



河北大学
HEBEI UNIVERSITY

密 级:

分 类 号:

学校代码: 10075

学 号: 20182039

硕士学位论文

滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗阴虚 阳亢证高血压病伴便秘的临床观察

学位申请人: 刘 美

指 导 教 师: 马晓莉 教授

赵秀君 主任中医师

张百霞 讲师

专业学位类别: 中医硕士

专业学位领域: 中医内科学

院 系 名 称: 中医学院

答 辩 日 期: 二〇二一年八月

Classified Index:

CODE: 10075

U.D.C.:

No. 20182039

Thesis for the Degree of Master

Clinical Observation on Nourishing Yin and Stagnation Free Formula and Decoction of Gastrodia and Uncaria in treating hypertension with constipation of yin deficiency and yang hyperactivity Syndrome

Candidate: Liu Mei

Supervisor: Prof. Ma xiaoli

Dir. Zhao Xiujun

Lec. Zhang Baixia

Category of Professional Degree: Master of Traditional Chinese Medicine

**Field of Professional Degree: Internal Medicine of Traditional
Chinese Medicine**

College: College of Traditional Chinese Medicine

Date of Oral Defense: August, 2021

河北大学

学位论文独创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写的研究成果，也不包含为获得河北大学或其他教育机构的学位或证书所使用过的材料。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了致谢。

作者签名： 刘美 日期： 2021 年 8 月 18 日

学位论文使用授权声明

本人完全了解河北大学有关保留、使用学位论文的规定，即：学校有权保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。学校可以公布论文的全部或部分内容，可以采用影印、缩印或其他复制手段保存论文。

本学位论文属于

1、限制公开 ☐ ，在_____年_____月_____日限制期满后适用本授权声明。

2、不限制公开 ☒ 。

（请在以上相应方格内打“√”）

作者签名： 刘美 日期： 2021 年 8 月 18 日

导师签名： 马晓莉 赵培恩 日期： 2021 年 8 月 18 日

保护知识产权声明

本人为申请河北大学学位所提交的题目为（滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢证高血压病伴便秘的临床观察）的学位论文，是我个人在导师（马晓莉 赵培昆）指导并与导师合作下取得的研究成果，研究工作及取得的研究成果是在河北大学所提供的研究经费及导师的研究经费资助下完成的。本人完全了解并严格遵守中华人民共和国为保护知识产权所制定的各项法律、行政法规以及河北大学的相关规定。

本人声明如下：本论文的成果归河北大学所有，未经征得指导教师和河北大学的书面同意和授权，本人保证不以任何形式公开和传播科研成果和科研工作内容。如果违反本声明，本人愿意承担相应法律责任。

声明人：刘美 日期： 2021 年 8 月 18 日

摘 要

目的：通过对比滋阴导滞方联合天麻钩藤饮对阴虚阳亢证高血压病伴便秘患者治疗前后血压、便秘的变化，观察两方合用对阴虚阳亢证高血压病伴便秘患者的整体效果是否优于单一天麻钩藤饮，探讨滋阴导滞方对阴虚阳亢证高血压病患者便秘的疗效，探究天麻钩藤饮和滋阴导滞方合用能否在治疗便秘的同时辅助降压，以便进一步提高临床降压疗效、改善患者综合生活质量，为阴虚阳亢证高血压病伴便秘的治疗提供更多思路。

方法：（1）将临床 60 例阴虚阳亢证高血压病伴便秘病例按照随机对照法分为对照组和观察组，对照组和观察组各 30 例。（2）两组患者入组前均接受高血压病和便秘的健康宣教和 CCB 类降压药，对照组予天麻钩藤饮治疗，观察组给予滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗。（3）分析两组患者治疗前性别、年龄、高血压病史、便秘病史、SBP 和 DBP 的可比性，比较患者治疗前后诊室血压、便秘评分、中医症状单项积分、中医证候总积分的组内差异和组间差异。（4）两组患者均以 2 周为一个疗程，1 个疗程后对两组患者治疗结果进行评分和数据处理、统计学分析，总结两组患者治疗的有效性和安全性。

结果：两组病例共完成 60 例，其中对照组和观察组各 30 例。两组患者在性别、年龄、高血压病史和便秘病史无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

（1）血压对比：两组患者治疗前 SBP、DBP 具有可比性（ $P>0.05$ ）。组内比较：治疗后两组患者 SBP 较前均有下降（ $P<0.05$ ），DBP 下降幅度较小（ $P>0.05$ ）。组间比较：治疗后观察组 SBP 下降疗效优于对照组（ $P<0.05$ ），DBP 比较无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

（2）便秘对比：两组患者治疗前便秘积分有可比性（ $P>0.05$ ）。组间比较：观察组便秘积分低于对照组（ $P<0.05$ ）。组内比较：治疗后两组患者便秘积分均有下降，对照组治疗后便秘改善不明显（ $P>0.05$ ）；观察组治疗后便秘积分明显降低（ $P<0.05$ ）。便秘有效率：观察组有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。

（3）中医证候总积分对比：两组患者治疗前中医证候总积分无统计学差异（ $P>0.05$ ）；组内比较：治疗后两组患者证候总积分较治疗前均有下降，都有统计学差异（ P

<0.05)。组间比较,治疗后观察组疗效优于对照组 ($P<0.05$)。观察组总有效率 (90%) 高于对照组 (76%), 两组中医证候有效率有统计学差异 ($P<0.05$)。

(4) 中医单项症状积分对比: 两组患者治疗前中医症状单项积分无统计学差异 ($P>0.05$)。组内比较: 对照组治疗后在眩晕、头痛、耳鸣耳聋、盗汗方面改善明显 ($P<0.05$); 在急躁易怒、两目干涩、咽干口燥、心悸、失眠、便秘方面未见明显改善 ($P>0.05$)。观察组治疗后在眩晕、头痛、耳鸣耳聋、五心烦热、咽干口燥、心悸、盗汗、便秘方面改善明显 ($P<0.05$), 在急躁易怒、两目干涩、失眠方面无明显改善 ($P>0.05$)。组间比较: 观察组在眩晕、五心烦热、心悸、盗汗、便秘方面疗效优于对照组 ($P<0.05$), 在头痛、耳鸣耳聋、急躁易怒、两目干涩、咽干口燥、失眠方面效果相当 ($P>0.05$)。

(5) 安全性观测: 两组患者在 2 周的治疗过程中未出现药物不良反应, 4 周后随访患者症状未见反复, 无药物相关性不适, 初步认定为用药安全。

结论: (1) 滋阴导滞方联合天麻钩藤饮可以有效改善患者整体症状, 尤其在眩晕、五心烦热、心悸、盗汗、便秘方面效果显著。(2) 滋阴导滞方能有效改善阴虚阳亢证高血压患者的便秘症状, 同时辅助降低患者收缩压。(3) 以滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢证原发性高血压病伴便秘, 临床疗效稳定、安全。(4) 滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗原发性高血压病伴便秘病整体疗效优于天麻钩藤饮, 值得临床推广。

关键词: 滋阴导滞方 天麻钩藤饮 阴虚阳亢证 眩晕 高血压病 便秘

Abstract

Objective:By comparing the changes of blood pressure and constipation before and after treatment of patients with hypertension with constipation, the effect of combined Decoction of Gastrodia and Uncaria with Nourishing Yin and Stagnation Free Formula in the treatment of hypertension with constipation in Yin deficiency yang hyperactivity syndrome was better than that of Decoction of Gastrodia and Uncaria. To explore the effect of Nourishing Yin and Stagnation Free Formula on constipation in patients with Yin deficiency and yang hyperactivity syndrome, and to explore whether Decoction of Gastrodia and Uncaria and Nourishing Yin and Stagnation Free Formula can help to reduce blood pressure while treating constipation, so as to further improve the clinical antihypertensive effect and improve the comprehensive quality of life of patients, and provide more metalities for the remedy of hypertension with constipation Yin deficiency yang hyperactivity syndrome.

Method:(1) 60 cases of hypertension with constipation of yin deficiency and yang hyperactivity syndrome were stochastically divided into two groups, 30 cases in control group and 30 cases in observation group.(2) Both groups were given health education of hypertension and constipation and CCB antihypertensive drugs before entering the group. The control group was given Decoction of Gastrodia and Uncaria, and the observation group was given Nourishing Yin and Stagnation Free Formula and Decoction of Gastrodia and Uncaria.(3) The comparability of gender, age, history of hypertension, history of constipation, SBP and DBP of the two groups before and after treatment were analyzed. The differences of blood pressure, constipation score, one-way TCM symptom score and total TCM symptom score between the two groups before and after treatment were compared.(4) Two weeks were taken as a course of treatment in both groups. After one course of treatment, the treatment results of the two groups were scored, data processed and statistically analyzed to summarize the effectiveness and safety of the two groups.

Result: There are 60 cases were collected in the two groups, including 30 cases in the control group and 30 cases in the observation group. The two groups were comparable in gender, age, history of hypertension and constipation, SBP and DBP ($P>0.05$).

(1) Blood pressure comparison: SBP and DBP were comparable before treatment ($P>0.05$). The SBP of the observation group and the control group decreased before and after treatment ($P<0.05$), and DBP decreased less in the two groups before and after treatment ($P>0.05$). The difference of SBP between the two groups was significant ($P<0.05$), and there was no statistical difference between the two groups ($P>0.05$).

(2) Constipation comparison: the constipation scores of the two groups were comparable before treatment ($P>0.05$). Comparison between groups: after treatment, the improvement of constipation in the observation group was better than that in the control group ($P<0.05$). The constipation scores of the two groups were decreased, but the constipation of the control group was not significantly improved before and after treatment ($P>0.05$); The constipation of the observation group was significantly improved before and after treatment ($P<0.05$). The effective rate of constipation in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$).

(3) Comparison of total score of TCM Syndrome: There was no distinct divergence between the two groups before remedy ($P>0.05$); Intra group comparison: before and after treatment, the total TCM symptom scores of the therapy group and the control group were noticable different ($P<0.05$). Compared between the two groups, the total symptom score of the two groups decreased before and after remedy, and the discrepancy between the two groups was large ($P<0.05$). The total effective ratio of the observation group (90%) was higher than that of the control group (76%), and there was significant difference between the two groups ($P<0.05$).

(4) Comparison of TCM single symptom score: there was no significant difference in TCM single symptom score between the two groups before and after treatment ($P>0.05$). Intra group comparison: the control group improved significantly in vertigo, headache, tinnitus,

deafness and night sweats before and after treatment ($P<0.05$); There was no significant improvement in irritability, dry eyes, dry throat and mouth, palpitation and insomnia ($P>0.05$). Before and after treatment, vertigo, headache, tinnitus and deafness, five heart trouble heat, dry throat and mouth, palpitation and night sweats were significantly improved in the observation group ($P<0.05$), but there was no significant improvement in irritability, dry eyes and insomnia in the observation group ($P>0.05$). Comparison between the two groups: after treatment, vertigo, five heart trouble, palpitation and night sweats were significantly improved in the two groups ($P<0.05$), but headache, tinnitus, deafness, irritability, dry eyes, dry throat and mouth, insomnia were not improved in the two groups ($P>0.05$). Comparison of clinical efficacy and short-term efficacy: there was no significant difference in SBP, DBP and constipation score between the two groups after 2 and 4 weeks of treatment ($P>0.05$).

(5) Safety observation: two groups of patients in the course of 2 weeks of treatment did not appear adverse drug reactions, 4 weeks after the follow-up of patients with no recurrence of symptoms, no drug-related discomfort, initially identified as drug safety.

Conclusion:(1) On the basis of CCB, Nourishing Yin and Stagnation Free Formula combined with Decoction of Gastrodia and Uncaria can effectively improve the overall symptoms of patients, especially in vertigo, headache, tinnitus and deafness, five heart trouble and heat, constipation.(2) Nourishing Yin and Stagnation Free Formula can effectively improve the constipation symptoms of hypertension patients with Yin deficiency and yang hyperactivity syndrome, and assist in antihypertensive treatment.(3) Nourishing Yin and Stagnation Free Formula combined with Decoction of Gastrodia and Uncaria has a stable and safe clinical effect in the treatment of primary hypertension with constipation of yin deficiency and yang hyperactivity syndrome.(4) Nourishing Yin and Stagnation Free Formula combined with Decoction of Gastrodia and Uncaria in the treatment of primary hypertension with constipation is better than Decoction of Gastrodia and Uncaria in the treatment of primary hypertension with constipation.

Keywords: Nourishing Yin and Stagnation Free Formula Decoction of Gastrodia and
Uncaria Pattern of Yin Vacuity and Yang Vertigo Primary Hypertension Constipati
on

中英文缩略词表

英文缩写	英文全称	中文名称
EH	Essential Hypertension	原发性高血压
SBP	Systolic Blood Pressure	收缩压
DBP	Diastolic Blood Pressure	舒张压
CCB	Calcium Channel Blocker	钙通道阻滞剂
ACEI	Angiotension Converting Enzyme Inhibitors	血管紧张素转化酶抑制剂
ARB	Angiotensin Receptor Blocker	血管紧张素受体拮抗剂

目 录

第一章 绪 论.....	1
1.1 高血压病伴便秘的现代医学研究.....	1
1.1.1 现代医学对高血压病的认识.....	1
1.1.2 高血压病的流行病学调查.....	1
1.1.3 高血压病的危险因素.....	2
1.1.4 高血压病伴便秘的相关性研究.....	2
1.1.5 高血压病伴便秘的治疗.....	3
1.2 眩晕伴便秘的中医学研究.....	5
1.2.1 眩晕伴便秘的病名认识.....	5
1.2.2 眩晕伴便秘的病因病机.....	6
1.2.3 眩晕伴便秘的辨证标准.....	8
1.2.4 眩晕伴便秘的中医治疗.....	8
第二章 临床研究.....	10
2.1 研究资料.....	10
2.1.1 研究对象.....	10
2.1.2 诊断标准.....	10
2.1.3 纳入标准.....	11
2.1.4 剔除标准.....	11
2.1.5 脱落标准.....	11
2.1.6 不良反应处理.....	11
2.1.7 疗效评判标准.....	12
2.2 研究方法.....	12
2.2.1 分组方法.....	12
2.2.2 治疗方案.....	12
2.2.3 观察指标.....	13

目 录

2.3	统计学处理.....	13
2.4	结果与分析.....	14
2.4.1	两组患者治疗前各项资料对比.....	14
2.4.2	血压对比.....	14
2.4.3	便秘对比.....	14
2.4.4	中医证候总积分对比.....	15
2.4.5	中医症状单项积分对比.....	16
2.4.6	安全性观测.....	17
第三章	讨论与结论.....	18
3.1	对高血压病伴便秘的认识.....	18
3.1.1	病机认识.....	18
3.1.2	制方分析.....	20
3.1.3	临证应用.....	21
3.1.4	现代药理分析.....	21
3.2	临床结果分析.....	22
3.3	结论.....	24
3.4	不足与展望.....	25
参考文献	.....	27
附 录	.....	34
附录一：高血压分级表	.....	34
附录二：知情同意书	.....	35
附录三：便秘患者自评表	.....	37
附录四：中医证候积分表	.....	38
致 谢	.....	39
作者简介	.....	40

第一章 绪论

1.1 高血压病伴便秘的现代医学研究

1.1.1 现代医学对高血压病的认识

血压是指机体体循环动脉血液对血管壁产生的压力。由于受多种因素的调控，血压会不断变化，并表现出一定的节律性。在神经、精神等因素影响下，正常人的血压呈现明显的昼夜规律，表现为“双峰一谷”，即在6~10点和16~20点时各有一个高峰，而夜间血压明显降低。受季节气温的影响，人体血压呈现“夏天低冬天高”的特点，冬季收缩压平均比夏季高出5mmHg^[1]。一般人体血压随着年龄增大而出现生理性增高。随年龄增大，人体血管平滑肌细胞增殖，血管壁弹性下降，收缩压（SBP）出现生理性升高^[2]。生理状态下，人体在紧张、兴奋、饥饿等状态下交感神经兴奋，血压也会升高，环境改变后血压可自动降到正常水平。伴随人体内激素水平波动，女性在绝经期后雌激素水平降低，高血压病发生率高于绝经前^[3-4]。

现代医学规定高血压病的诊断标准：在测量设备准确、环境安静放松、患者姿势正确的情况下，患者未服用降压药且非同日3次或以上测得血压结果高于140/90mmHg，或在服降压药状态下，即使血压降到正常水平，仍可诊断为高血压病^[5]。根据高血压病的发病原因，可大致原发性、继发性两大类。原发性高血压病，是病理机制不明的动脉血压升高，占高血压病的90~95%^[6]。继发性高血压病病因较明确，常见于肾脏疾病、内分泌疾病、颅脑肿瘤等，其他如药物或妊娠引发的高血压病也属于此类。

1.1.2 高血压病的流行病学调查

据相关研究^[7]，全球男性高血压病发病率达24.1%~31.1%，比女性高出6%~10%。《柳叶刀》报道全球成年人口中有26%患有高血压病，且这一比例呈上升趋势^[8]。就高血压病发病率而言，亚太地区与世界其他地区一致^[9]。2018年发表的中国高血压病调查结果显示我国成年人高血压病粗患病率为27.9%，以此推算我国总体患病人数约2.45亿，患病率呈现上升趋势^[10]。我国高血压病呈现“三低”特点，即知晓率低（46.9%）、治疗率低（40.7%）、控制率低（15.3%）。据高血压调查（CHS）^[11]结果显示，中国高血压病

患病率由北向南逐渐减少,城市(23.4%)高于农村(23.1%),男性高血压患病率(粗率 28.6%,加权率 24.5%)高于女性(粗率 27.2%,加权率 21.9%)。

1.1.3 高血压病的危险因素

高血压病是一个多因素、多环节、多阶段及个体差异比较大的疾病,现代医学尚未明确高血压的发病机制,可能与遗传、饮食、药物等因素相关。

高血压病具有明显的家族聚集性。Kolifarhood 等通过分析 210 个家族的遗传和环境危险因素与高血压病之间的关系,发现 SBP 的遗传力是 30%,DBP 为 25%^[12]。Eales 等通过多组分分析肾脏,揭示了 179 个与肾脏相关的独特的基因对高血压病具有潜在致病作用^[13]。研究表明盐敏感程度越高的人群患高血压病的可能性也越大^[14]。吸烟是高血压病的一项重要危险因素,吴洁在南京市慢性病与危险因素的调查中发现从不吸烟者(24.7%)高血压发病率明显低于现在吸烟者(34%)和已经戒烟者(43.8%)^[15]。

非甾体类抗炎药因解热、抗炎、镇痛作用被广泛应用于临床,但同时也会增加高血压病等心血管事件的风险^[16]。血尿酸增高导致高血压病患病率升高已被验证,胰岛素抵抗可能是血尿酸升高引起高血压病的重要途径^[17]。

此外,高血压病还受到年龄、肥胖、抽烟、压力等多因素的影响。一般而言,高血压病的患病率与年龄的增长呈现正相关关系^[1]。据美国健康和退休研究(HRS)数据显示,女性年龄每增加 1 岁,高血压病的发病率增加 5.1%^[18]。与以往中老年多发高血压病相比,目前青少年儿童患高血压病的概率也日渐增高。马淑婧等通过观察中国部分 7 至 17 岁儿童血压变化,发现 10 年间这些儿童的 SBP 升 16.6mmHg, DBP 升高 4.8mmHg,中国儿童血压水平有增高倾向^[19]。肥胖是血压升高的重要危险因素。时磊等发现中老年人群中患高血压病的风险与青年和中年时期超重密切相关^[20]。抽烟可引起交感神经兴奋血压升高,研究表明,暴露于抽烟环境中的非抽烟女性和青壮年人群患高血压病的概率同样升高^[21]。压力是罹患高血压病的又一重要因素。Sardinha 等排除高脂饮食和抽烟因素后,发现工作量大、压力大可能是教师患心血管疾病的重要原因^[22]。

1.1.4 高血压病伴便秘的相关性研究

临床上,便秘是高血压患者常见合并症。研究发现,有高血压家族史者更容易患便

秘，便秘的程度与心脑血管事件的概率呈正相关^[23]。对 2004～2013 年丹麦所有医院门诊普通病人和便秘患者对比分析后发现便秘与心血管疾病密切相关^[24]。

发病因素：年龄增长带来的机体各组织器官功能退化是老年患者发生高血压病和便秘的重要生理基础。此外，运动过少、精神紧张、高脂饮食等生活方式已经是公认的高血压病和便秘的共同致病因素，由此可见二者在发病原因上具有一致性。高血压病作为心血管疾病的一项基础病，可引发多种并发症，该类患者常表现为耐力下降、活动减少，胃肠消化能力降低，从而发生便秘。一方面，高血压患者自主神经紊乱、交感神经兴奋性增加，从而使胃肠道运动功能减弱，粪便在肠道内停留过久，从而出现便秘；另一方面，慢性便秘患者因排便困难引起情绪焦虑、紧张也容易诱发、加重高血压病情。因此二者常常相互影响。

药物影响：部分降压药会引发便秘等不良反应。CCB 类降压药引发的常见消化系统不良反应以便秘较为多见^[25]。李静^[26]观察 3000 例服用 CCB 类降压药的患者不良反应后，发现便秘的发生率占 16.67%。丁健华^[27]认为高血压患者便秘可能与钙离子拮抗剂减缓肠道蠕动有关。利尿剂除了会引起酸碱失衡、电解质代谢紊乱，还能导致便秘的不良作用^[28]。低钾血症是噻嗪类利尿剂降压的重要不良反应，发生率为 7%～56%^[29]。高血压病患者若一过性服用剂量过大或长期服用导致体内低钾，引起胃肠功能减弱，出现便秘^[30]。女性患便秘与使用利尿剂密切相关^[31]。阿司匹林因抗血小板聚集作用可有效降低高血压等心脑血管发生梗死的风险，研究发现，便秘的发生与服用阿司匹林药物相关^[32]。

疾病影响：除了高血压药物可以引发便秘，便秘也会加重高血压病情。高血压病并发急性心肌梗死患者便秘发生率高达 40%～72%^[33]。合并便秘的高血压病患者用力排便时，腹内压升高，加大机体耗氧量，极易发生脑血管意外和心脏意外，甚至猝死^[34]。便秘是绝经后女性罹患心血管疾病的主要危险因素的标志^[35]。袁绍论等发现 9 例便秘患者发生的严重心血管恶性事件包括高血压脑病、高血压危象等^[36]。马爱娣发现便秘会提高 H 型高血压患者的同型半胱氨酸（Hcy）水平和血压水平^[37]。

1.1.5 高血压病伴便秘的治疗

1.1.5.1 高血压病的治疗

高血压病前期或者轻度高血压病多采用非药物干预调控的方式，对于中、重度高血

压病药物治疗必不可少，目前临床用于降压的大致有 5 类药物，分别是利尿剂、 β 受体阻滞剂、CCB、ACEI、ARB 类药物。噻嗪类药物是临床使用最多利尿剂，代表药物如氢氯噻嗪。适用于轻、中度高血压病、合并糖尿病或心衰的老年性高血压病。 β 受体拮抗剂代表药物如美托洛尔。适用于不同程度的高血压病，降压起效强而快，心率快或合并心绞痛和慢性心衰的患者尤宜。CCB 类降压药，临床常用二氢吡啶类，代表药物如硝苯地平。该类降压药起效迅速、降压幅度较强，对老年患者降压效果较好。ACEI 类代表药物如卡托普利，本类药物可改善胰岛素抵抗，减轻尿蛋白，对肥胖、糖尿病和心脏、肾脏靶器官受损的高血压患者较好。ARB 类药物降压起效缓慢但平稳持久，治疗剂量窗较宽，不良反应较少。代表药物如缬沙坦、厄贝沙坦等。对于 1 种降压药血压控制欠理想者，可采用 2 种或多种降压药联合使用，有利于快速控制血压，减少不良反应。临床常用的优化方案有 ACEI/ARB+利尿剂、二氢吡啶类 CCB+利尿剂、ACEI/ARB+二氢吡啶类 CCB、ACEI/ARB+利尿剂、二氢吡啶类 CCB+ β 受体拮抗剂等。

1.1.5.2 高血压病伴便秘的治疗

现代医学在治疗上将高血压病与便秘分开治疗，临床分属于心血管科和肛肠科。但是在基础治疗上二者有共同之处。二者都倡导运动疗法、饮食结构调节、劳逸结合，保证充足睡眠、保持心情愉悦等生活方式的改变。正常血压高值和 1 级高血压通过饮食、运动等生活方式的调节，很大程度上血压可以得到有效控制，尤其是与祖国传统医药相结合效果明显。刘宝新^[38]通过对患者进行为期 4 周的耳压贴辨证治疗，患者的 SBP 和 DBP 明显下降。

非药物干预：无论是对高血压病还是便秘都意义重大，且简单无害。舒适的排便环境可以有效减轻高血压患者紧张情绪，降低因排便困难导致血压突然升高发生意外事件风险^[39]。品管圈活动使得心血管患者便秘的发生率（26%）明显低于一般护理技术干预（52%）^[40]。运动量过少引起的机体新陈代谢缓慢，胃肠蠕动减弱是便秘发生的重要病因，加强运动对高血压病的调节作用重大。索萌萌^[41]观察运动疗法对原发性高血压病的干预后，发现每天坚持 1 小时、每周 5 天以上的运动可以显著降低患者的 SBP、DBP。增加果蔬类食物对缓解便秘的效果毋庸置疑，贺枝等^[42]等还发现水果和蔬菜摄入量的增加能够有效降低血压升高的风险，对延缓高血压病的发展进程有重要意义。此外，高血

压合并出口梗阻型便秘患者，生物反馈疗法可以有效改善患者状况^[43]。

药物干预：高血压病伴功能性便秘除了改善生活习惯外，临床常在降压药基础上合用内服或外用通便药，口服药以乳果糖较为多见，若粪便阻于结肠下段或以下部位，可外用开塞露等药物辅助排便。临床在降压药基础上合用有通便功效的药食同源的药物、代茶饮、中成药、益生菌同样常见。。甘宏伟以大黄泡水口服配合西药硝苯地平片治疗高血压病，疗效高于对照组单纯服用西药，这可能与大黄泻热活血通便的作用相关^[44]。麻子仁丸是老年高血压便秘患者的常用通便药。研究表明，麻子仁丸可以有效缓解老年便秘患者痛苦，缩短排便时间^[45]。益生菌是调节肠道菌群、促进胃肠蠕动、治疗便秘的新方法^[46]。临床在降压药基础上合用益生菌帮助缓解便秘并不罕见。双歧杆菌可以影响肠道中 SCFAs 的水平、调控 Th17/Treg 的失衡状态达到治疗便秘的目的^[47]。

1.2 眩晕伴便秘的中医学研究

1.2.1 眩晕伴便秘的病名认识

高血压病是现代医学名词，中医典籍里未见“高血压病”病名，中医学从临床症状、病因病机等不同方面将这个现代医学疾病归于“眩晕”、“虚劳”、“头痛”等多个疾病中辨证论治，其中以“眩晕”为主。从文字的角度看，眩为形声字，左侧“目”是“形旁”，表示该字义与眼睛相关，右侧“玄”一方面表示“声旁”，代表字的读音，另一方面有幽曲晦暗之义，因此“眩”字引申为“视物模糊”；“晕”在《释名》的解释是“晕，卷也。气在外卷结之也。日月俱然。”由此可见晕是指发光物体周围模糊的光圈，因此也有模糊不清的意义。由于多数高血压患者出现头眩、视物不清症状，因此我们这里暂用中医“眩晕”病代表高血压病。眩晕病的记载首见于《黄帝内经》：“诸风掉眩，皆属于肝”。《医宗金鉴》记载“目眩者，目黑不明也。”

便秘是指大肠传导失常，排便周期延长或粪质坚硬或粪质不坚但排出不畅的病症。临床上便秘可单独为病，也可见于各种急慢性疾病的病程中。《素问·灵兰秘典论》记载了粪便的形成过程：“水谷者，常并居于胃中，成糟粕而俱下于大肠。”糟粕不能自胃肠向下传导或传导不畅则便秘。《内经》称便秘为“后不利”、“大便难”。汉代张仲景则称为“脾约”、“阴结”、“阳结”。其中脉浮数、能食、不大便名曰阳结；脉沉迟、不能

食、身体重、大便反硬者为阴结。孙一奎将不大便称为“秘结”、“燥结”。《临证指南医案》称“纳食中痞，大便结燥”为“便秘”。张锡纯称便秘为“燥结”，《医学衷中参西录》言“硝菴通结汤治大便燥结久不通，身体羸弱者。”

1.2.2 眩晕伴便秘的病因病机

1.2.2.1 眩晕的病因病机

《黄帝内经》首论眩晕病因是“诸风掉眩，皆属于肝”，第一次指出眩晕与肝脏的紧密关系；刘完素进一步发挥《内经》奥旨，认为眩晕病机在于金衰不能制约肝木；丹溪翁认为头眩“痰挟气虚并火……无痰不作旋”；严用和《济生方·眩晕门》记载“所谓眩晕者……六淫外感，七情内伤，皆能导致”；明代张景岳在《黄帝内经》“上虚则眩”基础上补充了“下虚致眩”。明代医家徐春甫从体质的角度阐释了不同人群眩晕的病因，《古今医统》言“肥人眩晕，气虚有痰；瘦人眩晕，血虚有火”；叶天士《临症指南医案》言“所思眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒耳……”

临床上眩晕轻者闭目即止，重者如坐舟船，甚则可见呕恶、大汗出、面色苍白等阳脱症状。中医认为本病病位在清窍，与肝、肾、脾、胃三脏密切相关，外感或内伤皆可出现眩晕，但以内伤为主，且病多虚损。总体而言，眩晕一病可见于虚证、实证、虚实夹杂证，病理因素主见于风、火、痰、瘀、虚多个。

风：风有外风、内风之分。外风是自然界六气之一，太过则成致病之风邪；内风是相对于外风而言，人无外感，发病而表现为风的特征我们称之为内风。风为阳邪多袭人阳位，头面在人身最高处，属阳，因此外感风邪或肝风内扰，最易上扰清窍而发头晕目眩。风为六淫之首，四季皆可伤人，且多兼夹他邪。兼夹热邪，多犯上焦，可见头胀痛、目赤羞明；兼夹湿邪，可见头痛如裹、身困重。风者，五脏应肝。《素问·阴阳应象大论》言：“东方生风，风生木，木生酸，酸生肝……”内风多发肝、脾、肾三脏，肝为风之本脏，或肝血虚、肝阴虚不能养肝，导致血虚生风；或内热炽盛灼伤阴津、营血，热盛动风；肾为肝之母，母病及子，肾虚则水不涵木、肝阳上亢而发眩晕；生理上肝与脾为相克关系，肝之疏泄可防止脾土壅滞，病理上脾虚则肝旺易乘脾，生理相克演变为病理相乘，即土虚木摇，患者自觉头晕、视物旋转。

火：火分为实火、虚火。实火可因外感火邪，或外感他邪化火，或五脏气机失调而

生实火。如感受风热之邪可化火，临床表现为头胀痛、甚则如裂。若患者平素性情刚烈，遇事则易发肝胆火旺，出现头昏目赤、胁痛耳聋。重则火热入心，扰乱心神，蒙蔽清窍，可出现神昏、谵语、抽搐等。眩晕因于虚火者，多见于肝肾阴虚火旺导致肝风内动证。

痰：痰是人体水液代谢异常的一种病理产物。痰饮的产生与肺、脾、肾、三焦关系最为密切。若脾虚失于运化，或嗜食肥甘厚味，酿生痰浊，痰阻于中焦脾胃，则中焦斡旋失司，清气不升浊气难降，头目不得清阳濡养，病可见眩晕、咳嗽痰多、胸闷脘痞、呕吐痰涎……

瘀：离经之血停滞体内或脉中，血液运行不畅均可致瘀。中医将瘀血常见病因概括为跌扑损伤、气虚血瘀、气滞血瘀、热盛血瘀、寒凝血瘀等，如颅脑外伤，导致气血运行不畅，瘀血阻于脑窍而见眩晕时作、头痛如针刺。

虚：如失血、发汗过度或久病不愈、脾气虚气血生化乏源导致气血亏虚，气虚则清阳不展，血虚则头目失养，表现为头晕乏力、遇劳则发。若肾精不足、精髓化血不足，脑为髓海，脑窍失充，发病则见眩晕耳鸣、头痛且空、腰膝酸软。

1.2.2.2 眩晕伴便秘的病因病机

便秘主要病位在大肠，但大肠的传导功能与肺、肝、脾、胃、肾脏关系密切。生理状态下，胃的受纳与脾的运化功能相互配合，气机升降相因共同完成饮食消化吸收和水谷精微的转输，推动人体清气上升滋养脏腑，浊气下降外排糟粕。若脾气虚，清气不升反降浊气不降反居于上则见腹胀便秘、呕恶纳差。另脾喜燥恶湿、胃喜润恶燥，二者燥湿相济，运化正常则腹气下行大便通畅。若脾湿而胃燥热则肠失传导而发便秘口臭、腹中胀满之症。肾司二便，若肾精亏虚则精血不足，机体各组织器官失于濡养，肠道干涩大便困难；肾阳不足则命门火衰而阴寒凝滞，肠腑失于温化形成寒积便秘。肺与大肠相表里，肺气热可移于大肠，造成津液干燥，肠热便坚。或肺气虚，肃降无权导致肠道气机不降而发大便困难。肝主疏泄，肝气升发畅达有助于大肠传导糟粕排出。

中医认为人身实为一圆运动。生理状态下，脾胃为后天之本，居于中焦，脾气升以助肝气左升化心火，胃气降以助心火下降温肾水，使得心火不亢肾水不寒，心肾相交则生生不息。病理状态下，心火上炎不降，肾水不升则人身上热下寒而为病。阴虚阳亢证即为肾阴亏于下，肝木无根，肝阳亢于上，合心或上炎，风火相煽，阳不潜降，虚火在

上燔灼不能下降暖肾水，肾水虚寒难以上腾济心火，形成上热下寒的典型证。

综上所述，眩晕与便秘共同涉及的脏腑为肾、肝、脾胃，二者共同的病因是火热炽盛和肝肾阴亏虚。二者可单独致病，又可于一病之中同时见到两种病机，相互为病。若肾阴不足，则肝、脾、胃失于濡润，因肝体阴用阳，一方面肝血不足不得肾阴滋养，则肝肾阴虚，脑髓失充，头目失养，表现为两目干涩、腰膝酸软、耳鸣耳聋；另一方面肾主五液，肾阴虚则加剧脾胃津液运化障碍，胃肠缺乏津液濡养，肠中糟粕易从燥化，出现腹中胀痛、大便干结难解、小便短赤等症。肾阴亏虚水不涵木、风阳升动则表现为眩晕、头目胀痛、面红目赤、心烦易怒、失眠等，此是阴虚阳亢证易造成肠燥便秘；反之，肠燥便秘又易耗伤真阴，加重阴虚阳亢证。另外，若肠燥便秘合并脾虚湿困，湿邪困厄脾土则脘腹痞满、纳呆、大便难出，此时中焦痞塞也会造成阳气难以收敛入阴，阴虚阳亢亦难改善。

1.2.3 眩晕伴便秘的辨证标准

《中医内科学》将眩晕病分为风邪上犯证、肝肾阴虚证、风阳上扰证、气血亏虚证、痰浊中阻证、瘀血阻窍证 6 种证候。2015 年《高血压中医诊疗指南释义》^[48]将高血压病分为肝火上炎证、痰湿内阻证、瘀血内阻证、阴虚阳亢证、肾精不足证、气血两虚证、冲任失调证 7 种证候。2019 年《高血压中医诊疗专家共识》^[49]将高血压病分为肝火上升证、痰饮内停证、肾阴亏虚证、瘀血内停证 4 种。张磊^[50]从六经气化角度将高血压病分为太阳少阴合病、太阴阳明合病和厥阴少阳合病。

相比于单一疾病，眩晕伴发便秘的病程较长、病因病机较为复杂，阴虚阳亢证是眩晕伴便秘的基本病机。当前中医学对于高血压病伴便秘尚无统一辨证论治标准，临床多以八纲辨证为主，在对眩晕病辨证的基础上随症加减治疗。亦有部分医生认为高血压病伴发便秘可以六经论治，可供临床参考。如姜萍等认为若患者症见血压升高、头晕头痛、大便不通甚至有狂躁昏迷实热证，可参考《伤寒论》阳明病给予通腑泄热治疗^[51]。

1.2.4 眩晕伴便秘的中医治疗

眩晕伴便秘病位涉及多个脏腑，治疗原则应当立足整体，同时坚持辨证论治、因人而异。临床根据这些原则对于本病采取不同治疗方式，中医治疗以中药和针灸为主。

中药治疗：边显飞以六经论治高血压病，认为高血压伴便秘日久者，可泻下降压治疗；若出现便秘、口苦、烦躁之少阳阳明病，可予大柴胡剂解郁降压^[51]。李晓燕用乳果糖辅助高血压病合并便秘患者的治疗，发现患者的便秘状况、生活质量和负面情绪均得到有效改善^[52]。冯艳以胆宁片治疗高血压病伴便秘，疗效明显高于西药酚酞片^[53]。马进才等对比患者治疗前后首次排便时间、排便频率、排便时间等指标后，发现防风通圣丸可明显改善高血压患者便秘状况^[54]。金银顺发现按便秘不同证型予中药辨证论治治疗老年性高血压病伴便秘，有效率（91.67%）明显高于果导片对照组（70.51%）^[55]。高志发以六味消安胶囊治疗高血压病伴便秘，有效率和短期疗效均高于对照组莫沙必利^[56]。

针灸治疗：临床治疗眩晕以体针为多，主要针刺取督脉、足厥阴经、足阳明经穴，以百会、风池、太冲、内关、丰隆为主穴，合并便秘者，配合取大肠背俞穴、募穴和下合穴，天枢、照海、支沟、上巨虚为常用穴。陈建华等治疗高血压患者功能性便秘取直肠下段、大肠、脾、便秘点予耳穴埋豆治疗，4周后患者腹胀、便秘、排便间隔及中医证候积分方面疗效明显优于泻药福松^[57]。临床穴位埋线治疗阴虚阳亢证高血压病便秘患者也较为多见，可用特定针具以羊肠线埋入太溪、天枢、大肠俞、丰隆、足三里等穴位，一个疗程一次。赵云霞^[58]以穴位按摩治疗高血压病伴便秘患者，发现患者便秘发生率和用药率明显低于对照组，血压无明显变化。

第二章 临床研究

2.1 研究资料

2.1.1 研究对象

研究对象来源于2018年09月至2021年05月就诊于医院心血管科门诊及住院患者，西医诊断符合高血压病和便秘，中医诊断符合阴虚阳亢证眩晕病。

2.1.2 诊断标准

原发性高血压病诊断标准：根据患者既往病史和就诊时诊室血压测量结果，参照2018修订版《中国高血压防治指南》^[59]，取患者安静状态、未服用降压药情况下3次非同日测量诊室血压结果，若收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 则诊断为高血压病。若患者既往高血压病史，即使服降压药后血压达到正常水平，依然诊断为高血压病。具体分级见附录一。

中医眩晕病阴虚阳亢证的诊断标准：参照2008版《中医内科常见病诊疗指南》^[60]以及相关文献研究^[48,61]。

主症：眩晕、头痛、耳鸣耳聋、腰膝酸软、五心烦热；

兼症：面红、心悸、两目干涩、口燥咽干、失眠、盗汗、便秘、溲赤。

患者必须至少具备上述2个主症和2个或2个以上兼症方可满足诊断。

功能性便秘的诊断标准：依据罗马III诊断标准^[62]，本病诊断具体标准要求患者就诊前12个月中最少3个月连续或非连续出现下列2个以上（包括2个）症状：

- （1）至少25%时间排便费力；
- （2）至少25%时间排便不尽感；
- （3）至少25%时间粪便硬结或性状成团块状；
- （4）至少25%时间排便时肛门阻塞或者肛门直肠梗阻感；
- （5）至少25%时间不能独立排便需以手协助；
- （6）至少25%时间每周排便不到3次，且无稀便，排除IBS。

注：由肠道畸形或器质性所致便秘除外。

2.1.3 纳入标准

- (1) 符合原发性高血压病的诊断标准；
- (2) 符合中医阴虚阳亢证眩晕病的诊断标准；
- (3) 符合功能性便秘（罗马III）的诊断标准；
- (4) 年龄范围在 18~70 周岁以内，性别不限定；
- (5) 对本次试验知情同意且自愿参加者。

注：本次临床试验通过医院伦理委员会的审核。

2.1.4 剔除标准

- (1) 处于哺乳期或者妊娠期患者；
- (2) 不能严格遵守医嘱配合治疗者；
- (3) 酒精或药物成瘾患者；
- (4) 对本方中中药或 CCB 类降压药不耐受患者；
- (5) 入组前 2 周使用过其他降压药或通便药；
- (6) 入组前 1 月内参加过其他临床试验研究；
- (7) 患有严重的精神病、血液病、心肝肾功能衰竭或肿瘤疾病者。

2.1.5 脱落标准

- (1) 试验过程中出现高血压危象者；
- (2) 试验过程中主动退出本次试验者；
- (3) 试验过程中出现与本试验相关的过敏反应或者脏器损害者；
- (4) 试验过程中患上其他疾病，影响本次试验结果者；
- (5) 试验过程中发现有隐瞒真实病情不符合纳入标准者。

2.1.6 不良反应处理

因患者血压受到情绪、温度、饮食等多方面的影响，因此开始本次试验治疗前，嘱患者低盐低脂饮食、保持情绪开朗、注意防寒保暖等必要措施。若因突发因素导致头晕、血压升高等不适状况，及时与临床医生联系，轻者观察患者病情变化，重者给予对症处

理并做好病情变化记录，决定是否可以继续参与本次试验。

2.1.7 疗效评判标准

根据 PAC-SYM 量表评定指数判断便秘疗效，标准如下：

- (1) 治愈：PAC-SYM 指数达 95%；
- (2) 显效：PAC-SYM 指数在 70%~95%之间；
- (3) 好转：PAC-SYM 指数在 30%~70%之间；
- (4) 无效：PAC-SYM 指数低于 30%。

中医证候积分标准参考《中药新药临床指导原则》的积分方法。

- (1) 显效：症候积分下降 70%或以上；
- (2) 有效：症候积分下降 30%~70%；
- (3) 无效：症候积分下降不足 30%。

2.2 研究方法

2.2.1 分组方法

本次研究采取随机对照的方法将入组患者分为对照组和观察组，将两组患者按照就诊顺序进行编号，将编号卡置于不透明盒子内，再随机从中抽取卡片分为对照组和治疗组，其中对照组和治疗组各 30 例。

2.2.2 治疗方案

(1) 基础治疗：患者入组前均给予高血压病和便秘的健康宣教，嘱咐患者低盐低脂饮食、睡眠充足、适当运动、戒烟限酒、保持心情愉悦等。来我科就诊高血压病患者多数已服西药治疗，且以 CCB 类降压药居多，故继续患者当前西药治疗。若患者合并高血脂、糖尿病，给予降脂、降糖治疗。服用方法：各类药物均按药物使用说明书服用，必要时根据患者个人病情进行调整。

(2) 对照组给予天麻钩藤饮治疗，具体方药如下：

天麻 20g、钩藤 30g、石决明 20g、栀子 10g、杜仲 10g、桑寄生 30g、黄芩 10g、夜交藤 30g、茯神 20g、益母草 10g、怀牛膝 30g。

(3) 观察组给予滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗，具体方药如下：

生地黄 30g、肉苁蓉 10g、芒硝 6g、枳壳 15g、厚朴 15g、栀子 10g、苦杏仁 10g、升麻 3g、天麻 20g、钩藤 30g、石决明 20g、益母草 10g、杜仲 10g、桑寄生 30g、怀牛膝 30g、黄芩 10g、夜交藤 30g、茯神 20g。

中药使用本院药房颗粒剂（神威颗粒），按以上药物和剂量标准给药，1 副/日，1 袋/次，饭前开水冲服，早晚各服药一次。

本研究两组患者均以 2 周为一个疗程，将两组患者治疗 2 周后的数据进行统计学处理和分析。

2.2.3 观察指标

采集患者姓名、性别、年龄等基本信息，主要观察以下指标：

（1）一般资料：性别、年龄、高血压病史、便秘病史。

（2）诊室血压：按照水银柱血压计的正确使用方法，嘱患者静坐 5 分钟后暴露上臂，将袖带绑缚于患者上臂中上 1/3 处，松紧以可以伸入两根手指为度，血压计与心脏大致处于同一高度，检测收缩压、舒张压。若检测血压结果与患者平素自测相差过大，则 5 分钟后复测血压，取两次血压平均值。首诊患者至少检测 2 次血压。

（3）便秘评分（附录三）：PAC-SYM 便秘评分表满分 30 分，得分越高表示便秘状况越严重。

（4）中医单项症状积分（附录四）：对主症和各个兼症进行评估。

（5）中医证候积分（附录四）：根据中医阴虚阳亢证眩晕病诊断，参考 2018 版《中药新药临床研究指导原则》，主症和兼症都分四个等级：分别为无、轻、中、重。主症分别记 0、2、4、6 分；兼症分别记 0、1、2、3 分。

（6）安全性观测：观察、记录两组病人治疗 2 周和停药 4 周后的临床症状，及时处理、记录患者出现的药物不良反应情况，总结两组患者治疗的有效性和安全性。

2.3 统计学处理

用统计软件 SPSS 23.0 进行统计分析。计量资料用 t 检验，用“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示，无序分类变量用卡方（ χ^2 ）检验，用百分数（%）表示，有效率用 χ^2 检验，P 表示所得统计结果， $P > 0.05$ 在统计学上无差异， $P < 0.05$ 表示有统计学差异。

2.4 结果与分析

本次研究共完成 60 例病例，其中治疗组和对照组各 30 例。

2.4.1 两组患者治疗前各项资料对比

本研究中两组患者的性别、年龄、既往高血压病史、便秘病史比较见表 2-1，治疗前 SBP、DBP 对比见表 2-2，两组患者在年龄、性别、高血压病史和便秘病史、SBP、DBP 方面均无统计学差异，具有可比性 ($P>0.05$)。

表 2-1 两组患者治疗前各项资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	观察组	对照组	$\chi^2(t)$	P 值
性别(男/女)	16/14	17/13	0.600	0.439
年龄(岁)	54.27 \pm 13.53	52.00 \pm 14.75	- 0.620	0.537
高血压病史(月)	41.97 \pm 12.52	46.07 \pm 14.62	1.170	0.248
便秘病史(月)	25.63 \pm 7.44	24.00 \pm 9.86	- 0.721	0.472

2.4.2 血压对比

两组患者治疗前后 SBP、DBP 见表 2-2，治疗前两组患者 SBP、DBP 具有可比性 ($P>0.05$)。组内比较：两组患者治疗前后 SBP 较治疗前都有统计学差异 ($P<0.05$)；DBP 较前都无统计学差异 ($P>0.05$)。组间比较：两组患者治疗后 SBP 有统计学差异 ($P<0.05$)；DBP 经检验无统计学差异 ($P>0.05$)。

表 2-2 两组患者治疗前后血压对比 ($\bar{x}\pm s$)

血压(mmHg)	组别	例数	治疗前	治疗后
SBP	观察组	30	143.67 \pm 10.28	130.53 \pm 6.17 \blacktriangle^*
	对照组	30	141.70 \pm 7.79	133.67 \pm 5.33 \blacktriangle
DBP	观察组	30	90.40 \pm 9.04	87.93 \pm 3.95
	对照组	30	93.83 \pm 8.59	91.60 \pm 4.74

注： \blacktriangle 表示与治疗前比较，观察组 SBP $P=0.000$ ，DBP $P=0.055$ ；对照组 SBP $P=0.016$ ，DBP $P=0.052$ 。

$*$ 表示治疗后两组间比较，SBP $P=0.040$ ；DBP $P=0.192$ 。

2.4.3 便秘对比

两组患者治疗前后便秘积分见表 2-3，治疗前两组患者便秘积分对比无统计学差异

($P>0.05$)。组间比较：治疗后观察组便秘积分低于对照组，两组之间有统计学差异 ($P<0.05$)。组内比较，两组患者便秘积分均有下降，对照组治疗前后无统计学差异 ($P>0.05$)；观察组治疗前后有统计学差异 ($P<0.05$)。

2-3 两组患者治疗前后便秘积分对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	13.47±3.83	7.77±3.48 ^{▲※}
对照组	30	15.40±4.13	14.67±4.04

注：▲表示治疗后组内比较：观察组 $P=0.002$ ，对照组 $P=0.751$ ；※表示治疗后两组间比较， $P=0.000$

两组患者便秘治疗有效率见表 2-4，观察组患者总有效率高于对照组，两组患者治疗后便秘有统计学差异 ($P<0.05$)。

表 2-4 两组患者治疗后便秘有效率对比

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	有效率(%)
观察组	30	3	4	19	4	86.7%
对照组	30	1	2	15	12	60%

注：经检验 $\chi^2=3.184$ ， $P=0.028$ ，有统计学差异。

2.4.4 中医证候总积分对比

两组患者治疗前后中医证候总积分见表 2-5，治疗前两组患者中医证候总积分无统计学差异 ($P>0.05$)；组内比较：治疗前后观察组和对照组中医证候总积分都有统计学差异 ($P<0.05$)。组间比较，治疗后观察组与对照组之间有统计学差异 ($P<0.05$)。

表 2-5 中医证候总积分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	26.77±2.69	13.10±3.78 ^{▲※}
对照组	30	26.87±3.91	16.30±3.66 [▲]

注：治疗前两组患者积分比较 $P=0.908$ 。▲表示与治疗前比较，观察组 $P=0.000$ 。对照组 $P=0.000$ ；※表示治疗后组间比较， $P=0.037$ 。

两组患者中医证候有效率见表 2-6，观察组总有效率 (90%) 高于对照组 (76%)，两组患者中医证候有效率对比有统计学差异 ($P<0.05$)。

表 2-6 中医证候有效率对比

组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)
观察组	30	4	23	3	90%
对照组	30	2	21	7	76%

注：经检验 $\chi^2=3.920$ ， $P=0.021$ ，有统计学差异。

2.4.5 中医症状单项积分对比

两组患者治疗前后中医症状单项积分见表 2-7，治疗前两组患者各症状间无统计学差异（ $P>0.05$ ）。组内比较：对照组治疗前后在眩晕、头痛、耳鸣耳聋、盗汗方面具有统计学差异（ $P<0.05$ ）；在急躁易怒、两目干涩、咽干口燥、心悸、失眠方面无统计学意义（ $P>0.05$ ）。观察组治疗前后在眩晕、头痛、耳鸣耳聋、五心烦热、咽干口燥、心悸、盗汗、便秘方面有统计学差异（ $P<0.05$ ），在急躁易怒、两目干涩、失眠方面无统计学差异（ $P>0.05$ ）。组间比较：两组患者治疗后在眩晕、五心烦热、心悸、盗汗、便秘方面具有统计学差异（ $P<0.05$ ），在头痛、耳鸣耳聋、急躁易怒、两目干涩、咽干口燥、失眠方面无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

表 2-7 两组患者中医症状单项积分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

项目		对照组（ $n=30$ ）		观察组（ $n=30$ ）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
主 症	眩晕	4.14±0.25	2.58±0.54 [▲]	3.97±1.03	2.06±0.43 ^{▲※}
	头痛	3.73±0.85	2.05±0.54 [▲]	3.89±0.37	1.98±0.84 [▲]
	耳鸣耳聋	3.20±0.25	2.74±0.63 [▲]	3.04±0.54	2.73±0.52 [▲]
	五心烦热	4.21±1.08	3.97±0.38	4.16±0.54	2.69±0.36 ^{▲※}
	急躁易怒	3.71±0.73	3.62±0.65	3.80±1.09	3.75±0.37
	两目干涩	2.44±0.21	2.39±0.16	2.50±0.18	2.45±0.22
	咽干口燥	1.88±0.25	1.79±0.30	1.96±0.34	1.62±0.17 [▲]
兼 症	心悸	2.30±0.08	1.89±0.24	2.53±0.23	1.50±0.12 ^{▲※}
	失眠	2.58±0.20	2.44±0.15	2.61±0.29	2.55±0.17
	盗汗	2.19±0.24	1.77±0.29 [▲]	2.33±0.19	1.46±0.41 ^{▲※}
	便秘	2.07±0.74	1.93±0.58	2.00±0.74	1.17±0.75 ^{▲※}

注：▲表示治疗前后组内比较， $P<0.05$ ；※表示治疗后组间比较， $P<0.05$ 。

2.4.6 安全性观测

两组患者治疗过程中未出现药物相关性不良反应，4周后随访患者症状未见反复，无试验相关性不适。

第三章 讨论与结论

高血压病是以动脉血压升高为特征性疾病，是全球疾病负担最重的一个。据统计，2017 年全球因高血压病导致 1040 万人死亡，2.18 亿人残疾^[63]。便秘是高血压临床常见合并症，以大便干结难解或粪便不干但排出困难或排便周期延长的状况多见。尽管当前对于高血压病伴便秘的发病机制、治疗方法等各方面的研究十分丰富，临床降压药、通便药种类繁多，但药物的不良反应和由此给患者带来的经济和心理负担也较为沉重，尤其是高血压病病史长、并发症多的患者。由此，无论是疾病本身的危害还是治疗疗效的局限，对缓解患者病情都十分不利。所以，研究高血压病伴发便秘十分有必要。若能从解决便秘角度帮助提高降压疗效则意义重大。

3.1 对高血压病伴便秘的认识

3.1.1 病机认识

高血压病主要归属于中医眩晕病的范畴，病位主要在肝，与肾、胃、肺、脾相关，本文所述高血压病属于八纲辨证之阴虚阳亢证；便秘既是症状也是疾病名称，病位在大肠，与脾、胃、肝、肺、肾相关。高血压病伴便秘，病位涉及肝肾、大肠，病机在于肝肾阴虚，肠燥腑实，本虚标实。根据中医学开阖枢理论和脏腑别通理论，对阴虚阳亢证高血压病伴便秘病机的认识主要从少阴与阳明、太阴与少阴、肝通阳明三方面理解。

3.1.1.1 少阴与阳明

足少阴在五脏应肾，手阳明在六腑应大肠。根据《素问·阴阳离合论》开阖枢理论，六气之中太阳、太阴主开，少阴、少阳主枢，阳明、厥阴主阖。人体气机随太阳而开始生发，借助少阳这个枢纽进入阳明，使得阳气由升转为降，此时太阴开机功能正常，则阳气由阳入阴，由阳明进入太阴，再借助少阴的枢纽进入厥阴，使得气机由降又转为升，最后由厥阴阖再次进入太阳开，如此循环往复，生生不息。人体气机由阳入阴，一方面可温煦脏腑，另一方面气机由阳转阴即是由气化精，濡养脏腑。

阳明以降为顺，若阳明不降则气机无法由阳入阴，主要表现为热和气机不降。热指的是上焦热不能收敛入阴，则现上热证，症见眩晕头痛、面红目赤、心烦失眠等，不降即腑实不通，即便秘。阳明不降，邪热可煎灼少阴之津。《伤寒论》第 320、321、322

条分别记述了少阴病出现“口燥咽干、自利清水心下痛、腹胀不大便”状况时应予大承气汤急下之，此时是少阴阳明合病，仲景以大承气汤急下即是为了保存肾之阴，此为阳明少阴病时的应用典范。由此可见，阳明肠腑畅通是人体气机由阳入阴、肾精化生有源的必要条件。

3.1.1.2 少阴与太阴

从经络循行角度看，足少阴之脉“循喉咙，夹舌本”，足太阴脾经“上膈，夹咽，连舌本，散舌下”说明脾经与肾经经络于舌部相交，脉气相通。由上文开阖枢理论得知气机由阳入阴需太阴开机正常，若太阴不开则造成下焦脏腑无以温煦、濡养，日久则出现虚寒证，尤以人身下部多见，症见乏力、腰酸腿软、畏寒等症。由此，疾病加重，病由太阴脾病转入少阴肾病。

3.1.1.3 肝通大肠

《脏腑别通理论》有别于传统阴阳、表里相合关系，是指手足、脏腑、经络方面的相通。明代李梴在其所著《医学入门·脏腑相通篇》言“肝与大肠相通”。从经络循行角度看，手阳明大肠经“循喉咙入缺盆”，足厥阴肝经“上贯膈，布胁肋，循喉咙之后”。两经脉循行都经过喉咙，说明两经脉气相通。另外，肝开窍于目，肝经“上入颞颥，连目系”，因此目之常异可反应肝脏功能是否正常。《伤寒论》第252条记载“伤寒六气日，目中不了了，睛不合，无表里证，大便难，身微热者，此为实也，急下之，宜大承气汤。”从病理角度证明了通便泻热可治疗眼病、肝病。眩晕病位在肝脏，肝通大肠，因此从通调手阳明大肠的角度可辅助眩晕的治疗。《伤寒论》厥阴病篇以乌梅丸治疗久痢、白头翁汤治疗热毒痢均为从肝论治大肠的代表。

因此，抓住眩晕伴发便秘肝肾阴虚、阳气不降这个病机，便可抓住阴虚阳亢证高血压病伴发便秘的治疗关键。陈士铎在《辨证录》言“人有大便闭结者……人以为火盛闭结也，谁知是肾水之涸乎。夫肾水为肺金之子，大肠与肺为表里，肺能生子，岂大肠独不能生水乎？”由此创“濡肠汤”补肾养血通便。导师以“濡肠汤”为基础易熟地黄为生地黄养阴清热，加入肉苁蓉、芒硝、苦杏仁、生白术、枳壳应用于阴虚阳亢证高血压病伴便秘的治疗，其中生地补肾滋阴，当归生血润肠，肉苁蓉性动以通便，芒硝软坚，苦杏仁配合枳壳降气，合用生白术攻补兼施，本方于老人尤宜，少年肾虚之辈亦可。由

此可见，通腑之实也可补肾之虚。

根据高血压病常见中医证候、历年高血压病治疗指南和高血压病伴发便秘的病因病机，导师以指南推荐的天麻钩藤饮作为阴虚阳亢证高血压病伴便秘的基础方，结合临床便秘治疗经验，发现从滋阴导滞的角度辅助阴虚阳亢证高血压病治疗，往往疗效好于单纯天麻钩藤饮，因此以滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢证高血压病伴便秘的治疗。综上所述，在滋阴通便的准则下以滋阴导滞方辅助降压有据可证。

3.1.2 制方分析

基于阴虚阳亢证眩晕的病理基础可以得出眩晕病伴便秘治疗的关键在于滋阴通便、清除眩晕病发生的通路阻碍。以滋阴导滞方滋阴潜阳、导滞通腑，以助阳气潜藏，阴精化生。方中肉苁蓉、生地黄、桑寄生、杜仲、白术滋肾养肝，加天麻、钩藤平肝潜阳；怀牛膝、石决明、黄芩、栀子、益母草、芒硝清热软坚，引亢逆之气血下行；厚朴、枳壳、苦杏仁宽肠降气，以利于排便；夜交藤、茯神安神，引心神下降内敛，以交肾水。诸药合用，共奏滋阴潜阳、导滞通便之功效。

滋阴导滞方中生地黄为君药，用量独大。《长沙药解》记载生地黄“味甘、微苦，凉血滋肝，清风润木，滋风木而断疏泄，血脱甚良，泽燥金而开约闭，便坚亦效。”可见生地黄不仅对肝肾阴虚、风阳上扰的眩晕具有重要作用，同时还可兼治由阴虚导致的便秘。叶天士言生地黄“气寒益肾，味甘益脾，可交接先后二天，元气与谷气俱纳也。”生地黄清热养阴，临床常用于热甚伤阴而致肠燥便秘。肉苁蓉、当归为臣药，共助生地黄养阴润燥之功。当归，辛、甘、温，归肝、心、脾经，可补血、活血、润肠通便，适用于阴虚不足之肠燥便秘。郑淋之等治疗老年便秘，发现当归熟地养血润燥方可明显改善患者便秘状况和胃肠道功能^[64]。《玉楸药解》言肉苁蓉“味甘、咸，气平，可暖腰膝，健筋骨、滋肾肝精血，润肠胃结燥。”由此观之，肉苁蓉是精亏燥结便秘的良药。张景岳以肉苁蓉为君药创济川煎治疗肾虚便秘，言“如气虚者，但加人参无碍；如有火，加黄芩；如肾虚，加熟地。”《重订通俗伤寒论》评价此方，言“夫济川煎，注重肝肾，以肾主二便，故君以苁蓉、牛膝滋肾阴以通便也。”苦杏仁、枳壳、厚朴、芒硝为佐药，升麻反佐，帮助患者通腹排便。苦杏仁，味苦制肺，制则生化，则肺气下行。肺与大肠相表里，肺主气，大肠的传导功能是否正常与肺气肃降功能息息相关，所以大肠有病则

可治肺，大肠气秘而便难者可用之。徐立宇发现苦杏仁治疗大鼠慢传输型便秘可能与苦杏仁可以促进 c-kit 表达、修复结肠中 Cajal 间质细胞有关^[65]。芒硝，《本草经解》记载“芒硝入太阳，苦寒下泄，咸以软坚，而陈者下而新者可进也，苦寒治燥热之邪气”。芒硝咸寒，一可清肠腑之热，又可软化燥屎，在枳壳帮助下推动糟粕外排。升麻为“阴中之阳，能升阳气于至阴之下”，便秘病机为腑气不降，但人体气机最是升降相因，有降必有升，因此在诸降气药中稍稍反佐一味升提药，使气机升降有序。

3.1.3 临证应用

若患者兼见脾虚症状：于原方中加入生白术 30g、生姜 10g、法半夏 10g、黄芩 12g、党参 10g，补脾益气，开太阴以助阳明通降。方中半夏，又名“地文、守田”，龚廷贤《七十二候歌》记载“夏至才交阴始生……细细田间半夏生”，该记录与现代半夏于夏至节气前后采收一致，此时我国夏日过半，昼最长夜最短，阳盛极而一阴生，由此得名半夏^[66]。半夏与生姜配伍，生姜可解半夏毒。黄芩，味苦平，可清热，与半夏配伍，辛开苦降，畅达脾胃升降之机，辅助人体气机通降，使阳入于阴。临床多用来祛痰燥湿，治疗脾湿痰饮内停之眩晕、呕恶等。黄元御言白术“味甘、微苦，最益脾精，可止渴生津，降浊阴而进饮食。”与枳壳相配，治疗便秘兼有脾虚之症，取枳术丸之意。侯文肖等重用生白术治疗脾虚性便秘，体现了中医塞因塞用治则^[67]。

阴虚阳亢证眩晕伴发便秘属于本虚标实、虚实夹杂证，辨证主要依据一看二听三切脉。若患者面红话多语快，切诊寸脉虚大尺脉沉弱，则可确诊，予滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗，往往效果满意，但需注意中病即止。临床患者病情复杂多变，尤其是高年久病患者，一旦见患者大便得通，即去掉方中芒硝、升麻、苦杏仁、枳壳等药物或将药物减量，避免患者由便秘演变为腹泻。若患者除上述症外还可见纳呆、脘腹满闷、舌苔薄腻等脾虚症状，则常于方中加入生白术、半夏、黄芩、党参、生姜诸药，以健脾助运。

3.1.4 现代药理分析

生地黄：现代药理证明，生地黄可以促进造血细胞功能，增加小鼠心肌血流、降低血压的作用^[68]。除此之外，地黄还有抗炎、抗肿瘤、镇静作用，对促进肾组织合成蛋白十分重要。地黄中含有的多糖类可以增强细胞免疫，提高淋巴细胞和蛋白质合成^[69]。地

黄中新发现的酰胺和羟基肉桂酸衍生物经过波普解释后发现化合物 1-7 对 LPS 诱导的正常大鼠肾小管上皮样细胞损伤有保护作用^[70]。

肉苁蓉：肉苁蓉中含有的苯乙醇苷类能够促进体内相关递质和激素的释放，从而提高身体抗疲劳机能，达到补肾虚的目的^[71]。肉苁蓉水溶液可以抑制大肠对水分的吸收，同时增强小鼠肠蠕动，起到治疗便秘的作用^[72]。孙云等发现肉苁蓉可以改善衰老小鼠肝细胞超微结构、促进衰老肝细胞恢复，起到保肝作用^[73]。

当归：当归在诸多补血药中被称为“补血要药”。当归中含有的多糖可以促进造血细胞分化、增殖，促进造血因子释放，达到补血目的^[74]。当归对高血压病的调节作用可能与血清炎性因子、血浆血栓素有关^[75]。王尧认为当归挥发油可能是通过钙信号通路、神经活性配体-受体相互作用通路调节、控制血压^[76]。

芒硝：芒硝的泻下作用与所含 $\text{Na}_2\text{SO}_4 \cdot 10\text{H}_2\text{O}$ 密切相关，该成分可以明显减少小鼠扭动次数，增加小鼠肠推进率^[77]。

苦杏仁：苦杏仁油中含有的杏仁蛋白及其水解物具有降血脂的功能，这对辅助心脑血管疾病的治疗作用重大^[78]。苦杏仁含有的脂肪中 95% 以上成分是不饱和脂肪酸，研究表明不饱和脂肪酸在降血脂和抗血栓方面对人体有重要应用价值^[79]。

天麻：研究表明天麻具有降低血脂和血压、减缓氧化、抗疲劳等作用^[80]。天麻素可以降低脑内多巴胺含量，发挥镇静、催眠作用^[81]。丁诚实等发现天麻糖蛋白对延长凝血时间、抑制血小板聚集作用明显，具有显著的抗血栓、抗凝作用^[82]。王焕军等发现天麻可以通过抑制血管炎性物质释放降低自发性高血压大鼠的收缩压^[83]。

钩藤：研究表明，钩藤可以降低大鼠自发性高血压，降压机制可能与改善维生素和氨基酸代谢相关^[84]。钩藤可能是通过干预钙通道和钾通道发挥舒张血管、降低血压的作用^[85-86]。

枳壳：枳壳中主要成分有黄酮、挥发油、生物碱、苯丙素四类^[87]。枳壳总黄酮能够加速胆固醇在肠道代谢、降低血脂^[88]。研究表明橙皮苷属于黄酮类物质，可以通过抑制肝细胞凋亡、降低肝组织中环氧合酶 2 的活性发挥保肝作用^[89]。同时，枳壳中的黄酮和挥发油还能够增强胃动力，起到缓解便秘的作用^[90]。

3.2 临床结果分析

本研究主要针对阴虚阳亢证原发性高血压病伴便秘患者，两组病例最终共完成 60 例，其中对照组和观察组各 30 例。两组患者均给予高血压和便秘的健康宣教和 CCB 类降压药。对照组予天麻钩藤饮治疗，观察组在对照组基础上予滋阴导滞方治疗，以 SPSS 23.0 作为统计软件，治疗前比较两组患者在性别、年龄、高血压病史、便秘病史差异性，结果显示以上各项资料无统计学差异，有可比性。

(1) 年龄对比：由统计结果得知，两组高血压病伴便秘患者年龄范围集中在 40~70 岁，《黄帝内经》记载“五八肾气衰……六八阳气衰竭于上……七八肝气衰”，此时间段内人体生理变化与本研究眩晕伴便秘的发病机理一致。人体大约至五八四十岁后肾气开始衰败，阳气逐渐减弱，身体机能慢慢退化。根据五行相生理论，肾为肝之母，肾气虚日久，自然不能养肝阴，所以出现肝气衰，肝阴渐损，肝阴无以敛肝阳，所以肝阳易上亢化火，粪便则易燥化。这正是阴虚阳亢证高血压病伴便秘的发病机制。该病的发生除了人体的生理基础，还与社会精神压力相关。人至中年易发本病可能与家庭责任大、社会负担重有关。研究发现，心理压力可以引起神经内分泌和免疫系统改变导致高血压病^[91]。

(2) 便秘对比：组内比较发现对照组治疗后便秘积分有所下降但无统计学差异，说明对照组便秘状况虽有改善但不明显，天麻钩藤饮对患者便秘的改善状况有待提高。组间比较发现治疗后观察组便秘改善状况明显优于对照组 ($P<0.05$)，说明以滋阴导滞方在改善阴虚阳亢证高血压病患者便秘方面疗效显著。便秘的发生与年龄、性别、饮食、疾病等多个因素相关，对高血压患者影响重大^[92]。高血压病伴发便秘患者若排便时用力过大，使得血压突然升高，有血管破裂出血的风险^[93]。老年性便秘若合并心脑血管疾病，往往是一个致命的危害因素^[94]。滋阴导滞方中芒硝软坚散结，苦杏仁肃降肺气，助枳壳、厚朴宽肠下气，推动粪便排出。因此以滋阴导滞方通便辅助阴虚阳亢证高血压病的治疗，对防止高血压病情恶化、改善患者生活质量、减少并发症的出现十分重要。

(3) 血压对比：组内比较 DBP 未见明显变化 ($P>0.05$) 可能与中老年患者血管顺应性下降有关。组间比较发现治疗后观察组患者 SBP 下降较对照组明显 ($P<0.05$)。说明天麻钩藤饮联合滋阴导滞方治疗阴虚阳亢证高血压病患者便秘的同时可以辅助患者降低 SBP，这可能与滋阴导滞方帮助患者解决排便困难，减轻患者因排便引发的焦虑

有关。

(4) 中医证候积分：组内比较：两组患者治疗前后中医证候总积分均有下降 ($P < 0.05$)；组间比较，观察组中医证候改善程度优于对照组 ($P < 0.05$)，说明滋阴导滞方联合天麻钩藤饮在中医证候的整体调节方面优于单一天麻钩藤饮，滋阴导滞方在治疗便秘的同时可能有助于患者其他症状的改善。两方合用，眩晕与便秘兼顾，符合中医整体观念，因此治疗高血压病伴便秘应该立足整体、统筹治疗。

(5) 中医单项症状积分对比：组内比较发现两组患者在眩晕、头痛、耳鸣耳聋都改善明显 ($P < 0.05$)，组间比较发现观察组在眩晕、五心烦热、心悸、盗汗方面效果优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者各项得分都在下降，说明以联合天麻钩藤引作为阴虚阳亢证高血压病的基础治疗，方案选择正确。眩晕、头痛病位在头，人体上部为阳，火曰炎上，肝阴不足则阴不敛阳，因此眩晕、头痛为虚火上炎的结果。方中石决明、牛膝、黄芩引火热下行，助天麻、钩藤平肝熄风。中医认为“鸣为聋之始，聋为鸣之渐”，肾开窍于耳，肾精不足，耳窍失养则轻者耳鸣、重听，重者表现为耳聋失聪。患者肝肾阴虚为本，虚火内灼，因此易发盗汗；手厥阴心包经循行于手心，足少阴肾经循行于足心，现肾阴不足，无以济心阴，所以出现五心烦热、心悸。方中生地黄、肉苁蓉、知母、桑寄生、栀子滋补肾阴，清热除烦，治疗肝肾阴虚，肾阴充足则心神得养，烦热、心悸自除。

(6) 安全性观测：两组患者在 2 周的治疗过程中未出现药物不良反应，4 周后随访患者症状未见反复，无试验相关性不适。这与中医辨证准确有关。天麻钩藤饮是阴虚阳亢证眩晕的指南推荐方，临床疗效确切^[48]。徐佳发现天麻钩藤饮能够干预肝阳上亢型高血压患者的 RAAS 系统、改善血管内皮细胞功能从而达到降压目的^[95]。袁满发现以硝苯地平缓释片联合天麻钩藤饮治疗高血压病，治疗组在总有效率、SBP、DBP、血清 Res 水平方面均优于单用硝苯地平组^[96]。滋阴导滞方是临床导师根据中医开阖枢理论和脏腑别通理论创制而成，是临床用来治疗阴虚阳亢证高血压病伴便秘的常用方，具有深厚的理论基础和实践经验。

3.3 结论

(1) 滋阴导滞方联合天麻钩藤饮可以有效改善患者整体症状，尤其在眩晕、五心

烦热、心悸、盗汗、便秘方面效果显著。

(2) 滋阴导滞方能有效改善阴虚阳亢证高血压患者的便秘症状，同时辅助降低患者的 SBP。

(3) 以滋阴导滞方结合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢证原发性高血压伴便秘病，临床疗效稳定、安全。

(4) 滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢证高血压病伴便秘整体疗效优于天麻钩藤饮，值得临床推广。

3.4 不足与展望

本研究是基于研究生 3 年期间跟诊导师治疗经验的积累和临床疗效的观察，结合对已学中医理论的理解而作，研究尚有不足之处：

(1) 本论文案例来源于临床导师的医案，由于疫情影响，纳入样本量小，本研究缺少大样本量的临床研究。

(2) 本文从中医滋阴导滞角度辅助高血压病的治疗，作用机制需要更多药理、实验探究。

(3) 除了对阴虚阳亢证高血压病伴便秘的降压有意义，滋阴导滞法对其他类型的高血压病伴便秘是否同样具有辅助降压作用仍然需要更多的临床观察与分析。

(4) 虽然患者服用 CCB 类药物也有发生便秘的可能，但仍不能排除其他可能导致便秘的因素。因此，本方对临床服用 CCB 类药物患者发生的便秘和其他原因引起的属于阴虚阳亢证眩晕合并便秘者疗效是否有差异仍然需要进一步研究。

虽然高血压病是一个发病率高、并发症多且影响重大的疾病，但是随着人们健康意识的加强，对本病越来越重视，治疗越来越及时、规范，相信患者病情将进一步得到改善。中医学是华夏民族祖先留给我们的宝贵资源，中医治未病思想强调未病先防、已病防变，尤其对于高血压伴便秘这种发病率高、危害大的疾病，运用中医整体观念进行辨证论治对于高血压病前期高危因素多的人群不仅可以起到提前预防作用，还能尽量减缓已患高血压病并发症的出现，为患者和国家减轻巨大的负担。因此从传统中医药角度探讨高血压伴便秘的治疗前景广阔。自全球新冠病毒疫情以来，中医学在抗击疫情中发挥了无可替代的巨大作用，在国内外广受好评，由此还带来了学习中医的热潮。随着越

来越多中医人的学习、研究，临床案例和治疗经验的不断累积，相信关于高血压病及由高血压病引发的并发症的治疗方式也会越来越多样，治疗效果也会越来越满意。

参考文献

- [1] 《中国心血管健康与疾病报告 2019》节选：高血压部分[J]. 中华高血压杂志, 2021, 29(3): 203-214.
- [2] 大石充, 任常陵. 老年高血压的概念及临床特征[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2007, 8(10): 1-3.
- [3] Hee-sook lim, Tae-hee kim, Hae-hyeog lee, et al. Hypertension and Age at Onset of Natural Menopause in Korean Postmenopausal Women: Results From the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2008 – 2013)[J]. Maturitas, 2016, 90(14): 17-23.
- [4] Yeasmin n, Akhter q s, Mahmuda s, et al. Association of Hypertension with Serum Estrogen Level in Postmenopausal Women.[J]. Mymensingh Medical Journal : Mmj, 2017, 26(3): 635-641.
- [5] 国家基层高血压防治管理指南 2020 版[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021, 13(4): 26-37.
- [6] 段金利. 原发性高血压并发肾病患者尿微量清蛋白/尿肌酐比值与心率变异性的相关性研究[J]. 现代检验医学杂志, 2021, 36(3): 122-127.
- [7] Li jian-jun, Yeo khung keong, Tan kathyrn, et al. Tackling Cardiometabolic Risk in the Asia Pacific Region[J]. American Journal of Preventive Cardiology, 2020, 4.
- [8] Patricia m kearney, Megan whelton, Kristi reynolds, et al. Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data[J]. The Lancet, 2005, 365(9455): 217-223.
- [9] Katherine t. mills, Joshua d. bundy, Tanika n. kelly, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: a Systematic Analysis of Population-based Studies From 90 Countries[J]. Circulation, 2016, 134(8): 441-450.
- [10] 赵冬. 中国成人高血压流行病学现状[J]. 中国心血管杂志, 2020, 25(6): 513-515.
- [11] Zengwu wang, Zuo chen, Linfeng zhang, et al. Status of Hypertension in China: Results From the China Hypertension Survey, 2012-2015[J]. Circulation, 2018.
- [12] Kolifarhood goodarz, Daneshpour maryam s, Zahedi asiyeh sadat, et al. Familial Genetic and Environmental Risk Profile and High Blood Pressure Event: a Prospective Cohort of Cardio-metabolic and Genetic Study.[J]. Blood Pressure, 2021, 30(3): 196-204.
- [13] Eales james m., Jiang xiao, Xu xiaoguang, et al. Uncovering Genetic Mechanisms of Hypertension

- Through Multi-omic Analysis of the Kidney[J]. *Nature Genetics*, 2021, 53(5).
- [14] 陈思. 不同年龄段女性高血压患者的盐敏感性研究[D]. 广州医科大学, 2015.
- [15] 吴洁, 杨华凤, 戚圣香, 等. 成年男性吸烟和身体活动不足与高血压、糖尿病和血脂异常的关联研究[J]. *中华健康管理学杂志*, 2021, 15(2): 138-143.
- [16] Tacconelli, Bruno, Grande, et al. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Cardiovascular Safety - Translating Pharmacological Data Into Clinical Readouts[J]. *Expert Opinion on Drug Safety*, 2017, 16(7): 157-175.
- [17] Wang ruonan, Bai zhao, Zhang desheng, et al. Mediating Effects of Insulin Resistance on the Development of Hypertension Associated with Elevated Serum Uric Acid: a Prospective Cohort Study[J]. *Journal of Human Hypertension*, 2021, 32(5): 186-194.
- [18] Speer h, D'cunha n m, Naumovski n, et al. Sex, Age, Bmi, and C-reactive Protein Impact the Odds of Developing Hypertension - Findings Based on Data From the Health and Retirement Study (hrs).[J]. *American Journal of Hypertension*, 2021, 36(4): 212-217.
- [19] 马淑婧, 羊柳, 赵敏, 等. 1991-2015 年中国儿童青少年血压水平及高血压检出率的变化趋势[J]. *中华高血压杂志*, 2021, 29(2): 200.
- [20] 时磊, 王莉, 梁声茹, 等. 青中年时期体重状态变化与中老年时期高血压的关系[J]. *国际内分泌代谢杂志*, 2021, 41(2): 100-104.
- [21] Akpa onoja matthew, Okekunle akinkunmi paul, Asowata jeffery osahon, et al. Passive Smoking Exposure and the Risk of Hypertension Among Non-smoking Adults: the 2015-2016 Nhanes Data.[J]. *Clinical Hypertension*, 2021, 27(1): 1-12.
- [22] Daniele melo sardinha, Ana gracinda ignácio da silva, Sandra gouveia gomes, et al. Cardiovascular Risk Factors in Nurses Teachers[J]. *Cardiology and Angiology: an International Journal*, 2020, 9(1): 9-17.
- [23] Maryam navabzadeh, Fataneh hashem-dabaghian, Toba kazemi, et al. Effect of a Persian Medicine Preparation, Ma'aljobon, on Constipation in Patients with Hypertension[J]. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2019, 24(1).
- [24] Sundb?ll jens, Szépligeti szimonetta komjáthiné, Adelborg kasper, et al. Constipation and Risk of

- Cardiovascular Diseases: a Danish Population-based Matched Cohort Study.[J]. Bmj Open, 2020, 10(9).
- [25] 王宇, 徐颖颖, 张相彩, 等. 钙离子拮抗剂类降压药的临床应用及不良反应[J]. 中国现代应用药学, 2015, 32(3): 385-390.
- [26] 李静. 钙离子拮抗剂类降压药的临床应用及不良反应[J]. 中国医药指南, 2019, 17(32): 34-35.
- [27] 丁健华, 莫鹏. 有几类疾病遇上便秘会“雪上加霜” [J]. 家庭医学(下半月), 2020, 650(12): 22-23.
- [28] Domaga?a-rodacka renata, Cibor dorota, Szczeklik katarzyna, et al. Gastrointestinal Tract as a Side-effect Target of Medications.[J]. Przegląd Lekarski, 2016, 73(9).
- [29] Lin ziyang, Wong louisa y f, Cheung bernard m y. Diuretic-induced Hypokalaemia: an Updated Review.[J]. Postgraduate Medical Journal, 2021.
- [30] 张荣杰, 张永红, 董彩云. 心血管疾病患者便秘的相关因素及对策[J]. 中国社区医师, 2006(22): 25.
- [31] Samia gomes, Yeda aparecida de oliveira duarte, Jair licio ferreira santos. Intestinal Constipation in the Elderly and Associated Factors – Sabe Study[J]. Journal of Coloproctology, 2019, 39(2).
- [32] J. y. chang, G. richard locke, C. d. schleck, et al. Risk Factors for Chronic Constipation and a Possible Role of Analgesics[J]. Neurogastroenterology & Motility, 2007, 19(11).
- [33] 崔红. 便秘的早期护理干预在急性心肌梗死护理中的重要性[J]. 中国社区医师(医学专业), 2013, 15(9): 302.
- [34] 唐玉黎, 李泉红. 通腑降浊法治疗高血压的研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(14): 43-45.
- [35] Elena salmoirago-blotcher, Sybil crawford, Elizabeth jackson, et al. Constipation and Risk of Cardiovascular Disease Among Postmenopausal Women[J]. The American Journal of Medicine, 2011, 124(8).
- [36] 袁绍伦, 袁寰, 张涛, 等. 老年人便秘致严重心血管事件 9 例[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(17): 13-14.
- [37] 马爱娣, 彭东玲. 便秘对 H 型高血压患者 HCY、血压的影响与护理措施分析[J]. 人人健康, 2018, 483(22): 169.

- [38] 刘宝新. 耳穴贴压治疗原发性高血压 1 级患者临床疗效观察[J]. 中国农村卫生, 2019, 11(4): 30.
- [39] 汪荣泉, 陈颖元. 老年人慢性便秘与心血管疾病的关联性[J]. 中国临床保健杂志, 2019, 22(1): 22-24.
- [40] 魏利军. 品管圈活动对心血管疾病患者便秘的影响分析[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(9): 159-161.
- [41] 索萌萌. 运动疗法对高血压治疗效果的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2019, 41(6): 475-476.
- [42] 贺枝, 刘芳超, 李建新, 等. 中国农村地区高血压患者果蔬摄入对血压进展的影响研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2021, 25(3): 276-283.
- [43] Costilla vanessa c, Foxx-orenstein amy e. Constipation: Understanding Mechanisms and Management.[J]. Clinics in Geriatric Medicine, 2014, 30(1): 21-24.
- [44] 甘宏伟. 以大黄为主要成分药物治疗高血压改善症状效果探究[J]. 生物技术世界, 2016, 98(1): 156.
- [45] 张素卿, 李小慧. 麻子仁丸加味治疗老年功能性便秘 40 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2012, 28(6): 35-36.
- [46] Kamiński mikołaj, Skonieczna-Łydecka karolina, Łoniewski igor, et al. Are Probiotics Useful in the Treatment of Chronic Idiopathic Constipation in Adults? a Review of Existing Systematic Reviews, Meta-analyses, and Recommendations.[J]. Przegląd Gastroenterologiczny, 2020, 15(2): 20-36.
- [47] 王琳琳. 双歧杆菌对便秘的影响及其作用机理研究[D]. 江南大学, 2017.
- [48] 王丽颖, 刘兴方, 刘孟宇, 等. 高血压病中医诊疗指南释义[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(10): 3577-3579.
- [49] 中国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): 217-221.
- [50] 张磊, 郭伟星. 从六经气化浅谈原发性高血压病的中医病机[J]. 中医杂志, 2011, 52(8): 653-655.
- [51] 边显飞, 姜萍. 高血压病与六经辨证的关系[J]. 中医学报, 2015, 30(1): 68-70.
- [52] 李晓燕. 乳果糖治疗老年 2 型糖尿病高血压功能性便秘的效果研究[J]. 中国实用医药, 2020, 15(30): 143-144.

- [53] 冯艳. 胆宁片治疗高血压便秘的疗效观察[J]. 中国现代医药杂志, 2012, 14(10): 83-84.
- [54] 马进才, 马珍珍, 虎鹏, 等. 防风通圣丸治疗老年便秘伴发高血压的疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(6): 55-57.
- [55] 金银顺. 中西医结合治疗老年便秘伴高血压病的临床分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3(5): 42-43.
- [56] 高志发, 梁进, 王德海. 六味安消胶囊治疗高血压伴发功能性便秘 62 例疗效观察[J]. 中国社区医师, 2009, 25(12): 42.
- [57] 陈建华, 侯丽明. 耳穴埋豆配合健康教育治疗老年高血压患者功能性便秘的疗效与卫生经济学比较观察[J]. 四川中医, 2016, 34(1): 203-205.
- [58] 赵云霞. 穴位按摩在中老年高血压合并便秘患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(2): 158-160.
- [59] 中国高血压防治指南(2018 年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019, 24(1): 24-56.
- [60] 《中医内科常见病诊疗指南》发布[J]. 中华中医药杂志, 2008(9): 848.
- [61] 张兰凤. 高血压中医诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(23): 108-109.
- [62] 王垂杰. 功能性便秘诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(17): 127-128.
- [63] Zhou bin, Perel pablo, Mensah george a, et al. Global Epidemiology, Health Burden and Effective Interventions for Elevated Blood Pressure and Hypertension.[J]. Nature Reviews. Cardiology, 2021.
- [64] 郑淋之, 李亚玲, 何裕智, 等. 当归熟地养血润燥方治疗老年功能性便秘的疗效及对胃肠道功能、腹部肌群肌电图指标的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(6): 103-106.
- [65] 徐立宇, 陈旭娇, 陈新宇. 苦杏仁对老年慢传输型便秘大鼠结肠 Cajal 间质细胞的影响[J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(9): 1005-1009.
- [66] 高鹏, 汤红芳. 芒种 夏至 顺应阳气调身体[J]. 中医健康养生, 2021, 7(6): 26-28.
- [67] 侯文肖, 方晗语, 姜萌, 等. “塞因塞用法”在老年脾胃虚寒性便秘治疗中的运用探析[J]. 中日友好医院学报, 2020, 34(6): 363, 367.
- [68] 赵菊宏. 地黄的药理学分析以及临床应用[J]. 中国医药指南, 2010, 8(29): 209-210.
- [69] 李更生, 于震王, 慧森. 地黄化学成分与药理研究进展[J]. 国外医学(中医中药分册), 2004, 28(2): 74-78, 104.

- [70] Liu yanling, Cao yangang, Kan yuxuan, et al. Renoprotective Activity of a New Amide and a New Hydroxycinnamic Acid Derivative From the Fresh Roots of *Rehmannia Glutinosa*. [J]. Journal of Asian Natural Products Research, 2021, 48(10): 50-57.
- [71] 李福香, 徐敏, 王键, 等. 肉苁蓉的药理学研究现状与展望[J]. 安徽农学通报, 2006, 18(13): 92-93.
- [72] 张百舜, 鲁学书, 张润珍, 等. 肉苁蓉的通便作用[J]. 中药材, 1992, 27(7): 33-35.
- [73] 孙云, 王德俊, 盛树青, 等. 新疆肉苁蓉对小鼠衰老模型肝和大脑皮质影响的透射电镜观察[J]. 中药新药与临床药理, 1997, 32(1): 31-33.
- [74] 赵静, 夏晓培. 当归的化学成分及药理作用研究现状[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(6): 172-174.
- [75] 蔡大振, 张霞. 当归对高血压病患者中医证候疗效、血清炎症因子、血浆血栓素及前列环素水平的影响研究[J]. 中医临床研究, 2019, 11(32): 37-39.
- [76] 王堯, 张小飞, 邹俊波, 等. 当归挥发油治疗高血压药理机制的网络分析[J]. 天然产物研究与开发, 2021, 33(4): 657-666.
- [77] 李敏, 王斌, 唐志书, 等. 芒硝及其主成分抗炎镇痛泻下效应差异研究[J]. 中药药理与临床, 2012, 28(5): 55-57.
- [78] 时登龙, 刘代缓, 曹喆, 等. 苦杏仁药理作用及炮制工艺研究进展[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(12): 106-109.
- [79] 杨国辉, 魏丽娟, 王德功, 等. 中药苦杏仁的药理研究进展[J]. 中兽医学杂志, 2017, 197(4): 75-76.
- [80] 魏富芹, 黄蓉, 何海艳, 等. 天麻的药理作用及应用研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(11): 72-76.
- [81] 邹宁, 吕剑涛, 薛仁余, 等. 天麻素对小鼠的镇静催眠作用[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(4): 807-809.
- [82] 丁诚实, 沈业寿, 李赓, 等. 天麻糖蛋白的抗凝与抗栓作用[J]. 中国中药杂志, 2007, 27(11): 1060-1064.
- [83] 王焕军, 杨雯晴, 于瑞雪, 等. 基于代谢组学技术的天麻降血压作用研究[J]. 中国中西医结合杂

- 志, 2020, 40(3): 324-330.
- [84] Tian zhenhua, Zhang shiming, Wang huanjuan, et al. Intervention of Uncaria and Its Components on Liver Lipid Metabolism in Spontaneously Hypertensive Rats[J]. *Frontiers in Pharmacology*, 2020, 45(5): 34-38.
- [85] Ting li, Ke xu, Delu che, 等. Endothelium-independent vasodilator effect of isocorynoxine in vitro isolated from the hook of *Uncaria rhynchophylla* (Miquel).[Z], 2018: 1285-1293.
- [86] Wei-jing yun, Xin-yue zhang, Tian-tian liu, 等. The inhibition effect of uncarialin A on voltage-dependent L-type calcium channel subunit α -1C: Inhibition potential and molecular stimulation.[Z], 2020: 1022-1030.
- [87] 龚斌, 李琴, 胡小红, 等. 枳壳化学成分及药理作用研究进展[J]. *南方林业科学*, 2019, 47(3): 40-45.
- [88] 李顺文, 吴琦, 赵诗云, 等. 枳壳总黄酮降血脂作用的实验研究[J]. *实用中西医结合临床*, 2013, 13(3): 91-94.
- [89] 王雯, 李俊, 李荣, 等. 橙皮苷对非酒精性脂肪肝大鼠 COX-2 表达及活性的影响[J]. *安徽医科大学学报*, 2011, 46(9): 897-901.
- [90] 柏晓武, 蒋以号, 林森. 枳壳胃肠动力学研究概况[J]. *江西化工*, 2013, 110(2): 65-66.
- [91] Ushakov alexey v, Ivanchenko vera s, Gagarina alina a. Psychological Stress in Pathogenesis of Essential Hypertension.[J]. *Current Hypertension Reviews*, 2016, 12(3): 42-54.
- [92] Barry l werth, Sybele-anne christopher. Potential Risk Factors for Constipation in the Community.[J]. *World Journal of Gastroenterology*, 2021, 27(21): 2795-2817.
- [93] 胡智, 王吉. 老年人便秘的危害与防治[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2010, 18(7): 975.
- [94] 吕恒刚, 宋云平, 郭莘. 便秘的危害及预防[J]. *解放军预防医学杂志*, 2019, 37(8): 198.
- [95] 徐佳, 何艳丽, 李琪. 天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢证型(高血压)临床研究[J]. *湖北中医药大学学报*, 2021, 23(3): 15-18.
- [96] 袁满. 天麻钩藤饮联合硝苯地平治疗高血压患者的疗效及其对血清 Res、APN 水平的影响[J]. *心血管康复医学杂志*, 2021, 30(2): 195-198.

附 录

附录一：高血压分级表

类别	收缩压（SBP） （mmHg）	舒张压（DBP） （mmHg）
正常血压	<120	<80
正常高压	120~139	80~89
高血压	≥140	≥90
1 级高血压（轻度）	140~159	90~99
2 级高血压（中度）	160~179	100~109
3 级高血压（重度）	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90

注：当患者血压处于不同级别时，以较高血压为准

附录二：知情同意书

尊敬的患者：

您好，我们诚挚邀请您参加一项名为“滋阴导滞方联合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢证高血压病伴便秘的临床观察”的临床试验。为了确保您的合法权益，请您仔细阅读以下内容：

一、研究目的

伴随我国老年化社会发展，高血压病愈渐多发，临床经验表明便秘与高血压之间关系密切，因此能否通过治疗便秘达到帮助患者降压的目的意义重大。本研究是为进一步改善原发性高血压伴便秘患者的生活质量，提高患者综合疗效而实施。通过与 CCB 类降压药联合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢证高血压病伴便秘患者疗效的对比，观察 CCB 类降压药联合天麻钩藤饮、滋阴导滞方治疗阴虚阳亢证高血压病伴便秘的有效性与安全性。

二、研究方法

本次实验依据双盲原则，实施者将会按照随机数字法将收集到的阴虚阳亢证高血压病伴便秘病例分为对照组和观察组，其中对照组予西药 CCB 类降压药和天麻钩藤饮治疗，观察组在对照组基础上予滋阴导滞方治疗。临床医生将在治疗前、治疗后对您进行相关的信息采集和治疗效果评价。

三、可能存在的风险

如您的健康因本次临床试验受到相关损害，请及时与本次的研究医生联系，我们将根据您的身体状况安排相应的治疗措施。

四、受益

凡参与本次试验的患者将由临床经验丰富的医生为您检查、治疗，为了保障您的合法权益，我们制定了详细的临床试验计划，并会严格按照计划方案执行。此试验方案通过了医院伦理委员会的批准。同时，本次研究需要您严格遵循医嘱，积极配合临床医生完成相关的检查、治疗、问卷调查及回访。

五、自愿参加与退出：

参与本次试验前请您充分了解本次临床试验的目的、意义、方法及可能存在的风险，

然后自主决定是否参与本次试验治疗。无论您是否出现与本次试验有关的损害，您都有权决定在本试验的任何阶段退出，中途退出不会影响您病情的正常治疗。

六、保密责任

本次研究将对您的个人资料与研究结果进行保密，您的合法权益不会受到损害。

如果您已充分理解了本次临床试验的目的、意义、方法及可能存在的风险，自愿参与本次临床试验，配合临床医生指导，接受相关检查与治疗，如实反映自己病情变化，请在下方签字确认。

受试者签字：

时间：

附录三：便秘患者自评表

(patient assessment of constipation symptom, PAC-SYM)

姓名： 性别： 年龄： 第 X 次调查 得分： 日期

症状		严重程度（likert 5 级评分法）				
		无	轻微	中等	严重	非常严重
		0 分	1 分	2 分	3 分	4 分
粪便性状	粪质坚硬					
	粪量少					
直肠症状	排便次数少					
	排便费力					
	排便疼痛					
	排便不尽感					
	有便意难排出					
	直肠出血或撕裂					
	直肠烧灼感					
腹部症状	胃痛					
	胃部痉挛疼痛					
	胃部胀满					
评分						

附录四：中医症候积分表

姓名： 性别： 年龄： 第 X 次调查 得分： 日期：

主症	0 分	2 分（轻）	4 分（中）	6 分（重）
眩晕	无眩晕	头晕眼花 时作时止	视物旋转 不能行走	眩晕欲扑 不能站立
头痛	无头痛	轻微头痛 时作时止	头痛可忍 持续不止	头痛难忍 上冲额顶
急躁易怒	无急躁易怒	偶有心烦急躁	心烦急躁 遇事易怒	烦躁易怒 不能自制
腰酸	无腰酸	晨起腰酸 捶打可止	持续腰酸 劳作加重	腰酸如折 休息不止
膝软	无膝软	微觉膝软乏力	腰酸不任重物	腿软不欲行走
五心烦热	无五心烦热	晚间手足心热	心烦手足灼热	烦热不欲衣被
耳鸣耳聋	无耳鸣耳聋	轻微耳鸣	耳鸣重听 时作时止	耳鸣不止 听力减退
兼症	0 分	1 分（轻）	2 分（中）	3 分（重）
面红	无面红	面微红赤	面赤明显	面红如妆
两目干涩	无目干涩	偶有发生	常觉两目干涩	两目干涩 持续不解
咽干口燥	无咽干口燥	口微干晨起口苦	口干少津 口苦食不知味	口干时饮水 口苦而涩
虚热盗汗	无虚热盗汗	偶有发热盗汗	常常发热盗汗	常常汗出不止
心悸	无心悸	偶见轻微心悸	心悸阵作	心悸怔忡
失眠	无失眠	睡眠稍减少	时见失眠	不能入睡
便秘	无便秘	大便干/黏腻 每日一行	大便干结/黏 两三日一行	大便艰难 数日一行
舌象	舌淡红薄白苔	舌红苔薄黄	舌红少苔	舌红降有裂纹
脉象	脉平	弦细	弦细数	细数无力

致 谢

转眼间 3 年研究生生活已逝，刚入学时的场景仍然历历在目。这 3 年的生活、学习应该说非常忙碌，同时也丰富了我的专业知识，也扩宽了我的人生视野，使我变得更加成熟稳重。

感谢学校马晓莉老师和张百霞老师的关心和教导，跟随您们野外采集中药的日子让原本枯燥乏味的学习充满了欢乐，您们的认真与真诚让我历久难忘。论文写作过程中的艰难让我好多次想要放弃，幸亏马老师的安慰和耐心指导，我才坚持到了最后。感谢保定市第一中医院赵秀君导师谆谆教诲，正是您日常工作中对经方的坚持才让我看到经方真实而不凡的疗效，您的言传身教使得我对中医的学习充满信心，学习方向由杂乱无章变得明确清晰。感谢家人对我默默无闻的付出，这 30 年来学习表面看是我的坚持其实更多是你们的不放弃，是你们的爱和坚守让我没有放弃医学的道路。我的每一步成长都依托着你们的信任和支持。

最后感谢同学们的陪伴与关爱，因为“志同道合”，我们得以从五湖四海相聚在一起，一起探讨、共同进步。学生时代的美好生活马上结束，以后的从医之路我一定更加努力奋斗，不辜负学校、老师和家人的栽培与期望，努力成为一名德艺双馨的好医生。

作者简介

姓名：刘美

性别：女

籍贯：安徽 亳州

最后学历：医学硕士

专业：中医

毕业学校：河北大学

学习经历：2012.09---2017.06 安徽中医药大学 针灸推拿学

2018.09---2021.06 河北大学 中医学 专硕