢的发展进一步导致阴虚甚至阴竭，阴竭导致阳虚而阴阳俱虚。长期阴阳俱虚又可使机体脏器受损，变生他证。杨霓芝[17]认为素体阳盛阴衰之人，阴阳平衡失其常度，阴亏于下，阳亢于上；肝藏血，肾藏精，肾阴亏虚常可导致肝阴不足，肝阴不足亦可致肾阴亏虚。肝肾阴虚，不能涵敛阳气，阳气亢逆上冲，出现眩晕、头痛。沈绍功[18]认为肾精不足、肝阴亏虚及热病津伤皆可导致阴虚眩。肾气亏虚，上气不足，或脾气不升，中气不足皆可导致气虚眩晕。张炳厚[19]认为高血压主要病位在肝。肝为刚脏，体阴而用阳，其性条达，郁则化风、化火。火郁日久，肝阴耗损。阴不足则阳有余，势必造成阳亢。肝与肾为子母脏，肝体赖以肾水的滋养，如肾水不足，水不涵木，必会导致肝阳上亢。虽然唐蜀华[20]与沈绍功均认为病位在肝，但唐氏认为高血压病基本病机为阴虚阳亢。李仲守[21]把高血压的病机概括为“变动在肝，根源在肾，关键在脾”，认为本病的发生除与肝肾有关，与脾更为密切，早期以阴损为主，后期阴损及阳，多见阴阳两虚（包括气阴两虚）。 3．高血压的辨证分型

3.1古代文献论述

高血压作为西医学的概念，中医古籍没有血压及高血压的专门记载，对照常见临床症状，高血压可见于“头痛”、“眩晕”、“不寐”、“健忘”、“心悸、怔忡”、“胸痹”、

“水肿”、“中风”等范畴。

对眩晕的描述肇始于《内经》，称其为“眩冒”、“眩”，《灵枢﹒海论》中说：“脑为髓之海……髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”说明脑部是精髓汇聚的地方，髓海充足，脑的功能健全，则人感到活动自如，能胜任各种活动；髓海不足，则脑昏晕旋转，耳鸣，腿酸，头目眩晕。关于眩晕发生的病因病机，《内经》论述颇多，归结为两点：一，与肝有关，如

《素问・至真要大论》记载：“诸风掉眩，皆属于肝”，“厥阴之胜，耳鸣头眩，愦愦欲吐”；《素问・六元正纪大论》认为：“木郁之发……甚则耳鸣眩转。”二，因虚致病，

如《灵枢・口问》中更有“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒”之说。

《伤寒论》、《金匮要略》对眩晕一证虽无专论，但“目眩”、“眩”、“冒”、“头眩”、“冒眩”、“颠眩”、“身为振振摇”、“振振欲擗地”等描述均可找到。所载经典方剂小半夏加茯苓汤、泽泻汤、苓桂术甘汤、真武汤等沿用至今，成为临床治疗高血压病痰浊中阻证、脾虚湿阻证以及脾肾阳虚证常用方剂。

在阐发上述经典基础上，隋・巢元方《诸病源候论・风头眩候》论述：“风头眩者，由血气虚，风邪入脑，而引目系故也”，唐・王焘所著的《外台秘要》和宋代的

《圣济总录》均从风立论。唐代・孙思邈的《备急千金要方》则提出了风、热、痰致眩的论点。刘完素在《素问玄机原病式・五运主病》载“掉，遥也；眩，昏乱旋运也。”主张眩晕的病因病机应从“火”立论。张从正继承了仲景从痰饮论治之说，主张从“痰”立论，提出吐法为主的治疗方法，见《儒门事亲》载：“夫头风眩运……在上为之停饮，可用独圣散吐之，吐讫后，服清下辛凉之药。凡眩晕多年不已，胸膈痰涎拥塞，气血颇实，吐之甚效。”元代・朱丹溪在《丹溪心法﹒头眩》提倡“无痰不作眩”之说。

对眩晕病因病机的论述日臻完善见于明清时期。明代・徐春甫《古今医统大全﹒眩运门》中以虚实分论，提出虚有气虚、血虚、阳虚之分，实者风、寒、暑、湿之别，并着重指出“四气乘虚”。

证候是病机的外在表现，病机是证候的内在本质，传统认识中虽无明确提出高血压证候分型，亦不能概括高血压治疗的全部内涵，但通过辨析上述经典对眩晕、头痛病因病机及临床症状描述可以明晰其与高血压证候分型之间的联系。

3.2现代临床研究

近年来，原发性高血压的中医辨证分型与现代实验指标相关性的研究为中医辨证分型提供了客观依据，不仅有助于揭示其证候本质、指导临床治疗，还是中西医结合治疗高血压病的必由之路。现将近年来有关高血压病中医辨证分型的医学研究总结如下。

临床流行病学研究方面：蔡光先等[22]临床流行病学调查发现EH的主要证候为肝阳上亢证、阴虚阳亢证、肝肾阴虚证以及肝风上扰证，痰浊中阻证和瘀血阻络证是EH与体质及并发症密切相关的常见或相兼证候。但与年龄有相关性。任敏之等[23]临床回顾性流行病学发现EH证型构成中，阴虚阳亢证占33.6%,肝火亢盛证占18.1%,痰湿

壅盛证占16.3%，肝肾阴虚证占11.7%，血瘀阻络证占9.4%，痰瘀互结证占7.6%，阴阳两虚证占3.4%。阳亢偏重）和阴阳两虚（分为阴虚偏重、阳虚偏重）。王永炎[24]认为高血压病主要以肝阳上亢和肝肾阴虚为主，治疗以平息肝阳为要。具体分型有：肝阳上亢、阴虚阳亢、肾精不足、阴阳两虚、痰湿内蕴等。黄立东[25]等将肝火亢盛、阴虚阳亢、阴阳两虚和痰湿壅盛作为高血压分4个主要证型。王清海等[26]通过流行病学结果分析EH证型分布规律，显示EH出现率最高的是气虚痰浊证，其余依次为阴虚阳亢证、肝火亢盛证、阴阳两虚证，且中医证型分布与性别无相关性，但与年龄有相关性。黎剑[27]对原发性高血压病进行分期辨证施治思路探讨，认为I期以肝气郁滞、脾胃不和、心肾不交为主证，II期以气滞血瘀、痰瘀互结、肝郁化火、阴虚阳亢为主证，III期以气虚血瘀、气虚痰阻、痰瘀水结、阴虚火旺、气血两虚、阴阳两虚、肝风内动为主证。治疗以调和阴阳气血，疏通血脉为原则。

微观指标实验室研究方面：王爱珍等[28]围绕与肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)的关系发现肝阳上亢证患者外周血浆肾素活性(PRA)、血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)水平显著升高，其中AngⅡ水平升高与肝肾阴虚证，同时AngⅡ升高可作为肝阳上亢证的物质基础。这一结果与李泓等[5]研究表明一致。王永霞等[29]认为高血压病患者存在脂质过氧化反应增强，血管内皮细胞功能失调；ET和MDA升高与肝火亢盛之实证有关，而CGRP的降低与肝肾阴虚之虚证有关。刘晓颖等[8]将高血压病患者分为肝火亢盛组、肝肾阴虚组、痰湿壅盛、瘀血阻络组，对ET、NO水平的检测结果与上述一致。张臣等[30]对120例EH患者分型研究发现NO及血压可作为EH中医辨证分型的客观指标。沈毅等[31]对150例EH患者进行研究发现，EH患者常伴胰岛素抵抗(IR)及高INS, IR及高INS主要体现于肝火亢盛证和阴虚阳亢证。王芸素等[32]认为高血压病各型均存在胰岛素抵抗(IR)，高血压病不同证型之间胰岛素敏感指数(ISI)依次为：阴阳两虚

>瘀血阻络>痰湿壅盛>阴虚阳亢>肝火亢盛，即IR强弱的顺序为：肝火亢盛>阴虚阳亢>痰湿壅盛>瘀血阻络>阴阳两虚，但差别无统计学意义。王萌等[33]认为痰湿壅盛的IR和脂代谢紊乱较非痰湿壅盛更严重。沈毅等[31]研究表明，高血压病患者常伴IR和高胰岛素血症(HI)，且IR和HI主要体现于肝火亢盛、阴虚阳亢证型。雷燕等[34]认为肾虚证是老年EH的主要证型，而血浆E2、T含量及血清β2-MG浓度的变化可作为EH虚实辨证的有用指标。高血压病患者存在多种内分泌激素变化，与性激素睾酮(T)和雌二醇（E2）有关，特别是随着年龄的增长，体内E2和T发生变化[35]。祝向红等[36]结果显示高

血压男性患者T降低；女性患者E2降低；中老年高血压病辨证分型中肝阳上亢型E2水平下降；痰浊上扰型T水平下降；肝肾阴虚型E2、T水平同时下降；气血亏虚型E2、T下降更为明显。认为结果可能与高血压的病因病机有关，肝阳上亢者热象较盛，痰浊上扰者湿邪偏盛，肝肾阴虚者阴液不足，气血亏虚者阴阳更为虚损，测定血清睾酮和雌二醇水平有助于观察原发性高血压发展和预后，指导中医临床辨证分型和治疗

[37]。

## 4. 高血压的病位

历代医家对高血压病位虽未明确描述，但通过对其病名、病因病机及证候分型的整理与分析，发现病位与脏腑相关，尤其与肝、肾、心、脾密切相关。

### 4.1 与肝相关

高血压病的病位与肝相关，如《素问・至真要大论》记载：“诸风掉眩，皆属于肝”，“厥阴之胜，耳鸣头眩，愦愦欲吐”；《素问・六元正纪大论》认为：“木郁之发……甚则耳鸣眩转。”

### 4.2 与肾相关

周次清认为肝阳上亢难概高血压病全貌；该病初期，多数为精神刺激、情志抑郁而诱发，肝失疏泄，导致肝气郁结、肝火上炎、肝阳上亢，甚至肝风内动，病位在肝，以实为主；高血压病发展至中期，则出现本虚标实，阴虚阳亢；发展至后期，则久病由肝及肾、由实转虚，出现“髓海不足，脑转耳鸣”，“上气不足，脑为之不满”的肾虚为主之证，辨证治疗根据肾阴虚、肾阳虚与阴阳两虚的不同。

### 4.3 与脾相关

健忘是高血压临床症状之一，《内经》认为健忘是由于“上气不足，下气有余，肠胃实而心脾虚，虚则营卫留于下，久之，不以时上”所致。由此认为高血压病位与脾相关。

### 4.4 与心相关

通过整理和分析古代文献发现，高血压病的病位与心相关。对高血压病位的认识，传统认为以肝肾两脏损伤为主，但早在《灵枢・五邪篇》中便指出眩晕病位在心的认识，“邪在心，则病心痛喜悲，时眩仆，视有余不足而调之其输也。”《察病指南・辨七表八里九道七死脉・八里脉》：“左手关上脉缓，主眩晕。”《诊法通论・四诊诀微・卷之七·切诊・缓（阴）》“汪滑合曰：两寸浮缓，伤风项背急痛。左寸沉缓，心气虚，

怔忡健忘。结合这一经典与本文对高血压病因病机论述，佐证高血压病位与心有关的认识。 5. 文献梳理的目的与意义

原发性高血压病是严重影响人们健康的临床常见病、多发病，是遗传、环境、神经内分泌、血液动力学等多因素共同作用的结果[1]，对其病因、发病机制及防治，中西医学都在不断深入探究。鉴于高血压病程的长期性和证候的复杂性，以及不同血压水平临床症状表现的多样性，本研究通过梳理中西医医学文献，发现从分级（期）的角度认识其发病机制，证候表现规律，将更有针对性地对高血压病进行干预，因此，本研究从临床最常见最多发，且影响最严重的3级高血压入手，研究其证候和靶器官损伤等相关因素，以期能够探索出影响证候症状特点和靶器官损伤的时间规律，从而更好地为临床服务。

因中医学并无高血压病名的记载，以往对于高血压病病因病机的认识多囿于“头痛”、“眩晕”等范畴，本研究根据3级高血压的临床表现，首先对其中医病名进行梳理，找出文献记载中类似于高血压症状表现的中医病名，为下一步深入挖掘中医古籍文献提供一定的借鉴。

高血压病多造成心、脑、肾等脏器不同程度的损伤，是导致脑卒中、冠心病的重要危险因素，但在何种条件下会造成靶器官损伤，以及多长时间会造成损伤，以往研究并未明确说明，本研究从靶器官损伤与时间的关系角度，初步探讨3级高血压住院患者并发心、脑、胰腺功能损伤的时间规律，以期为早期防治高血压并发症提供理论支撑和文献支持。

# 第二章 高血压病的现代医学研究

## 1. 现代医学对高血压病分级分期的认识

从上世纪七十年代开始，国内医家已经认识到高血压的危害并开始进行分级（期）研究，认为处于不同级（期）血压水平与风险评级有着一定的联系，影响患者的预后和治疗，其标志性的事件就是历次高血压诊断标准的修订。

### 1.1 高血压病分级分期标准制定与修订

1978年世界卫生组织(WHO))高血压专家委员会确定的高血压标准为：在静息时，若成人收缩压(SBP)≥21.3kPa(160mmHg)和/或舒张压(DBP)≥12.7 kPa (95 mmHg)，可诊断为高血压；若SBP在18.9-21.2 kPa(141-159 mmHg)和/或DBP在12.1-12.5 kPa (91-94 mmHg)称临界性高血压。SBP小于等于18.7≤kPa(140mmHg)和/或DBP 12.0 kPa

（90）mmHg为正常血压。1979年郑州会议修订了我国高血压诊断标准，基本上参照1978年WHO的标准。经多年临床实践证明，上述标准有一定缺点，关键在对临界性高血压的危险性估计不足，对收缩压增高重视不够。为此，WHO和国际高血压学会(ISH)于1993年提出了新的高血压分类诊断标准，见表1。

表 1 高血压分类(按血压水平)

|  | 收缩压（mmHg） |  | 舒张压（mmHg） |
| --- | --- | --- | --- |
| 正常血压 | ＜140 | 和 | ＜90 |
| 轻度高血压 | 140-180 | 和（或） | 90-105 |
| 亚组：临界高血压 | 140-160 | 和（或） | 90-95 |
| 中、重度高血压 | ＞180 | 和（或） | ＞105 |
| 纯收缩期高血压（ISH） | ＞160 | 和 | ＜90 |
| 亚组：临界 ISH | 140-160 | 和 | ＜90 |

注：1 mmHg=0.133 kPa

美国全国联合委员会(JNC)也曾在1984、1988、1992和1993年4次修订了高血压标准。1994年中国高血压联盟结合美国JNC的1992年方案提出了我国的高血压分类标准及随访建议（见表2），被作为以后高血研究的依据，而1978年WHO标准和1979年郑州会议制定的我国高血压标准随之被摒弃。

1993美国JNC再次修订高血压标准，将轻、中、重度高血压改为l、2、3、4 四

期分类，即正常为SBP＜130mmHg，DBP＜85mmHg;高正常血压为SBP是130-139 mmHg, DBP是85-89 mmHg；高血压I期（轻度）为SBP140-159 mmHg, DBP90-99 mmHg;高血压

II期（中度）为SBP160-179 mmHg, DBP100-109 mmHg;高血压111期（重度）为SBP180-209 mmHg, DBP110-119 mmHg；IV期（很重度）为SBP≥210mmHg, DBP≥120mmHg。

表 2 按初次血压测量依据的随访建议

| 血压分类 | 血压值（mmHg） | | |
| --- | --- | --- | --- |
| SBP | DBP | 随访建议① |
| 正常 | ＜18.7(140) | ＜12.0(90) | 1-2 年内复查② |
| 轻度 | 18.7-21.2  （140-159） | 12.0-13.2  （100-109） | 1-2 月内复查③ |
| 中度 | 21.3-23.9  （160-179） | 13.3-14.5  （100-109） | 1 月内复查 |
| 重度 | ≥24.0(180) | ≥14.7(110) | 立即或一周内提出处理意见 |

注：①如SBP和DBP属不同分类，按较短时间随访，例如血压为21.3/11.3 kPa (160/85 mmHg)应在1月内随访。②随访汁划还要根据过去可靠的血压值以及其他心血管危险因素或靶器官损伤情况进行修改。③考虑提出有关改善生活方式的建议。

1997年11月美国心肺血研究所(NHLBI)发表了关于预防、检测、评估与治疗高血压全国委员会的第六次报告(JNC IV)，对高血压的定义和分类又重新进行了修订（见表3）。对成人（≥18岁）血压进行了分类及分期。高血压定义是SBP≥I40 mmHg或DBP≥90 mmHg，或正在接受搞高血压药物治疗。

表 3 JNC-IV血压分类与分期标准

| 判断 | SBP(mmHg) |  | DBP(mmHg) |
| --- | --- | --- | --- |
| 最佳 | ＜120 | 和 | ＜80 |
| 正常 | ＜130 | 和（或） | ＜85 |
| 正常高限高血压 | 130-139 | 或 | 85-89 |
| I 期 | 140-159 | 或 | 90-99 |
| II 期 | ＞160 | 或 | 100-109 |
| III 期 | ≥180 | 或 | ≥110 |

注：如果SBP与DBP不在同一期，则按高的一期算。

我国2005年基本采用了WHO与国际高血压学会的最新标准见表4。

表 4 WHO和国际高血压学会血压水平的定义和分类

类别 收缩压（mmHg） 舒张压（mmHg）理想血压 ＜120 ＜80

正常血压 ＜130 ＜85

正常高值 130-139 85-89

1 级 高血压（轻度） 140-159 90-99

亚组：临界高血压 140-149 90-94

2 级 （中度） 160-179 100-109

3 级 （重度） ≥180 ≥110

单纯收缩压性高血压 ≥140 ＜90

亚组：临界高血压 140-149 ＜90

注：1 mmHg=0.133 kPa

2009年我国按照患者的心血管危险绝对水平分层制定2009年基层版指南。

表 5 按患者的心血管危险绝对水平分层

| 危险因素 | 血压（mmHg） | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 其他危险因素 | 1 级高血压  SBP140-159 或 DBP90-99 | 2 级高血压  SBP160-179 或 BP100-109 | 3 级高血压  SBP≥180 或 DBP≥110 |
| Ⅰ无其它危险因素 | 低危 | 中危 | 高危 |
| Ⅱ1-2 个危险因素 | 中危 | 中危 | 高危 |
| Ⅲ ≥3 个危险因素 靶  器官损害 | 高危 | 高危 | 很高危 |
| 并存临床情况 | 高危 | 高危 | 高危 |

2010我国又修订中国高血压防治指南，制定（2010年修订版）中国高血压防治指南。

2010年中国高血压防治指南要点[66]：

1．我国人群高血压患病率仍呈增长态势，每5个成人中就有1人患高血压；

估计目前全国高血压患者至少2亿；但高血压知晓率、治疗率和控制率较低。2．高血压是我国人群脑卒中及冠心病发病及死亡的主要危险因素。控制高血压

可遏制心脑血管疾病发病及死亡的增长态势。

3．我国是脑卒中高发区。高血压的主要并发症是脑卒中，控制高血压是预防脑卒中的关键。

4．降压治疗要使血压达标，以期降低心脑血管病的发病和死亡总危险。一般高

血压患者降压目标为 140/90mmHg 以下；在可耐受情况下还可进一步降低。5．钙拮抗剂、ACEI、ARB、噻嗪类利尿剂、阻滞剂以及由这些药物所组成的低

剂量固定复方制剂均可作为高血压初始或维持治疗的药物选择。联合治疗有利于血压达标。

6．高血压是一种“心血管综合征”。应根据心血管总体风险，决定治疗措施。应关注对多种心血管危险因素的综合干预。

7．高血压是一种“生活方式病”，认真改变不良生活方式，限盐、限酒、控制体重，有利于预防和控制高血压。

8．关注儿童与青少年高血压，预防关口前移；重视继发性高血压的筛查与诊治。

9. 加强高血压社区防治工作，定期测量血压、规范管理、合理用药，是改善我国人群高血压知晓率、治疗率和控制率的根本。

### 1.2 高血压病分级分期标准制定与修订的认识

关于高血压的分级问题[67]，WHO与国际高血压学会认为l、2、3“期”（stage））这一术语有随时间病情进展之含义，以“级”(grade)替代“期”为好。在本分类方法中与之相应地采用高血压第1、2、3级的分类方法。除此之外，诊断标准与术语都与JNC-IV相同。WHO与国际高血压学会以前版本所用的“轻、中、重度”分别与第“1、2、3级”相对应。既往的WHO与国际高血压学会所常用的术语临界高血压则为高血压l级的一个亚组[68-71]。

收缩压和舒张压属于不同分级时，选择较高的级别作为该个体的血压分级。JNC-IV不再将单纯收缩期高血压单独分类。但单纯收缩期高血压作为一种特殊类型，仍有保留必要。WHO与国际高血压学会的指南仍将收缩压≥140和舒张压＜90单独列为单纯性收缩期高血压，将收缩压在140-149,舒张压<90者列为临界性单纯性收缩期高血压。 2。现代医学对高血压病靶器官损伤研究

高血压不仅是一个独立的疾病，同时作为脑血管疾病的重要危险因素，导致心、脑、肾等损害和相关疾病的发生，最常见的如脑中风、心肌梗死和肾功能衰竭。

脑血管病变是高血压最主要的靶器官损害，有1/3-1/2原发性高血压患者会发生颅内动脉血流异常表现[23, 24]。段开骏[32]等认为各中医证型高血压病常有颅内动脉血流速度和脉动指数指标异常表现，不同中医证型的高血压患者动脉血流异常征象是不一

样的，而阴阳两虚证高血压患者血流异常改变更明显，可为高血压中医辨证分型提供依据。陈国英等[65]高血压性脑出血与非高血压性脑出血的临床神经功能缺损程度存在差异显著；高血压性脑卒中阴阳两虚型临床神经功能缺损程度较其他型（阴虚阳亢型、痰湿壅盛型）严重。指出高血压病阴阳两虚型血压偏高，引起的脑卒中预后较差，临床上应加以重视。任敏之等[63]回顾性研究了554例住院EH患者的临床资料，统计分析发现：痰瘀互结证最易发生心脏损害，肝肾阴虚证最易发生脑和大血管损害，阴阳两虚证最易发生肾脏损害(P均<0.01)。在心脏损害中，各病发生率大小为左室肥厚>心绞痛>心力衰竭(心衰)>心肌梗死（心梗），其中瘀血阻络证最易发生心梗（P<0.05），痰瘀互结证是引起心绞痛、左室肥厚的主要证型，而阴阳两虚证最易引发心功能不全。

高血压的危害主要来自于其激发的心、脑、肾等靶器官损害，具有较高的致残率、病死率，严重危害着人的身心健康。病程较长者中往往已出现心、脑、肾的并发症，高血压初期的头晕、头痛等症状已经不会体现，按照旧有的辨证论治方法亦不理想，而此时更重要的目标是改善临床预后，逆转或减轻高血压所导致的靶器官损害。因此，如何早期预防靶器官损害、逆转轻微受损的靶器官以及如何减轻已严重受损的靶器官，是当今西医界与中医界共同面临的重要挑战。中医药如何才能实现治疗目标，亦是旧有的高血压认识模式所面临的困难。

## 3. 现代医学对高血压病危险因素研究

研究证实，高血压是冠心病、脑卒中的重要危险因素，严重危害人类生命健康。有效开展高血压的预防与控制，是防治心脑血管疾病的关键[51-55]。

### 3.1 吸烟饮酒

吸烟严重危害人体健康，已经有大量研究表明吸烟是心脑血管疾病的重要危险因素之一。烟中的尼古丁能刺激心脏和肾上腺释放大量的儿茶酚胺，使心跳加快，血管收缩，血压升高；而过量饮酒则使血压明显升高。调查显示：在调查10235人中，有

3015人吸烟，占总调查人数的36.01%；男性2602人，其中1143人患高血压病；女

性413人，其中196人患高血压病，高血压患病率分别为3.93%[56]。付宇[57]对高血压患者吸烟、饮酒情况进行调查分析，男性患者吸烟、饮酒所占比率明显多于女性，是导致男性患病率多于女性患者重要原因之一。由此可见男性患者具有高危险因素，高患病率，低治疗率的特点。饮酒对高血压的影响国内外尚未达到共识，但大量饮酒仍

可引起心率增快，饮酒量与高血压发病率呈正相关[58]。因此，吸烟饮酒是高血压病危险因素。

### 3.2 超重和肥胖

在现代社会中，人们生活水平的提高而又缺乏运动，促使超重和肥胖人群越来越多。超重和肥胖已经成为导致血压升高的一个危险因素，需要引起注意。Flegal [59]

研究认为在美国人群中超重和肥胖占64.15%，日本人群中高脂血症的患病率为31%[ 60]，

2000年成都地区大规模人群调查结果为糖尿病的患病率达31. 09%，王志华等[56]的资料表明：住院的高血压患者中超重和肥胖的比例为76.12%,高血压住院患者的糖尿病为22.16%，显著高于一般人群患病率。住院的高血压患者近70%存在脂代谢异常。成都地区高血压人群的研究报道高尿酸血症患病率为19.16%[57]。这些数据均说明高血压住院患者中超重与肥胖、代谢异常（包括糖、脂、尿酸）的比例明显高于一般人群。

### 3.3 高钠、低钾膳食

人群中，钠盐（氯化钠）摄入量与血压水平和高血压患病率呈正相关，而钾盐摄入量与血压水平呈负相关。膳食钠/钾比值与血压的相关性甚至更强。我国14组人群研究表明，膳食钠盐摄入量平均每天增加2克，收缩压和舒张压分别增高2.0mmHg和1.2mmHg。高钠、低钾膳食是我国大多数高血压患者发病主要的危险因素之一。我国大部分地区，人均每天盐摄入量12-15克以上。在盐与血压的国际协作研究

（INTERMAP）中，反映膳食钠/钾量的24小时尿钠/钾比值，我国人群在6以上，而西方人群仅为2-3[61]。

### 3.4 血脂和尿酸

1879年FrederickMohame首次提出血尿酸升高与高血压病有关[62]。多年来国内外大量流行病学研究表明血尿酸与心脑血管疾病、高血压发病率关系密切，但高尿酸血症在高血压病理生理过程中的作用机制尚未明确。王志华等调查发现男性血尿酸患者比率明显多于女性，高血压住院患者尿酸代谢异常的比例为31.17%。考虑主要与男性饮食结构有关，付宇研究与此一致。目前对高尿酸血症与高血压的关系的研究仍在深入，将为临床医生制定更科学、合理的治疗措施提供更多的理论依据，注意预防高尿酸血症及痛风出现，有利于降低高血压病的发病率及心脑血管事件的发生，提高全国居民的生活质量，降低致残、致死率。

### 3.5 其他因素

专家表示，肾病、糖尿病和高血压都有着密切的关系，这些疾病都是相互影响，互相作用，一般都不会单一存在的。

随着生活工作压力的增大，长期处于忙碌的工作当中导致精神紧张，这也是诱发高血压的主要原因，需要引起关注，每天适当放松心情。

## 4. 目前研究存在的问题

通过对现代医学对高血压病研究的文献梳理和分析，发现现代医学对高血压病危险因素及发病机制研究较深入，依据研究结果而制定的临床指南具有重要的实践指导意义，通过对不同级（期）血压水平为主评估其风险，有助于对该病进行有效防治。但对高血压病靶器官损伤有何规律，以及患病与靶器官损伤时间的关系，既往研究尚未给出明确答案。

## 5. 本研究着眼点及意义

本研究在梳理古今文献基础上，以3级高血压病为切入点，采用临床病历回顾性

调查对高血压病进行分期（分级）研究，探讨3级高血压病证候与症状分布特点、损伤病位与致病因素、病情加重与节气关系、患病时间与靶器官损伤、以及靶器官器损伤与血压水平之间的关系，从而发现3级高血压病的证候症状分布特点，主要致病因素及损伤病位，部分揭示患病时间与靶器官损伤规律，以及发病与节气关系，为临床和现代医学预防和治疗该病提供第一手临床证据和理论依据，为制定有效的中医药干预方案提供理论支撑。

# 第三章 临床病历回顾性研究

1.临床资料

病历资料来源于青岛海慈医院中医心内科2007年1月-2011年12月高血压患者

电子病历1592例，其中3级高血压876例，调查人员根据病历填写自行设计的调查问卷，其中有效问卷1554例，剔除问卷38例（剔除原因：调查问卷填写信息不完整），应答率为97.6％。男625人，女926人，年龄均在66.72岁。

2. 研究方法

### 2.1 调研方法

采用整群随机抽样的方法。由经过专门培训的调查人员，使用事先设计好的调查问卷进行调查，调查者填写《高血压病案回顾性调查表》，对收回的数据进行整理分析。

### 2.2 评测工具

#### 2.2.1 《高血压病案回顾性调查表》：包括住院号、姓名、性别、年龄、发病节气、中医病名诊断、证候、病理因素、病位、主诉症状、现病史症状体征、既往史、血压水平（入院血压、最高血压）。

### 2.3 调查指标

#### 2.3.1 3级高血压患者的一般情况

应用《高血压病案回顾性调查表》调查3级高血压患者的基本信息，分析3级高

血压患者基本情况，性别、年龄、发病节气等一般情况与3级高血压发病的关系。

#### 2.3.2 3级高血压中医证候分布特点

应用《高血压病案回顾性调查表》调查3级高血压患者的证候类型，分析证候分布特点。

#### 2.3.3 3级高血压致病因素

应用《高血压病案回顾性调查表》调查3级高血压的致病因素，分析3级高血压与致病因素的关联程度。

#### 2.3.4 3级高血压靶器官损伤的特点

应用《高血压病案回顾性调查表》调查3级高血压的靶器官损伤，分析3级高血压与靶器官损伤的关联程度。

### 2.4 诊断标准

#### 2.4.1 西医诊断标准

符合1999年WHO/ISH高血压3级诊断标准。（参考标准见附件）

#### 2.4.2 中医证候诊断标准

依据2002版《中药新药临床研究指导原则》制定。（参考标准见附件）

### 2.5 纳入标准

病历记录完整，符合西医诊断标准和中医证候诊断标准。以3级高血压为研究对象。

### 2.6 病历排出标准

排除以下病例：按诊断规范，以“高血压”为次要诊断的病例；伴有严重的心律失常、合并冠心病、心衰、脑梗（急性期）等急性疾病者；合并肝、肾、造血系统等严重原发性疾病者，继发性高血压。

### 2.7 剔除标准

纳入后发现不符合纳入标准者；可能为继发高血压者；资料不全者；剔除病历资料不参加结果统计。

### 2.8 统计方法

使用SPASS17.0统计分析软件对录入的病历进行统计分析。采用探索性因子分析研究3级高血压病证候和症状分布特点，采用生存分析Kaplan-Meier方法探索该病靶器官损伤与患病时间关系，采用独立样本T检验分析不同靶器官损伤在性别、年龄、主诉、主观症状方面的差异，采用频数分析和单样本T检验分析研究3级高血压患者的主诉、致病因素、病位、中医病名、血压水平及节气等方面的特点。

3.质量控制

对收回的电子病历进行统一录入。回收调查问卷后，调查员对当日填写的调查表内容进行现场全面检查，查漏补缺；抽查10%的病历进行复核，要求符合率> 95%；对原始资料核实后进行数据录入，数据录入员将每天的数据库在各数据录入计算机上及时备份，在备份文件上标明备份日期，并在移动硬盘和数据备份计算机上分别进行备份。对数据进行2次输入和校对，并进行范围和逻辑校错。

4.结果

### 4.1 一般资料

#### 4.1.1 性别年龄分布情况

纳入总病例数876例，平均年龄66.64±11.58。其中，男352例，平均年龄65.51

±11.70，占40.18%；女524例，平均年龄67.40±11.439，占59.82%. （见表1）

表 1 高血压病患者年龄分布情况

| 年龄 | 男 | 百分比（%） | 女 | 百分比（%） | 总人数 | 百分比（%） |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 30～39 | 4 | 1.14 | 5 | 0.95 | 9 | 1.03 |
| 40～49 | 35 | 9.94 | 32 | 6.11 | 67 | 7.65 |
| 50～59 | 67 | 19.03 | 100 | 19.08 | 167 | 19.06 |
| 60～69 | 101 | 28.69 | 130 | 24.81 | 231 | 26.37 |
| 70～79 | 108 | 30.68 | 190 | 36.26 | 298 | 34.02 |
| 80～89 | 36 | 10.23 | 62 | 11.83 | 98 | 11.19 |
| 90～99 | 1 | 0.28 | 5 | 0.95 | 6 | 0.68 |

如表1所示，患者主要集中在50岁到79岁之间，可见3级高血压随年龄的增长发病呈上升趋势，提示这可能与老年血管硬化，多脏器功能衰退有关。

#### 4.1.2 血压水平

纳入病例血压水平见（表2）

表 2 血压水平

| 类别 | 收缩压（mmHg） | 舒张压（mmHg） | 脉压差（mmHg） |
| --- | --- | --- | --- |
| 最高 | 194.85±22.30 | 110.77±15.89 | 84.16±22.60 |
| 入院 | 143.45±20.83 | 84.16±11.60 | 59.22±16.27 |
| 控制 | 51.4±1.47 | 26.61±4.29 | 24.94±6.33 |

如表2所示，患者未服药时最高收缩压和舒张压水平均达到三级高血压诊断标准，服药后血压控制尚可，收缩压和舒张压均在临界血压附近。

### 4.2 证侯分布特点

#### 4.2.1 中医病名情况

表 3 中医病名分布

疾病人数百分比（%）

| 眩晕 | 387 | 44.18 |
| --- | --- | --- |
| 头痛 | 68 | 7.76 |
| 心悸 | 55 | 6.28 |
| 胸痹 | 366 | 41.78 |

如表3所示，3级高血压病在中医心内科主要见于眩晕、胸痹、心悸、头痛等病名，这也提示3级高血压中医病名应涵盖所累及脏腑功能性或器质性病变。

#### 4.2.2 主诉症状情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 表 4 | 主诉症状分布情况 |  |
| 症状 |  | 频次 | 百分比（%） |
| 眩晕 |  | 421 | 24.87 |
| 胸闷 |  | 380 | 22.45 |
| 憋气 |  | 229 | 13.53 |
| 头痛 |  | 279 | 16.48 |
| 心慌 |  | 151 | 8.919 |
| 胸痛 |  | 149 | 8.801 |
| 其它 |  | 84 | 4.96 |

如表4所示，中医心内科3级高血压病患者主诉以眩晕、胸闷、憋气、头痛、心

慌和胸痛等6个症状为主，可以推断出这6个症状为患者最为痛苦和常见的症状，这为早期发现病情变化有一定提示意义。

#### 4.2.3 现病史症状情况

表 5 现病史症状分布情况

| 症状 | 频数 | 位次 |
| --- | --- | --- |
| 胸闷 | 653 | 1 |
| 头晕 | 636 | 2 |
| 憋气 | 539 | 3 |
| 乏力 | 465 | 4 |
| 眠差 | 457 | 5 |
| 心慌 | 426 | 6 |
| 口干 | 420 | 7 |
| 头痛 | 389 | 8 |
| 胸痛 | 324 | 9 |
| 大便干 | 217 | 10 |
| 纳呆 | 191 | 11 |
| 汗出 | 160 | 12 |
| 咳嗽 | 159 | 13 |
| 恶心 | 156 | 14 |
| 尿频 | 144 | 15 |
| 耳鸣 | 139 | 16 |
| 口苦 | 138 | 17 |
| 头胀 | 138 | 18 |
| 咳痰 | 121 | 19 |
| 水肿 | 116 | 20 |
| 视物不清 | 88 | 21 |
| 烦躁 | 85 | 22 |
| 眩晕 | 64 | 23 |
| 腹胀 | 58 | 24 |
| 手足麻木 | 45 | 25 |
| 双下肢无力 | 44 | 26 |
| 畏寒 | 42 | 27 |
| 泛酸 | 37 | 28 |
| 肢体不利 | 35 | 29 |
| 气短 | 34 | 30 |
| 多梦 | 24 | 31 |
| 呕吐 | 24 | 32 |
| 尿少 | 14 | 33 |
| 口粘 | 6 | 34 |
| 咽干 | 6 | 35 |

如表5所示，现病史35个调查症状中，前20个症状出现总频次占90.81%，后

15个症状占不足10%，说明3级高血压临床症状分布呈一定的规律性。

#### 4.2.4 证侯分布特点

4.2.4.1证候特点

对876例高血压病症状数据进行探索性因子分析，得出该病证候特点，见表 6

表6 症状因子分析结果

| 变量 | 因子1 | 因子2 | 因子3 | 因子4 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 胸闷 | 0.844 | 0.060 | -0.129 | 0.083 |
| 头晕 | -0.004 | 0.181 | 0.591 | 0.187 |
| 憋气 | 0.818 | 0.084 | -0.150 | 0.112 |
| 眠差 | 0.386 | 0.348 | 0.211 | -0.075 |
| 乏力 | 0.187 | 0.263 | -0.181 | 0.168 |
| 口干 | 0.131 | 0.016 | -0.128 | 0.709 |
| 头胀痛 | 0.056 | 0.016 | 0.698 | -0.004 |
| 胸痛 | 0.318 | 0.015 | -0.002 | 0.012 |
| 大便干 | 0.046 | 0.366 | -0.069 | 0.106 |
| 纳呆 | 0.288 | 0.650 | -0.014 | -0.176 |
| 咳嗽咳痰 | 0.227 | 0.161 | -0.503 | 0.134 |
| 口苦 | 0.100 | 0.000 | 0.025 | 0.732 |
| 恶心 | 0.014 | 0.689 | 0.106 | 0.075 |
| 耳鸣 | 0.001 | 0.177 | 0.222 | 0.299 |
| 视物不清 | -0.096 | 0.060 | 0.206 | 0.415 |
| 呕吐 | -0.104 | 0.542 | -0.038 | 0.021 |
| 水肿 | 0.291 | 0.125 | -0.398 | -0.010 |
| 肢体不利 | 0.052 | 0.222 | 0.247 | 0.087 |
| 方差贡献率 | 11.545 | 9.445 | 7.954 | 7.094 |
| 累计贡献 | 11.545 | 20.990 | 28.943 | 36.037 |

注：载荷指数≥0.4

采用主成分提取法提取特征值≥1的因子，获得了4个因子，方差累积贡献率为

36.037%。对获得独立因子变量进行正交旋转，绝对载荷指数≥0.40的变量用于解因子模型结果，其中绝对载荷指数≥0.40为主要症状，绝对载荷指数在0.20-0.40之间为次要症状。

因子1方差贡献率为11.545%,“胸闷、憋气、眠差、胸痛、水肿、纳呆、咳嗽咳痰”7个症状的因子负荷较大，分别达到0.844、0.818、0.386、0.318、0.291、0.288、

0.227,说明胸闷、憋气、眠差为主要症状，胸痛、水肿、纳呆、咳嗽咳痰为次要症状。因子2方差贡献率为9.445%,“恶心、纳呆、呕吐、眠差、乏力、肢体不利”6

个症状的因子负荷较大，分别达到0.689、0.650、0.542、0.348、0.263、0.222，说明恶心、纳呆、呕吐为主要症状，眠差、乏力、肢体不利为次要症状。

因子3方差贡献率为7.954%,“头痛、头晕、肢体不利、耳鸣、眠差、视物不清”

6个症状的因子负荷较大，分别达到0.698、0.591、0.247、0.222、0.211、0.206，说明头痛、头晕为主要症状，肢体不利、耳鸣、眠差、视物不清为次要症状。

因子4方差贡献率为7.094%,“口苦、口干、视物不清、耳鸣、头晕、乏力”6个症状的因子负荷较大，分别达到0.732、0.709、0.415、0.299、0.187、0.168，说明口苦、口干、视物不清为主要症状，耳鸣、头晕、乏力为次要症状。

4.2.4.2证候分布情况

表7 3级高血压中医证侯分布情况

| 证侯 | 频次 | 百分比（%） | 位次 |
| --- | --- | --- | --- |
| 痰瘀互结 | 294 | 33.56 | 1 |
| 气阴两虚 | 249 | 28.42 | 2 |
| 血瘀阻络 | 122 | 13.93 | 3 |
| 肝阳上亢 | 106 | 12.10 | 4 |
| 肝肾阴虚 | 48 | 5.48 | 5 |
| 阴阳两虚 | 22 | 2.51 | 6 |
| 肝火上炎 | 20 | 2.28 | 7 |
| 痰热内扰 | 15 | 1.71 | 8 |

如表7所示，3级高血压病中医证侯分布以痰瘀互结、气阴两虚、血瘀阻络、肝阳上亢等四个证侯为主，占88%，其它肝肾阴虚、阴阳两虚、肝火上炎、痰热内扰等四个证侯约占12%。

#### 4.2.5 既往史疾病分布情况

表 8 既往病史分布情况

| 病史 | 频次 | 百分比（%） |
| --- | --- | --- |
| 高血压 | 838 | 46.27 |
| 冠心病 | 500 | 27.61 |
| 糖尿病 | 207 | 11.43 |
| 脑梗塞 | 81 | 4.47 |
| 胆囊病 | 37 | 2.04 |
| 其它 | 148 | 8.17 |

如表8所示，既往病史多见高血压、冠心病、糖尿病等，三者约占85%，脑梗塞和胆囊病也较多见，二者约占6.5%，其它疾病约占8.5%。

#### 4.2.6 影响因素情况

表 9 3级高血压病理因素情况

| 因素 | 频次 | 百分比（%） |
| --- | --- | --- |
| 痰 | 930 | 49.23 |
| 瘀血 | 523 | 27.69 |
| 气虚 | 429 | 22.71 |
| 阴虚 | 393 | 20.80 |
| 虚 | 292 | 15.46 |
| 其它 | 252 | 13.34 |

如表9所示，痰、瘀血、气虚、阴虚及虚为主要病理因素，约占总致病因素的86%，其它因素约占14%，提示痰浊、瘀血、气虚、阴虚及脏腑虚弱为3级高血压主要病理因素，临床治疗应针对病理因素采取相应措施，如化痰散结、活血化瘀、益气

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 养阴等。  4.2.7 中医病位情况 | 表 10 | 3 级高血压损伤病位情况 |  |
| 病位 |  | 次数 | 百分比 |
| 络脉 |  | 442 | 26.31 |
| 肾 |  | 408 | 24.29 |
| 心 |  | 279 | 16.61 |
| 脾 |  | 197 | 11.73 |
| 肺 |  | 184 | 10.95 |
| 肝 |  | 154 | 9.17 |
| 胃 |  | 10 | 0.6 |
| 脑窍 |  | 4 | 0.24 |
| 胆 |  | 2 | 0.12 |

如表10所示，3级高血压主要损伤络脉及五脏，而五脏又以肾脏居首，这与中医认为“久病入络”和“久病及肾”提法一致。而以往认为，高血压病位在肝，应损伤肝脏为主，可能与未对高血压进行分级有关。

### 4.3 靶器官损伤与时间关系

表 11 3级高血压病靶器官损伤与患病年龄的关系

| 既往患病名称 | 生存期 | 生存时间 | 标准误 | 95%可信区间 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 高血压 | 平均生存期 | 53.347 | 0.445 | 52.476～54.219 |
| 半数生存期 | 53.000 | 0.544 | 51.934～54.066 |
| 冠心病 | 平均生存期 | 67.794 | 0.504 | 66.806～68.781 |
| 半数生存期 | 67.000 | 0.744 | 65.542～68.458 |
| 糖尿病 | 平均生存期 | 84.449 | 0.823 | 82.836～86.062 |
| 半数生存期 | —— | —— | —— |
| 脑梗塞 | 平均生存期 | 90.454 | 1.044 | 88.409～92.500 |
| 半数生存期 | —— | —— | —— |

表11所示，为3级原发性高血压患者并发其它疾病发生年龄，高血压患者出现

明显症状并发现患病的年龄，大约为53岁，也就是高血压症状开始凸显，影响到生

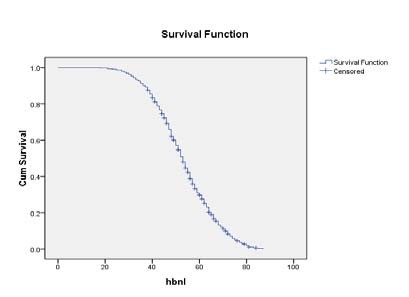
活和工作的年龄。高血压患者发生冠心病的年龄，大约为67岁，即引起严重心脏功能损伤的年龄。高血压患者发生糖尿病和脑梗塞的年龄，即引起严重胰岛功能和脑血管损伤的年龄，约为84岁和90岁，因为患两病样本量较小，可能会存在偏倚，但也

可以看出，高血压患者从发病进展到3级高血压，以及发生冠心病、糖尿病、脑梗塞

呈现时间上的规律，意味着由3级高血压到发生冠心病、糖尿病、脑梗塞的年龄依次递增，这可能与血压水平的长期改变，首先损伤大血管和心脏导致高血压进展和冠心病，进而损伤微血管导致糖尿病和脑梗塞有关。



a. b.





c. d.















图 1 靶器官损伤与患病年龄Th存函数

（a.高血压患病年龄；b.并发冠心病患病年龄；c.并发糖尿病患病年龄；d.并发脑梗塞患病年龄）

表 12 3级高血压病靶器官损伤与患病时间关系

| 疾病名称 生存期 | 生存时间 | 标准误 | 95%可信区间 |
| --- | --- | --- | --- |
| 平均生存期  高血压  半数生存期 | 14.397  10.000 | 0.371  0.066 | 13.670～15.125  9.871～10.129 |
| 平均生存期  冠心病  半数生存期 | 8.389  6.000 | 0.334  0.470 | 7.734～9.043  5.078～6.922 |
| 平均生存期  糖尿病  半数生存期 | 7.443  6.000 | 0.405  0.612 | 6.649～8.237  4.800～7.200 |
| 平均生存期  脑梗阻  半数生存期 | 4.284  4.000 | 0.394  0.472 | 3.512～5.057  3.075～4.925 |

表12所示，高血压病从患病到进展到3级高血压病的时间约为14年，从3级高

血压病并发冠心病，即发生心脏功能严重损伤的时间约为8年；并发糖尿病，即发生

胰腺功能严重损伤的时间约为7年；并发脑梗塞，即发生胰腺功能严重损伤的时间约

为4年。说明3级高血压病并发上述疾病导致靶器官损伤呈现一定的时间规律。

a. b.

c. d.





图 2 靶器官损伤与患病时间Th存函数

（a.高血压患病时间；b.并发冠心病时间；c.并发糖尿病时间；d.并发脑梗塞时间）

### 4.4 靶器官损伤在性别、年龄、主诉、主观症状等方面的差异

#### 4.4.1 3级高血压是否并发冠心病在主诉及主观症状的差异

表 13 3级高血压是否并发冠心病在主诉及主观症状的差异

项目类别

方差齐性检验F值P值

t值Df值Sig值均差标准误95% CI

性别17.453 0.000 2.349 794.358 0.019 0.079 0.034 0.013～0.145

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年龄 | 29.441 | 0.000 | -7.313 | 716.837 | 0.000 | -5.756 | 0.787 | -7.302～4.211 |
| 主诉胸闷 | 55.059 | 0.000 | -4.235 | 829.293 | 0.000 | -.140 | 0.033 | -.205～-.075 |
| 主诉头晕 | 2.175 | 0.141 | 2.978 | 805.303 | 0.003 | 0.101 | 0.034 | 0.035～0.168 |
| 主诉胸痛 | 50.273 | 0.000 | -3.523 | 871.182 | 0.000 | -0.086 | 0.024 | -0.133～-0.038 |
| 胸闷 | 125.160 | 0.000 | -5.589 | 700.700 | 0.000 | -0.166 | 0.030 | -0.225～-0.108 |
| 憋气 | 42.325 | 0.000 | -3.737 | 778.853 | 0.000 | -0.123 | 0.033 | -0.188～-0.059 |
| 眠差 | 2.826 | 0.093 | -2.211 | 874 | 0.027 | -0.075 | 0.034 | -0.142～-0.008 |
| 乏力 | 7.030 | 0.008 | -2.724 | 803.193 | 0.007 | -0.093 | 0.034 | -0.159～-0.026 |
| 胸痛 | 68.199 | 0.000 | -4.262 | 838.500 | 0.000 | -0.138 | 0.032 | -0.202～-0.075 |
| 水肿 | 74.669 | 0.000 | -4.295 | 872.357 | 0.000 | -0.096 | 0.022 | -0.139～-0.052 |

表13所示，3级高血压是否并发冠心病，患者在性别、年龄、主诉胸闷、主诉头晕、主诉胸痛及主观症状胸闷、憋气、眠差、乏力、胸痛、水肿方面都有显著差异。

#### 4.4.2 3级高血压是否并发糖尿病在主诉及主观症状的差异

表 14 3级高血压是否并发糖尿病在主诉及主观症状的差异

方差齐性检验标准

| 项目类别 | F值 | P值 | t值 | Df 值 | Sig 值 | 均差 | 误 | 95% CI |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年龄 | 3.837 | 0.050 | -2.125 | 874 | 0.034 | -1.953 | 0.919 | -3.756～.149 |
| 主诉心慌 | 14.770 | 0.000 | 1.971 | 389.614 | 0.049 | 0.055 | 0.028 | 0.000～0.110 |
| 主诉耳鸣 | 5.029 | 0.025 | 2.005 | 668.000 | 0.045 | 0.006 | 0.003 | 0.000～0.012 |
| 乏力 | 46.402 | 0.000 | -3.162 | 352.545 | 0.002 | -0.123 | 0.039 | -0.199～0.046 |
| 视物不清 | 29.712 | 0.000 | -2.469 | 287.313 | 0.014 | -0.068 | 0.027 | -0.122～0.014 |

表 14 所示，3 级高血压是否伴糖尿病病史，患者在年龄、主诉心慌、主诉耳鸣

及主观症状乏力、视物不清方面都有显著差异。

#### 4.4.3 3级高血压是否有既往高血压病史在主诉及主观症状的差异

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目类别  F值 | P值 | t值 | Df 值 | Sig 值 | 均差 | 标准误 | 95% CI |
| 年龄 0.285 | 0.594 | -4.420 | 874 | 0.000 | -8.398 | 1.900 | -12.128～-4.669 |
| 主诉胸闷 346.160 | 0.000 | -5.146 | 44.335 | 0.000 | -0.299 | 0.058 | -0.416～-0.182 |
| 主诉头晕 208.183 | 0.000 | 4.120 | 41.635 | 0.000 | 0.297 | 0.072 | 0.151～0.442 |
| 主诉憋气 53.050 | 0.000 | -4.066 | 46.362 | 0.000 | -0.191 | 0.047 | -0.285～-0.096 |
| 胸闷 -4.066 | 46.362 | -4.606 | 39.456 | 0.000 | -0.376 | 0.082 | -0.541～-0.211 |
| 憋气 8.643 | 0.003 | -5.150 | 40.956 | 0.000 | -0.382 | 0.074 | -0.532～-0.232 |
| 乏力 14.924 | 0.000 | -2.136 | 40.568 | 0.039 | -0.173 | 0.081 | -0.337～-0.009 |
| 胸痛 49.422 | 0.000 | -2.514 | 41.796 | 0.016 | -0.174 | 0.069 | -0.313～-0.034 |
| 大便干 38.960 | 0.000 | -3.593 | 45.815 | 0.001 | -0.168 | 0.047 | -0.262～-0.074 |
| 咳嗽咳痰 21.406 | 0.000 | -2.743 | 44.717 | 0.009 | -0.127 | 0.046 | -0.221～-0.034 |
| 尿频 33.120 | 0.000 | -4.955 | 57.246 | 0.000 | -0.146 | 0.029 | -0.204～-0.087 |
| 耳鸣 17.961 | 0.000 | -2.852 | 46.486 | 0.006 | -0.111 | 0.039 | -0.189～-0.033 |
| 水肿 11.940 | 0.001 | -2.283 | 45.340 | 0.027 | -0.088 | 0.039 | -0.166～-0.010 |

表 15 3级高血压是否有既往高血压病史在主诉及主观症状的差异

方差齐性检验

表15所示，3级高血压是否有既往高血压病史，患者在年龄、主诉胸闷、主诉头晕、主诉憋气及主观症状胸闷、憋气、乏力、胸痛、大便干、咳嗽咳痰、尿频、耳鸣、水肿方面都有显著差异。

### 4.5 3级高血压患者病情加重与节气关系

如图3所示，在24节气中，高峰出现在寒露到小雪前后，即10月上旬到11 月

下旬，而芒种到大暑节气发病最低，即6月上旬到7月下旬之间，这可能与老年人身体阳虚，而每年11月天气寒冷尚未供暖有关，而6到7月为夏季天气炎热，阳气充足，发病较少，说明患者发病呈一定的节气规律。提示老年人应注意保暖防寒，预防心血管病加重或复发。（见图31）

250

200

150

频次

100

50

0

1～4 5～8 9～12

2~3 月 4~5 月 6~7 月

13～16

8～9 月

17～20 21～24

10～11 月 12～1 月

图3 总体发病与节气关系

如图4所示，在24节气中，女性发病较男性更有特点，多在第17（寒露）到20

（小雪）节气出现高峰，即10月上旬到11月下旬，而男性发病较缓和，一年当中发病高峰不明显。说明自然界气候变化对女性发病影响更大。（见图4）

70

60

50

40

30

总

男女

20

10

0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

5.讨论

图 4 不同性别患者发病与节气关系

### 5.1 3级高血压病与年龄、性别关系

在选取876患者中，平均年龄年龄在66.64岁左右，男性患者352人，女性患者

524人，分别占总数40.18%和59.82%，说明3级高血压患者老年人为多见，女性多于男性。这与付宇[57]对高血压患者吸烟、饮酒情况进行调查分析，男性患者吸烟、饮酒所占比率明显多于女性，是导致男性患病率多于女性患者重要原因之一。由此可见

男性患者具有高危险因素观点不同，原因是高血压病患者分级的研究对象选取不同。

### 5.2 3级高血压病证素分布

现代研究证实[13]，痰浊之邪在高血压的形成过程中，尤为关键。痰浊内阻，则清阳不升，浊阴不降，痰浊阻内，清窍被蒙，发为眩晕，或见肢体麻木，活动不灵，似同高血压的常见临床症状。或因素体阳盛，急躁易怒，引动肝火，火邪炽盛，灼津为痰，痰浊阻络，经气不畅，上扰清窍，则见头痛、眩晕、耳鸣烦躁。阻于经络，则有四肢麻木，甚至口眼歪斜，更甚者痰火相煽，横窜经络，扰动心神，蒙蔽清窍，而出现面红目赤，喉中痰鸣，神昏不语等高血压之重证表现。

本研究发现3级高血压证素以痰（浊）、瘀血、气虚、阴虚等病理因素为主，病位以络脉及肾、心、脾、肺、肝五脏为主，近年多数学者已认识到痰和瘀血在高血压病程中的作用，但大多未对高血压进行分级研究，或进行了分级但在论述中将2、3级统而论之，本研究发现3级高血压病位首先在络脉，这与“病久入络”的提法具有

一致性，且从3级高血压症状来看，瘀血、痰浊等阻于络脉，损伤气机，导致诸多症状的出现，本研究提示在疾病不同的阶段，相应的病理因素和病位也是不同的，只有进行针对性的研究，才能摸清本源，更好地对疾病采取有效防治。

### 5.3 3级高血压病中医证候及分布特点

本研究对876例高血压病症状数据进行探索性因子分析，共得出4个公因子，分别为因子1、因子2、因子3、因子4。

因子1包括“胸闷、憋气、眠差、胸痛、水肿、纳呆、咳嗽咳痰”7个症状的因子，根据因子负荷大小得出“胸闷、憋气、眠差”为主要症状，“胸痛、水肿、纳呆、咳嗽咳痰”为次要症状。参照《中药新药临床研究指导原则》中《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》及《中华人民共和国国家标准・中医临床诊疗术语证候部分》（下同），将这一组症状辨证为痰瘀阻络证。由此可见，痰瘀阻络证呈现胸闷、憋气、睡眠质量差，兼有胸痛、水肿、纳呆、咳嗽咳痰等证候特点。该证由于痰浊盘踞，胸阳失展，气机痹阻，脉络阻滞导致上述证候。痰瘀互结是原发性高血压的常见促进因素。在高血压的病程中，痰饮瘀血作为病理产物和致病因子，是本病迁延不愈和众多并发症发生的重要病理物质基础「14」。这一结果与周发强等[13]认为，痰浊之邪在高血压的形成过程中，尤为关键。痰浊内阻，则清阳不升，浊阴不降，痰浊阻内，清窍被蒙，发为眩晕认识一致。

因子2包括“恶心、纳呆、呕吐、眠差、乏力、肢体不利”6个症状的因子，其中“恶心、纳呆、呕吐”为主要症状，“眠差、乏力、肢体不利”为次要症状。将这一组症状辨证为脾胃气虚，痰湿阻络证。由此得出，脾胃气虚证以恶心、纳呆、呕吐为主同时伴有睡眠质量差、周身乏力、肢体不利为特点。由于脾胃气虚，运化失常则出现纳呆、乏力；脾失升清，胃失和降则见恶心、呕吐；脾虚不能运化水液，痰湿积聚阻于经络则出现肢体不利的症状，这与沈绍功[18]认为脾气不升，中气不足皆可导致气虚眩晕观点一致。李仲守[21]把高血压的病机概括为“变动在肝，根源在肾，关键在脾”，认为本病的发生除与肝肾有关，与脾更为密切，此的观点与本研究结果相吻合。

因子3包括“头痛、头晕、肢体不利、耳鸣、眠差、恶心、视物不清”6个症状的因子，其中“头痛、头晕”为主要症状，“肢体不利、耳鸣、眠差、视物不清”为次要症状。将这一组症状辨证为肝阳上亢证。其特点以头痛、头晕症状为主，同时伴有肢体不利、耳鸣、眠差、视物不清症状。由于阳亢于上，上扰清窍则见头痛、头晕、耳鸣、视物不清；阴虚于下，经脉失养则见肢体不利；阴虚不能敛阳，阳不入阴则出现眠差症状。张炳厚[19]认为高血压主要病位在肝。肝为刚脏，体阴而用阳，其性条达，郁则化风、化火。火郁日久，肝阴耗损。阴不足则阳有余，势必造成阳亢。肝与肾为子母脏，肝体赖以肾水的滋养，如肾水不足，水不涵木，必会导致肝阳上亢。

因子4包括“口苦、口干、视物不清、耳鸣、头晕、乏力”6个症状的因子其中

“口苦、口干、视物不清”为主要症状，“耳鸣、头晕、乏力”为次要症状，将其辨证为气阴两虚证。其特点以口苦、口干、视物不清症状为主，同时伴有耳鸣、头晕、乏力症状。由于肝火旺盛，劫烁阴液，胆汁泛溢于上而见口苦、口干；肝阴虚不能濡养清窍，出现视物不清，耳鸣、头晕；气虚则出现乏力症状。虚是高血压发病的关键因素之一，虚者为髓海不足，或者是气血亏虚，清窍失养。上述结果与杨霓芝[17]认识一致。

本研究在发现3级高血压病证候特点的基础上，将调研876份病历资料进行证候

分布探索，发现3级高血压证侯以痰瘀互结、气阴两虚、血瘀阻络、肝阳上亢等四个证侯为主，分别为33.56%、28.42%、13.93%、12.10%，约占88%，其它四个证侯，肝肾阴虚、阴阳两虚、肝火上炎、痰热内扰约占12%。由此可见，该病证候分布呈现出痰瘀互结证最多见，其次为气阴两虚证，再次为血瘀阻络证的特点。

研究认为高血压病不同级（期）有不同的证候分布，相应有不同的病因病机和病

理改变，认为痰浊、淤血等致病因素随着病情进展和病情的加重，出现几率逐渐增大，这与本研究的初衷有不谋而合之处，但大多研究将2、3级高血压病综合论述，认为二者证候有相似之处，本研究严格按照课题设计标准，依据证候诊断辨证标准，以主诉结合现病史症状体征为主对3级高血压进行分级（期）辨证分型研究，探索3级高血压病证候分布特点，寻找影响疾病进展的主要病理因素，这对从中医学角度预防和治疗3级高血压病有重要参考意义。

### 5.4 3级高血压病主观症状与靶器官损伤的关系

本研究发现，3级高血压病主诉及主观症状与靶器官损伤存在一定的相关性。伴有冠心病的患者，在性别、年龄、主诉胸闷、主诉头晕、主诉胸痛及主观症状胸闷、憋气、眠差、乏力、胸痛、水肿等方面与非伴有冠心病患者都有显著差异。伴有冠心病的3级高血压患者，主诉往往是胸闷、胸痛，主观症状以胸闷、憋气、胸痛、眠差、乏力、水肿等表现为主，年龄更大，女性多于男性，不伴有冠心病的患者，多以头晕为主诉。

3级高血压患者既往是否有高血压病史，患者在年龄、主诉胸闷、主诉头晕、主诉憋气及主观症状胸闷、憋气、乏力、胸痛、大便干、咳嗽咳痰、尿频、耳鸣、水肿方面都有显著差异。新发3级高血压病例，往往以典型的头晕入院，而既往有高血压

病史的3级高血压患者，主诉为胸闷、憋气为主，主观症状以胸闷、憋气、胸痛、乏力、大便干、咳嗽咳痰、耳鸣、水肿、尿频等为主。而这些症状，往往并见于造成冠心病、糖尿病等其他并发症时所呈现。新发病例年龄和既往病例有显著差异，往往更年轻。

3级高血压是否伴有糖尿病病史，患者在年龄、主诉心慌、主诉耳鸣及主观症状

乏力、视物不清方面都有显著差异。伴有糖尿病的3级高血压患者，多以主观症状乏

力、视物不清区别于非伴有糖尿病的患者。不伴有糖尿病的3级高血压患者，主诉以心慌、耳鸣区别于伴有糖尿病的患者。这可能与糖尿病胰岛功能下降导致的乏力以及视神经损伤造成的视力下降有关。

本研究所发现的3级高血压常见症状中，胸闷、憋气、乏力、眠差、胸痛、水肿

等6个症状与造成心脏损伤引起冠心病有关，视物不清、乏力等可能与胰岛功能损伤引起的糖尿病有关，头晕、头胀、头痛、头眩、心慌、烦躁、耳鸣、口干、口苦、咽干、多梦、咳嗽、咳痰、气短、双下肢无力、口粘、恶心、呕吐、纳呆、腹胀、泛酸、

尿频、尿少、大便干、畏寒、汗出、手足麻木、肢体不利等为3级高血压常见症状。

### 5.5 3 级高血压病靶器官损伤规律呈现时间性3级高血压病并非单一病证，病情加重至一定程度常伴随多脏器的损伤。本研究

发现，3级原发性高血压患者并发其它疾病发生年龄，高血压患者出现明显症状并发现患病的年龄，大约为53岁，也就是高血压症状开始凸显，影响到生活和工作的年

龄。高血压患者发生冠心病的年龄，大约为67岁，即引起严重心脏功能损伤的年龄。高血压患者发生糖尿病和脑梗塞的年龄，即引起严重胰岛功能和脑血管损伤的年龄，约为84岁和90岁，因为患两病样本量较小，可能会存在偏倚，但也可以看出，高血

压患者从发病进展到3级高血压，以及发生冠心病、糖尿病、脑梗塞呈现时间上的规

律，意味着由3级高血压到发生冠心病、糖尿病、脑梗塞的年龄依次递增，这可能与血压水平的长期改变，首先损伤大血管和心脏导致高血压进展和冠心病，进而损伤微血管导致糖尿病和脑梗塞有关。

探讨该病与并发症患病时间导致靶器官损伤的生存分析发现，高血压病从患病进展至3级高血压病的时间约为14年，从3级高血压病并发冠心病，即发生心脏功能

严重损伤的时间约为8年；并发糖尿病，即发生胰腺功能及微血管严重损伤的时间约

为7年；并发脑梗塞，即发生胰腺功能严重损伤的时间约为4年。说明3级高血压病并发上述疾病导致靶器官损伤呈现时间性。

上述研究显示，高血压病发展至一定时间并发冠心病、糖尿病、脑梗塞等疾病，而这些疾病的发生又与患高血压病的时间长短有一定的相关性，随着高血压患病时间的延长，并发冠心病、糖尿病、脑梗塞的几率增大，且发病年龄呈递增趋势，相应并发上述疾病的时间呈递减趋势，意味着由3级高血压到并发出现冠心病、糖尿病、脑梗塞的时间依次递增，也就是可能最先损伤大血管和心脏导致高血压进展和冠心病出现，进而损伤微血管导致糖尿病和脑梗塞；高血压的患病时间提示从发现患病到疾病进展至3级约为14年，患病年龄大约为53岁，也就是高血压症状开始凸显，影响到生活和工作的年龄。

高血压的危害主要来自于其激发的心、脑、肾等靶器官损害，具有较高的致残率、病死率，严重危害着人的身心健康。病程较长者中往往已出现心、脑、肾的并发症，高血压初期的头晕、头痛等症状已经不会体现，按照旧有的辨证论治方法亦不理想，而此时更重要的目标是改善临床预后，逆转或减轻高血压所导致的靶器官损害。因此，

如何早期预防靶器官损害、逆转轻微受损的靶器官以及如何减轻已严重受损的靶器官，是当今西医界与中医界共同面临的重要挑战。本研究结果将为挑战这一难题提供借鉴和参考。

### 5.6 4级高血压病病情加重节气

传统中医学认为，高血压病发病与肝关系最为密切。按照五行理论，肝属木，具有向上、向外舒展的特性，而日出于东方，春季气温逐渐回升，万物复苏，故将肝木与一年四季中的春季相对应。但本研究发现每年10月初至11月下旬这一时间段是高血压病病情加重的高发时节，而6到7月为病情加重率较低的时间，因为3级高血压患病与年龄有相关性，患者多为老年人，阳气已虚，秋冬交接之时，正值由阳转阴，容易引发老年人病情加重，提醒老人应该一年四时应注意防寒保暖，注意保养阳气。

### 5.7 高血压病分级研究的必要性和可行性探讨

高血压病由于病程长，影响因素多，导致疾病过程中不稳定因素增多，而血压水平控制的好坏，可能与脏腑的损伤以及病情的进展有一定的相关性，因此，将高血压病进行分级（期）研究，分别研究不同程度或不同阶段的证侯特点和影响因素，进而寻找有效的干预手段，对临床防治该病具有一定指导意义。

# 第四章 结语

## 1. 结论

### 1.1 3级高血压病病情加重与节气相关性

本研究发现每年10月初至11月底为3级高血压病的高发时节。提醒老年患者注意适应四时寒暑变化，保养阳气以防变。

### 1.2 3级高血压病的证侯特点

应用探索性因子分析，得出3级高血压病证候特点为：

痰瘀阻络证特点为胸闷、憋气、睡眠质量差症状为主，同时伴有胸痛、水肿、纳呆、咳嗽咳痰；

脾胃气虚，痰湿阻络证特点为恶心、纳呆、呕吐症状为主，同时伴有睡眠质量差、周身乏力、肢体不利。

肝阳上亢证特点以头痛、头晕症状为主，同时伴有肢体不利、耳鸣、眠差、视物不清。

气阴两虚证特点以口苦、口干、视物不清症状为主，同时伴有耳鸣、头晕、乏力症状。

### 1.3 3级高血压病的证侯分布特点

研究发现3级高血压证侯以痰瘀互结、气阴两虚、血瘀阻络、肝阳上亢等四个证侯为主，分别占33.56%、28.42%、13.93%和12.10%，合计约占88%，其它肝肾阴虚、阴阳两虚、肝火上炎、痰热内扰等四个证侯约占12%。

### 1.4 3级高血压病的主要病理因素和病位

研究发现致病因素以痰、瘀血、气虚、阴虚为主；病位以络脉及肾、心、脾、肺、肝五脏为主。

### 1.5 3级高血压病与靶器官损害呈现一定的时间规律

研究发现3级高血压病与靶器官损害之间呈现一定的时间规律，该病发展至一定时间并发冠心病、糖尿病、脑梗塞等病，而这些疾病的发生又与血压的水平和患高血压病的时间长短有一定的相关性，随着高血压患病时间的增长，并发冠心病、糖尿病、脑梗塞的几率增大，且发病年龄呈递增趋势，相应并发上述疾病的时间呈递减趋势，意味着由3级高血压到并发出现冠心病、糖尿病、脑梗塞的时间依次递增，也就是可

能最先损伤大血管和心脏导致冠心病，进而损伤微血管导致糖尿病和脑梗塞；高血压的病史时间提示从发现患病到疾病进展至3级约为14年，患病年龄平均53岁。

## 2. 创新点

### 2.1 思路创新

采用病例回顾性研究方法，通过对高血压病进行分级（期）辨证论治研究，探索不同级（期）高血压病证侯特点与相应因素的关系，属于思路创新。

### 2.2 理论创新

通过研究3级高血压病中医辨证分型，发现该病证候分布特点及证侯因素特点；

通过研究既往病史，探索3级高血压病与病靶器官损伤时间规律；通过研究3级高血

压病病情加重入院与节气关系，发现3级高血压病病情加重节气规律，深化中西医学对高血压病的原有认识，属理论创新。

## 3. 问题与展望

### 3.1 选取高血压病患者样本较少

本研究的调查对象主要是青岛海慈医院中医心内科3级高血压病住院病历资料，病历呈现出的信息比较局限，需要扩大样本量进行现场及前瞻性流行病学调查。全面了解当今社会下，3级高血压病的证候分布规律及靶器官损伤规律。

### 3.2 调研地域较局限

本研究的调查对象主要为ft东青岛地区的病历资料，存在的问题与3.1涉及问题一致，因此后继研究需在全国各地扩大调研人群开展现况和前瞻性流行病学调查，才能更好地研究并揭示3级高血压病的证候分布规律及靶器官损伤规律。

另外，本研究采用回顾性临床病历研究，这种方法属于描述性研究，得出的结论能初步说明3级高血压病的证候分布特点及靶器官损伤特点。揭示其靶器官损伤的时间、证候演变的过程还需开展前瞻性队列研究进一步分析。

参考文献

[1]徐贵成，徐承秋，张大荣.平肝益肾法治疗Ⅱ期高血压病的临床研究.北京中医杂志.1991，(6)：12.

[2]陈金水，林圣远，卢声远，等.高血压病辨证分型与实验室检查一心电图、眼底和夜尿量关系及预后观察[J].中国中西医结合急救杂志，1999,6(10)：445～450.

[3]张发荣.高血压病气虚血瘀型特征探析.江苏中医1997: 18（9）∶238.

[4]郑新，刘卫红.高血压病中医辨证分型的血压变化及胸主动脉CT改变的研究.中国中西医结合杂志1997: 17(12)：733～734.

[5]王文会，张亚芹.高血压病的分期中医治疗.中原医刊，217(5)：25～26.

[6]李辉.活血化瘀治疗高血压病的临床和实验研究[D].北京中医药大学学报,2002,3

（12）:21

[7]龚一萍.肝阳上亢与高血压病关系的探讨[J].长春中医学院学报,2000,6 (2)：123。

[8]肖梅芳.周端应用活血潜阳法治疗高血压病经验.上海中医药杂志, 2004, 38(4)：12～13.

[9]钱元良.中医对高血压病因病机的分析[J].中外健康文摘，2006, 3(2)：126。

[10]欧阳菱，左成范.消栓灵治疗血液高粘滞综合症150例临床观察.湖北预防医学杂志，1996,2（7）:32～33.

[11]付伟.高血压患者300例降压药应用分析.实用心脑肺血管病杂志，2010,7(3)：33～35.

[12]王永兰，王志良，王宗芃.自拟活血化瘀方辨证施治高血压病70例临床疗效观察.中

国中医药导报,2007,36.

[13]周发强，胡永瑞.高血压病的中医辨治体会.陕西中医，2005,10(2)：44～45.

[14]郭晋梅.赵立诚教授应用温胆汤治疗心脑血管病的经验.新中医.1999: 31(7)：11～

15.

[15]李泓，卜秦利，胡蕴.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.中西医结合杂志1991: 11(5)：271～273.

[16]崔俊波，陈宝贵，活血法治疗出血性中风研究进展，现代中西医结合杂志, Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, 2011,5(12):18～19.

[17]侯海晶.杨霓芝治疗原发性高血压的经验.上海中医药杂志，2007, 41(6)：30。

[18]李俐；唐东晖；梁志敏，等.补肾降压方对高血压病肾精亏虚、痰瘀互结证作用机理的研究.中国中医基础医学杂志，2007,6(10)：31～33.

[19]朴鲜琼.眩晕证候分型与TCD及颈动脉超声相关性探讨.南京中医药大学硕士学位论文，2008,4～5.

[20]贾丽.中药足浴治疗高血压病（阴虚阳亢型）的临床研究.长春中医药大学硕士毕业论文，2007,11～14.

[21]谢桂权.李仲守教授治疗高血压病经验隅录.新中医，1984, 11(7)：12。

[22]蔡光先，朱克俭，韩育明. 高血压病常见症候临床流行病学观察[J]. 中医杂志，1990, 31(8)：492。

[23]任敏之，符德玉，颜乾麟.高血压病患者中医证型与靶器官损害关系的临床研究.四川中医，2006,24（9）:47～48.

[24]王永炎.临床中医内科学，北京：北京出版社,1997: 1730～1731.

[25]黄文东.实用中医内科学.上海：上海科学技术出版社,1985, 410。

[26]王清海，李桂明，李典鸿. 高血压病中医证型分布规律的临床研究[J]. 新中医，2005,37(11)：26～27.

[27]黎剑，刘绪银.原发性高血压病分期辨证施治思路.世界中西医结合杂志,2006,1

（3）:178～180.

[28]王爱珍，蔡治宾，吴罗杰.原发性高血压病中医辨证分型与肾素、血管紧张素Ⅱ初探

[J].中国现代医学杂志,1998,8(5):43.

[29]王永霞，李建生，余宏伟，等.高血压病血管内皮功能失调及自由基损伤与中医辨证分型的关系[J].四川中医，2003,21(1)：9～11.

[30]张臣，邢之华，谭海彦，等.血浆一氧化氮及血压在不同中医证型高血压病患者中的变化[J].实用医学杂志，2005,21(5)：542～543.

[31]沈毅，张继东，胡连海.等原发性高血压病中医辨证分型与胰岛素抵抗的相关性研究[J]. ft东大学学报（医学版），2005,43(2)：142～144.

[32]王芸素，陈宏，王圭.高血压病辨证分型与胰岛素抵抗的关系[J].中西医结合心脑血管病杂志，2004, 2(10)：611。

[33]王萌，刘瑛. 高血压病中医辨证分型与胰岛素抵抗的关系[J]. 新疆中医

药，2007, 25(4)：22～24.

[34]雷燕，胡锡衷.高血压病虚实辨证与性激素及β2～微球蛋白关系的探讨[J].中国中西医结合杂志，1994,14（11）:675～676.

[35]唐晓鸿，袁洪，周宏研，等.老年高血压患者性激素与血管内皮功能的关系[J].中国动脉硬化杂志，2001,9(2)：149～151.

[36]祝向红，濮欣，何健生，等.中老年高血压中医辨证分型与雌二醇、睾酮的关系[J].中国中医急症，2007,16(5)：561～562.

[37]祝向红，何健生，郭聂涛，等.中老年高血压中医辨证分型与雌二醇、睾酮的关系[J]. 中国中医急症，2007, 16(5)：561。

[38]陆曙，周春刚，张志斌. RAAS系统基因多态性与高血压中医证型的相关性.辽宁中医药大学学报，2010,12(12)：70～73.

[39]骆杰伟，陈慧，吴小盈，等.高血压血瘀证血管紧张素转换酶基因插入或缺失的多态性分析[J].广州中医药大学学报，2007,24(3)：188～190.

[40]魏世超，骆杰伟，陈慧，等. ACE基因I/D多态性与高血压血瘀证首次心脑血管事件的相关性分析[J].世界中西医结合杂志，2009,4(6)：412～415.

[41]魏世超，骆杰伟，陈慧，等. CYP11B2基因～344T/C多态性与高血压血瘀证的相关性研究.光明中医，2009,24(10)：1831～1834.

[42]骆杰伟.β2～肾上腺素受体基因多态性及单倍体型与高血压病血瘀证的相关性分析.中华中医药杂志，2010,25(7)：1086～1089.

[43]骆杰伟，唐仪，陈慧，等.高血压病血瘀证患者MTHFR基因C677T多态性的研究[J]. 北京中医药大学学报，2008,31(5)：351～354.

[44]骆杰伟等高血压肝阳上亢证与SLC6A2基因多态性的关联研究. 中国中医基础医学杂志,2010, 16(7)：613～615.

[45]孟云辉. PPARγC161T基因多态性与原发性高血压证型的相关性.中国中医急,2009,18 (11)：1815～1816.

[46] Kelly PJ, Rosand J, Kistler JP, et al. Homocysteine, MTHFR677C-> T polymorphism, and risk of ischemic stroke: Results ofa meta～analysis [J]. Neurology, 2002, 59 (4):529～536.

[47] Yamad AY, Matsu OH, Segawa T, et al. Assessment of geneticrisk for myocardial infarction[J]. Thromb Haemost,2006,96(2):220～227.

[48]马民. HSP70基因C-fos基因表达在高血压病血瘀证中的相关性[J].四川中医，2004，22(3)：20～21.

[49]卢全生，雷燕，陈可冀. AT1R基因多态性与原发性高血压中医证型及降压中药疗效的关系[J].中国中西医结合杂志，2005,25(8)：682～686.

[50]孟云辉. 原发性高血压病不同证型PPARγ基因表达与颈动脉血管重构的关系. 时珍国医国药，2010,21（1）:129～130.

[51] PK Whelton. Epidemiology of hypert ension [ J]. Lancet, 1994, 344( 8915): 101～06.

[52] MacMahon, S peto R, cut ler J, et al. Blood pressure, st roke, andcoronary heart disease. Part1: prolonged dif ferences in blood pressure: prospect ive observat ional studies correct ed f or th e regressiondilut ion bias[ J]. Lancet, 1990, 335( 8692): 765～774, 335, 765.

[53] Whelt on PK Perneger TV, Brancat i FL, et al Epidemiology and prevention of blood pressure related renal disease[ J]. J Hypert ens,1992, 10( suppl 7): S 77.

[54]宛悦， 王若涛， 孔灵芝. 中国高血压流行情况及防治策略[ J]. 中国公共卫生，

2000, 16( 7): 640～642.

[55]顾秀英，胡一河. 慢性非传染性疾病预防与控制[ M]. 北京：中国协和医科大学版社, 2003: 245～257.

[56]王志华，初少莉，陈绍行，等. 高血压住院患者病因及危险因素分析.高血压杂志, 2005, 13 (8)：504～507.

[57]付宇. 高血压病治疗及其危险因素. 辽宁大学第二临床学院. 硕士毕业论文,2011, 03。

[58]吴锡桂，武阳丰，周北凡，等.我国十组人群高血压发病率及其影响因素.中华医学杂志,1996, 76: 24。

[59] Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, et al. Prevalence and trends on obesit y among US adult s, 1999 ～2000 [ J]. JAM A,2002, 288: 1723～1727.

[60] Minist ry of heal th and w el fare health servi ce bureau: Generalst atu s of the 4th su rvey of cir culat ory diseas es ( 1990). Japanese comm itt ee of managem ent and research for circul at ion di sease.1993.

[61]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南（第三版）.北京：人民卫生

出版社,2011,10.

[62] Mohamed FA. On chronic Bright's disease, and its essential symptoms. Lancet, 1879, (1): 399～401.

[63] 任敏之, 符德玉, 颜乾麟. 高血压病患者中医证型与靶器官损害关系的临床研究(J). 四川中医, 2006, (9): 47～48.

[64]段开骏，刘洁，白春锦，等.中医辨证分型高血压病病人颅内动脉脑血流动力学变化

[J].2006,4(2):101～102

[65]陈国英，刘德桓，向成彬.高血压病中医证型与脑卒中神经功能缺损程度的相关性研究[J].中华中医药学刊，2008,26（02）:370～372.

[66]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南（第三版）.北京：人民卫生出版社,2011, 20。

[67]刘国仗，张宇清.1999 年世界卫生组织/国际高血压学会高血压治疗指南的简介与评价. 中国循环杂志，1999,14(4)：12～15.

[68] CERASOLA G, COTTONE S, DLGNOTO G, et al. Microalbumin-uria, renal dysfunctionand cardiovascular complication in essential hypertension[J]. J Hyperterns,1996,14:915～920.

[69] MING J, SHENG LL, ZHANG LG, et al. Abnormal renal function in isolate dsystolic hypertension correlative with ambulatory blood pressure[J]. J Int J Cardol,199～3, 41:69.

[70] Franklin SS, Larson MG, Khan SA, et al. Does the relation of blood Pressureto coronary heart disease risk Change with agingTheFraminghamHeartStudy[J]. Circulation,2001,103:1245～1249.

[71] LAwM, WaldN, Morris J. Lowering blood Pressure to prevent myocardialinfarction and stroke: a new preventive strategy IJ]. Health Technol Assess,2003,7: l～94.

附录

##### **附件 1**

中医心内科临床病例回顾性调查表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目名称** | **内容** | **赋分（0,1）** |
| 病案号 |  |  |
| 姓名 |  |  |
| 性别 |  |  |
| 年龄 |  |  |
| 病情加重时间 |  |  |
| 病情加重节气 |  |  |
| 中医诊断 |  |  |
| 中医证候 |  |  |
| 西医诊断 1 |  |  |
| 西医诊断 2 |  |  |
| 西医诊断 3 |  |  |
| 主诉 |  |  |
| 主诉症状 1 |  |  |
| 主诉症状 2 |  |  |
| 主诉症状 3 |  |  |
| 现病史（症状体征舌脉） |  |  |
| 胸闷 |  |  |
| 头晕 |  |  |
| 憋气 |  |  |
| 眠差 |  |  |
| 乏力 |  |  |
| 心慌 |  |  |
| 口干 |  |  |
| 头痛 |  |  |
| 胸痛 |  |  |
| 大便干 |  |  |
| 纳呆 |  |  |
| 咳嗽 |  |  |
| 口苦 |  |  |
| 汗出 |  |  |
| 恶心 |  |  |
| 尿频 |  |  |
| 头胀 |  |  |
| 耳鸣 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 咳痰 |  |  |
| 烦躁 |  |  |
| 视物不清 |  |  |
| 眩晕 |  |  |
| 手足麻木 |  |  |
| 腹胀 |  |  |
| 畏寒 |  |  |
| 气短 |  |  |
| 双下肢无力 |  |  |
| 多梦 |  |  |
| 呕吐 |  |  |
| 泛酸 |  |  |
| 双下肢水肿 |  |  |
| 口粘 |  |  |
| 尿少 |  |  |
| 左侧肢体麻木 |  |  |
| 咽干 |  |  |
| 既往史 |  |  |
| 高血压病史 |  |  |
| 冠心病病史 |  |  |
| 糖尿病病史 |  |  |
| 脑梗塞病史 |  |  |
| 胆囊病史 |  |  |
| 慢性支气管炎病史 |  |  |
| 肝脏病史 |  |  |
| 房颤病史 |  |  |
| 高脂血病史 |  |  |
| 胆结石病史 |  |  |
| 颈椎病、椎基底动脉病史 |  |  |
| 甲亢病史 |  |  |
| 脑出血病史 |  |  |
| 慢性阻塞性肺气肿病史 |  |  |
| 肺心病病史 |  |  |
| 中风病史 |  |  |
| 脑供血不足病史 |  |  |
| 慢性肾功不全病史 |  |  |

调查人：填表时间：年月日

##### **附件 2**

高血压诊断标准

诊断标准：即收缩压大于等于140mmHg和（或）舒张压大于等于90mmHg；

血压水平的定义和分类（mmHg）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 类别 | 收缩压 | 舒张压 |
| 理想血压 | ＜120 | ＜80 |
| 正常血压 | ＜130 | ＜85 |
| 正常高值 | 130～139 | 85～89 |
| 1 级高血压（“轻度”） | 140～159 | 90～99 |
| 亚组：临界高血压 | 140～149 | 90～94 |
| 2 级高血压（“中度”） | 160～179 | 100～109 |
| 3 级高血压（“重度”） | ＞＝180 | ＞＝110 |
| 单纯收缩性高血压 | ＞＝140 | ＜90 |
| 亚组：临界高血压 | 140～90 | ＜90 |

中医证候诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》及《中华人民共和国国家标准・中医临床诊疗术语证候部分》制定：

（1）肝火上炎证：肝火炽盛而上炎，以发热口渴，烦躁失眠，头痛，或目赤肿痛，或耳暴鸣暴聋，或吐血、衄血，面赤，舌红苔黄，脉弦数等为常见症的证候。

（2）痰瘀互[搏]结证：痰浊瘀血相互搏结，以局部肿块刺痛，或肢体麻木、痿废，胸闷痰多，或痰中带紫暗血块，舌紫暗或有斑点，苔腻，脉弦涩等为常见症的证侯。同义词：瘀痰内阻证；血瘀痰凝证。

（3）气阴两虚证：气阴两虚，心与心神失养，以心悸气短，神疲头晕，失眠多梦，颧红，舌红少苔，脉弱而数等为常见症的证候。

（4）肝阳上亢[上扰][亢盛]证：肝阳亢扰于上，以眩晕耳鸣，头目胀痛，头重脚轻，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦，腰膝酸软，口苦，舌红脉弦等为常见症的证候。

（5）瘀血阻络证：瘀血阻于经络，以患处固定刺痛，或见紫斑、肿块，或见出血色暗，舌紫或有斑点，脉涩等为常见症的证候。同义词：瘀阻脉络证。

（6）肝肾阴虚[虚火]证：肝肾阴液亏虚，虚热内扰，以眩晕耳鸣，五心烦热，低热颧红，胁痛，腰膝酸软，舌红少苔，脉细数等为常见症的证候。

（7）痰热内扰[阻][盛]证：痰热内盛，扰乱心神、气机，以咳嗽气喘，咯痰黄稠，发热口渴，烦躁不宁，失眠多梦，舌红苔黄腻，脉滑数等为常见症的证候。同义词：痰热搏[蕴]结证；痰火郁结[内扰]证。

（8）阴阳两虚[亏虚]证：心与肾的阴液、阳气均虚，以畏冷肢凉，五心烦热，心悸失眠，耳鸣腰酸，脉弱等为常见症的证候。

中医证候要素诊断标准

参照《中华人民共和国国家标准・中医临床诊疗术语证候部分》。气虚：气短乏力，神疲懒言，自汗，舌淡，脉虚。

阴虚：潮热盗汗，午后颧红，五心烦热，口燥咽干，舌红少苔，脉细数。阳亢：潮热盗汗，两颧潮红，头晕目眩，烦躁失眠，舌红少津，脉细数。痰浊：咳嗽气喘，咯痰量多，呕恶眩晕，或局部有圆滑肿块，苔腻脉弦滑。

血瘀：局部出现青紫肿块、疼痛拒按，或腹内积块、刺痛不移、拒按，或出血紫暗成块，舌紫或有瘀斑，脉弦涩。

致谢

本学位论文是笔者在导师指导下独立完成。首先感谢ft东中医药大学及研究生处在研究生培养和管理方面给予的关爱。

本研究从立题到论文的撰写处处凝聚着导师指导与关爱。3年来，导师在综合素质上给我以培养，在临床经验上给我以启迪，在做人原则上给我以教诲。导师高尚的品德、奋斗不息的理念、高瞻远瞩的眼光、以及渊博的知识、敏锐的洞察力、缜密的思维和把握科研方向的能力不断影响和激励着我，导师的教诲和启迪将使我终身难忘。

感谢青岛海慈医院中医心内科各位老师、ft东中医药大学基础医学院高冬梅老师在流行病学、流行病学调查质量控制的培训、研究工作顺利实施给予我的大力帮助和指导。

感谢研究生处、中医基础理论学科各位老师在专业课程以及论文实施方面的指导、关怀和帮助。

感谢我的师弟王咏、师妹李玉真、耿凤艳在本文涉及的流行病学调查及数据录入中所做工作以及文献资料给予的鼎力协助。

感谢我的爱人、孩子，3年来他们的理解、支持与鼓励。

回首三年，有风雨、有彩虹、有酸甜、有苦痛，不经历风雨怎能见彩虹，不经历苦痛怎能知酸甜，这都将是我人生需珍惜的宝贵财富，指引我人生前进的方向！