

基于抑木培土理论探讨代谢性高血压的辨治思路

杨文薇¹, 周亚滨^{2*}

¹黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院心血管病二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年8月11日; 录用日期: 2026年9月5日; 发布日期: 2026年9月11日

摘要

高血压是临床常见的心血管疾病, 基于文献梳理与理论分析, 本文提出肝脾功能失调是代谢性高血压发病的核心病机之一, 主要表现为肝失疏泄、脾失健运, 进而导致气机升降失常、痰湿瘀血内生。抑木培土理论强调疏肝与健脾并重, 通过恢复气机升降、化痰祛瘀、调和气血, 达到降压定眩的目的。本文从理论渊源、病机分析、病理生理相关机制、治法方药等方面进行系统阐述, 以期对高血压的中医治疗提供新思路。

关键词

抑木培土, 代谢性高血压, 眩晕, 气机升降

An Exploration into the Thoughts of Syndrome Differentiation and Treatment for Metabolic Hypertension Based on the Theory of Inhibiting Wood and Reinforcing Earth

Wenwei Yang¹, Yabin Zhou^{2*}

¹The First Clinical Medical College, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The Second Department of Cardiovascular Diseases, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用: 杨文薇, 周亚滨. 基于抑木培土理论探讨代谢性高血压的辨治思路[J]. 临床医学进展, 2026, 16(9): 1439-1445. DOI: 10.12677/acm.2026.1693181

Abstract

Hypertension is a prevalent cardiovascular disease in clinical practice. Based on literature review and theoretical analysis, this paper proposes that dysfunction of the liver-spleen axis constitutes one of the core pathogeneses of metabolic hypertension, mainly manifested as liver failing to maintain free flow of qi and spleen failing in transportation and transformation, which further gives rise to disorder of qi ascent-descent as well as endogenous phlegm-dampness and blood stasis. The theory of restraining wood and reinforcing earth advocates simultaneous liver-soothing and spleen-invigorating therapy. It restores the ascending-descending movement of qi, resolves phlegm and eliminates blood stasis, and harmonizes qi-blood, so as to lower blood pressure and relieve vertigo. This article systematically elaborates on its theoretical origin, pathogenesis analysis, therapeutic principles and prescriptions, aiming to provide novel insights for the traditional Chinese medicine treatment of hypertension.

Keywords

Restraining Wood to Reinforce Earth, Metabolic Hypertension, Dizziness, Ascending-Descending of Qi Movement

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

高血压是以体循环动脉压升高为主要临床表现的心血管综合征, 长期血压控制不良可导致心、脑、肾等靶器官损害。根据《中国高血压防治指南(2024年修订版)》数据, 中国高血压患者约 2.45 亿, 患病率高达 27.5% [1]。

代谢性高血压是一个现代医学概念, 中青年、超重或肥胖人群多见, 与喜食肥甘厚腻, 长时间静坐、缺少锻炼等有关, 故不良生活方式为常见诱因[2]。中医学中并无“代谢性高血压”的病名, 而根据代谢性高血压的病机及证候特点, 中医学将其多归属于“眩晕”“头痛”等范畴[3]。传统理论多从风、火、痰、瘀、虚等角度论治, 但针对高血压与代谢紊乱、情志因素等密切相关的特点, 单一治法往往难以兼顾全局。近年来, 越来越多的学者认识到肝脾功能失调在高血压发病中的核心作用[4][5]。中医理论认为, 肝主疏泄, 负责全身气机的调畅; 脾主运化, 是气机升降出入的核心枢纽。一旦肝失疏泄, 则气机壅滞郁结; 脾失健运, 则痰湿浊邪内生, 肝脾二者病理状态相互牵绊、恶性循环, 共同介导高血压的发生与持续发展。

2. 抑木培土的理论渊源

抑木培土作为肝脾同调的核心治法理论, 根植于《黄帝内经》《难经》等先秦中医经典著作, 是古代医家基于五行生克制化规律总结形成的重要治则思想。“见肝之病, 则知肝当传之于脾, 故先实其脾气, 无令得受肝之邪也。”这一论述奠定了肝病传脾、治肝实脾的理论基础[6]。

从五行生克制化规律剖析, 肝归木、脾归土, 木克土是五行常态生理制约关系, 可维持肝脾二者动

态平衡。一旦脏腑功能失衡,生理制约便会转为病理克制:其一为木旺乘土,肝气亢盛、疏泄太过,横逆侵犯脾土,直接耗伤脾胃运化之力;其二为土虚木乘,脾胃本气亏虚、运化无力,肝木失制约而相对偏盛,间接壅滞脾运。两种病理演变路径殊途同归,最终皆造成肝脾失和、全身气机升降出入紊乱,成为各类内伤杂病重要发病机理。

经络循行层面,少阳胆经、太阴脾经分别对应肝胆、脾胃脏腑,二者枢机协同维系气机运转。李彩英等[7]发现青年高血压多为少阳太阴合病,夜卧久坐易导致瘀滞,久则太阴运化失健,少阳枢机不利,升降失常,故血压容易波动,治疗常从和少阳疏肝胆、温太阴理脾胃入手,重视少阳与太阴枢转,调畅两经气机,使血脉畅通,归复血压。

全小林院士从“脾瘅”理论研究本病,认为本病的病机为中满内热和土壅木郁[8]。饮食积滞壅塞中焦脾胃,郁久化生内热,致使脾土呆滞壅堵,进一步压抑肝胆正常疏泄功能;肝气郁结日久化火,肝火上扰清窍、窜乱血脉,进而引发眩晕、血压升高。该病机学说与少阳太阴合病气机失常理论互为印证、彼此补充,共同佐证肝胆失疏、脾胃失运是代谢性高血压发生发展的关键核心病机,也反向印证抑木培土、调和肝脾治法用于本病的合理性与临床价值。

3. 代谢性高血压从抑木培土论治的病机分析

3.1. 肝失疏泄为发病之始动因素

代谢性高血压的发病与情志因素密切相关。古籍云“木郁之发……甚则脑转,脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣”,提示情志不畅导致肝气郁结,进而出现头晕目眩[9]。当代人群压力壅滞,多焦虑郁扰,肝失疏泄则全身气机失调,气血运行壅滞;肝郁日久化火,肝火上炎,气血逆乱上冲于脑,遂见眩晕头痛。本病早期病程尚短,多属实证、热证,核心病机不离肝失疏泄,临床常见头晕胀痛、面红目赤、烦躁易怒、口苦口干、失眠多梦等肝火上炎、肝阳上亢表现。若病程迁延,郁火耗伤阴液,则渐转为肝肾阴虚、肝阳偏亢之虚实夹杂之证。

3.2. 脾失健运为病理产物生成之关键

脾主运化,既是气血生化之源,亦为水液代谢的枢纽。“饮食不节,水谷过多,胃强能纳,脾弱不能运化,停留中脘,有火者则煅炼成痰,无火者则凝结为饮。中州积聚,清明之气窒塞不伸,而为恶心眩晕之症矣。”阐明脾失健运、痰饮内生是眩晕发病的重要病机[10]。生理状态下脾胃阳气充盛,则化生人体必需之膏脂;若脾胃运化失常,复加过食膏粱厚味,则膏浊内生。古书言“浊者其气涩”,膏浊浸淫脉道,与血相搏,血行不利则瘀滞渐生,痰瘀膏浊壅滞中焦,土壅木郁,进一步碍及肝之疏泄,引发血压波动[11]。

当代人群多嗜食肥甘、饮食失宜、怠于运动,极易戕伤脾胃。脾失健运,水谷精微不得正常输布,聚湿酿痰,痰湿壅阻中焦,清阳不升、浊阴不降,蒙蔽清窍而发眩晕。临床多见头重如蒙、胸闷脘痞、恶心欲呕、形体肥胖、舌苔白腻、脉滑等痰湿中阻之征。痰湿久稽,必碍气血周流,血行失畅则瘀血乃成。痰瘀互结,痹阻脉络,既加重眩晕,又损伤脉道,致脉体失柔,血压进一步升高。就现代医学而言,脾失健运与胰岛素抵抗、脂代谢紊乱、血管内皮功能障碍密切相关,亦是代谢性高血压的重要病理基础。

3.3. 肝脾失调相互影响,形成恶性循环

肝脾气机相协,肝主升发,胃主和降,生理上相互资用,病理上互为牵累。肝失疏泄,气机郁滞可横逆犯脾,见纳呆、腹胀、便溏等脾虚之候;脾失健运,痰湿内生又可壅遏肝气,加重气机郁滞,二者互为因果,形成恶性循环,促使本病由单纯肝郁、脾虚向痰瘀互结、虚实夹杂的复杂病机进展。代谢性高血

压病位关乎肝脾, 肝阳上亢、肝风内动为其常见病机; 太阴脾土失运, 中焦枢机不利, 膏粱厚味运化失常, 则痰湿膏浊内生蓄积, 进而引发代谢紊乱[12]。现代生活中膳食偏嗜肥甘、体力活动减少、精神情志紧张, 加之烟酒耗伤, 易致脾土壅滞、肝木被郁, 郁而化热, 形成土壅木郁、中满内热之内在环境; 酒湿膏浊内聚, 气机运行失畅, 瘀血渐生, 痹阻脉道, 浊热瘀搏结, 最终诱发血压升高。此病之初起多责肝脾, 肝郁化火则肝阳上亢; 饮食失宜伤脾, 水湿聚而成痰, 痰湿壅滞中焦; 肝病及肾, 肾阴亏耗, 阴不制阳, 渐至阴虚阳亢, 日久可发展为阴阳两虚。

4. 肝脾失调病理环节与代谢性高血压现代病理生理机制的关联研究

肝脾失调是代谢性高血压的核心中医病机, 包含肝气郁结、脾虚湿盛、痰瘀互结递进式病理环节, 各环节与交感神经系统激活、肾素-血管紧张素-醛固酮系统(renin-angiotensin-aldosterone system, RAAS)过度兴奋、胰岛素抵抗、慢性低度炎症、氧化应激等现代病理生理机制存在内在对应关系, 为抑木培土治法提供现代理论支撑。

4.1. 肝气郁结与神经-内分泌调控紊乱

肝气郁结多由长期情志应激诱发, 是代谢性高血压的始动病理环节。情志失调导致肝失疏泄, 可介导交感神经系统过度激活, 促使儿茶酚胺大量释放, 造成外周血管阻力升高; 同时进一步激活 RAAS, 促使肾素、血管紧张素 II、醛固酮分泌增加, 引发血管收缩、水钠潴留, 推动血压升高[13]。肝郁气机失常还可干扰肝脏糖脂代谢调控功能, 损伤外周组织胰岛素敏感性, 诱发胰岛素抵抗, 而胰岛素抵抗又可反向进一步激活交感-RAAS 通路, 形成“情志-神经内分泌-代谢”的恶性循环。临床也发现, 肝郁证高血压患者交感张力、RAAS 活性及胰岛素抵抗指数显著升高, 佐证肝气郁结与神经-内分泌-代谢紊乱的关联。

4.2. 脾虚湿盛与胰岛素抵抗、水钠代谢紊乱

脾虚湿盛为代谢性高血压病理产物生成的关键环节。饮食肥甘厚味、久坐少动损伤脾的运化功能, 水谷不得化生气血, 酿生膏脂痰湿。脾虚失运可诱发胰岛素抵抗, 内脏脂肪堆积释放 TNF- α 、IL-6 等促炎因子, 干扰胰岛素信号传导; RAAS 激活介导肾脏水钠潴留, 血容量负荷增加, 进一步升高血压[14]。脾虚与线粒体功能障碍密切相关, 线粒体损伤造成氧化应激加剧, 加重糖脂代谢紊乱, 是脾虚湿盛介导代谢异常的微观机制[15]。痰湿壅盛证高血压人群胰岛素抵抗发生率更高, 印证脾虚湿盛是连接代谢紊乱与血压升高的中间枢纽。

4.3. 痰瘀互结与慢性炎症、氧化应激、血管内皮损伤

痰瘀互结是肝脾失调进展后期的病理状态, 对应慢性炎症、氧化应激失衡与血管内皮损伤。脾虚生痰、肝郁致瘀, 痰浊瘀血搏结浸淫脉道, 可升高血浆可溶性细胞间黏附分子-1 等黏附分子, 激活慢性低度炎症反应; 同时机体活性氧大量蓄积, 超氧化物歧化酶活性下降、丙二醛升高, 氧化应激损伤血管内皮, 促进动脉粥样硬化发生发展[16]。韩学杰等[17]动物实验证实, 痰瘀病理状态可直接破坏血管内皮细胞形态结构, 加重血管重构, 造成血压顽固难降。线粒体稳态失衡在该环节发挥重要作用, 痰浊诱导线粒体氧化应激, 痰瘀互结进一步扰乱线粒体自噬-凋亡平衡, 持续放大血管损伤效应。

4.4. 肝脾失调介导代谢性高血压的整体病理链条

综上, 肝气郁结启动交感-RAAS 过度兴奋与早期胰岛素抵抗; 脾虚湿盛加重胰岛素抵抗、水钠代谢紊乱; 痰瘀互结介导慢性炎症、氧化应激、血管内皮损伤。三者层层递进, 共同完成从功能紊乱到血管

器质性损害的演变,这也解释了抑木培土治法可多靶点干预代谢性高血压的科学内涵。

5. 抑木培土治法与运用

5.1. 抑木法

抑木之法应根据病机阶段灵活施治:肝气郁结者,治以疏肝理气,常用郁金、枳壳、姜黄等;肝火上炎者,治以清肝泻火,常用栀子、川楝子、夏枯草、菊花等;肝阳上亢者,治以平肝潜阳,常用天麻、钩藤、生龙骨、生牡蛎、磁石等;肝阴(血)不足者,治以养血柔肝,常用当归、白芍、赤芍等。天麻钩藤饮是平肝潜阳的代表方,适用于肝阳上亢之眩晕;若火热炽盛,可选用龙胆泻肝汤清肝泻火。

5.2. 培土法

脾虚痰湿是代谢性高血压的常见证型,治当健脾化痰、燥湿祛浊。半夏白术天麻汤为治疗风痰眩晕之要方,方中半夏燥湿化痰,天麻化痰息风,白术健脾燥湿,茯苓健脾渗湿,共奏健脾化痰、熄风定眩之功。临床应用时,若脾气虚明显,可加党参、黄芪益气健脾;湿浊偏盛,可加苍术、厚朴、藿香、佩兰、砂仁、薏苡仁等芳香化湿或健脾利湿之品;若兼瘀血,可加丹参、红花、川芎、桃仁等活血化瘀。

5.3. 抑木培土代表方剂

小柴胡汤是抑木培土,肝脾同调的经典方剂。小柴胡汤和解少阳,疏利肝胆,兼和胃气,适用于肝郁脾虚、枢机不利之证。在高血压治疗中,若患者兼见脘腹胀满、纳呆便溏等脾虚湿盛之象,可酌情选用。五苓散合二陈汤亦是治疗代谢性高血压的有效方剂。五苓散温阳化气、利水渗湿,二陈汤燥湿化痰、理气和中,两方合用共奏升清降浊、健脾运中之效。研究表明,该方可降低痰湿壅盛型高血压患者的血压水平,改善糖脂代谢紊乱。二陈汤针对心脑血管系统中“痰瘀”病机,有降脂、降糖、抗炎等作用,延缓由“痰湿内生”发展为“痰瘀互结”的疾病进程[18]。

5.4. 抑木培土外治法运用

石学敏院士创立的“活血散风、疏肝健脾”针刺法是最具代表性的抑木培土针灸方案。该针法以“气海”理论为降压切入点,法拟“人迎”为主穴,配以“合谷、太冲、曲池、足三里”,同时规定明确的手法量学标准,具有“通调气海,活血散风,疏肝健脾”之功。该针刺法在临床应用中能有效降低血压,改善血压变异性及调节血压节律,并可使患者逐步减少降压药物,改善血管内皮功能等,从而减轻靶器官的损害[19]。

6. 讨论

相较于传统中医从风、火、痰、瘀单一维度论治高血压,抑木培土理论立足肝脾核心病机,重视整体气机调畅,与代谢性高血压发病特点高度契合,具有突出临床优势。第一,病机贴合度高,该理论紧扣当代人群情志失调、饮食失宜、久坐少动等危险因素,构建“肝郁为始、脾虚为基、肝脾互损、痰瘀互生”完整病机链条,适配代谢性高血压合并肥胖、糖脂代谢紊乱、情绪焦虑的复合病理特征,弥补单一治法难以兼顾降压与调节代谢的不足。第二,干预手段丰富,既可选用天麻钩藤饮、半夏白术天麻汤等经典方内服辨证施治,也可运用石学敏院士“活血散风、疏肝健脾”规范化针刺法外治,做到标本兼顾、内外同调,既能快速缓解头晕、烦躁、失眠等症状,又可调理脏腑、保护血管内皮、稳定血压节律。第三,适用范围广且安全性较好,肝脾同调疗法不良反应少,可单独用于轻-中度代谢性高血压,也可配合西药降压,有助于部分患者逐步减少降压药用量,降低长期用药潜在风险,适合中青年、肥胖、高血压前期等群体。

但抑木培土理论治疗代谢性高血压仍存在明显局限。理论上, 现有研究多局限于肝脾失调的基础框架, 对疾病动态病机演变阐释不够充分, 缺少统一细化的辨证分型标准, 临床辨证很大程度依赖医师个人经验; 同时较少探讨肝脾肾三脏协同发病机制, 病程迁延、兼有肾虚、阴虚、血瘀的复杂患者, 单用抑木培土效果有限。

临床实践层面也存在现实难题。一是证候随病程、生活方式动态变化, 早期多见肝郁实证, 中期转为肝郁脾虚、痰湿壅盛虚实夹杂, 后期可发展为肝肾阴虚甚至阴阳两虚, 病机转化容易造成辨证不准、治法失配, 影响疗效。二是中药、针刺与降压西药联用的相关证据不足, 协同效应、给药方案、潜在风险尚不明确, 缺少统一的中西医结合诊疗规范, 存在疗效叠加或相互抵消的可能性。三是现有临床研究以小样本、单中心观察居多, 缺少大样本多中心长期随访证据, 对血压变异性、胰岛素抵抗、血管内皮功能等客观指标观测不够充分, 难以客观评价综合干预价值。

面对辨证标准化不足、动态病机难把控、中西医协同不规范三大挑战, 临床提倡分期辨证、随证调整治则: 早期以疏肝清肝为主截断病势, 中期肝脾同调、化痰祛瘀改善代谢, 后期兼顾滋肾固本。联合用药需分层处置, 轻症可优先纯中医干预, 中重度患者在规范西药降压基础上审慎叠加中医药, 并严密监测血压、肝肾功能及代谢指标; 同时可探索中医证候与血压、代谢指标的对应关系, 推动辨证向客观化、标准化发展。

参考文献

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会, 等. 中国高血压防治指南(2024 年修订版) [J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(7): 603-700.
- [2] 陈项超, 高想. 基于升降浊理论探讨代谢性高血压的治疗[J]. 中国民族民间医药, 2025, 34(17): 1-5.
- [3] 张启, 刘春华. 基于叶天士“肝病治胃”理论探讨代谢性高血压的中医证治[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(1): 93-96.
- [4] 肖烨, 姚魁武. 基于调肝运脾法论治中期高血压病[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(14): 2215-2217.
- [5] 刘飞, 刘春华. 刘春华教授从肝脾论治代谢性高血压经验[J]. 中国现代医生, 2022, 60(7): 150-153, 196.
- [6] 张霞, 安晓霞, 王曼玲, 等. 基于肝脾同调理论探讨小柴胡汤合当归芍药散治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 河南中医, 2025, 45(8): 1140-1144.
- [7] 李彩英, 华鑫, 姚魁武, 等. 从少阳太阴经络系统治疗中青年高血压病体会[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(5): 1043-1046, 1055.
- [8] 杨映映, 逢冰, 刘文科, 等. 基于中医脾瘵理论探讨代谢性高血压[J]. 北京中医药, 2017, 36(6): 532-534.
- [9] 樊晓丹, 李倩倩, 赵一霖, 等. 郭维琴教授“肝脾同调, 心神并养”法论治青年高血压病[J]. 环球中医药, 2021, 14(4): 665-667.
- [10] 秦景明, 秦皇士, 郭霞珍. 症因脉治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [11] 邓秘, 牛露娜, 查玉玲, 等. 基于“阳化气, 阴成形”理论探讨肥胖相关性高血压病的病机与治疗[J]. 中国中医基础医学杂志, 2026, 32(2): 325-328.
- [12] 曾友, 刘春华, 贺宏伟. 刘春华从“脾主运化”辨治 2 型糖尿病前期[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(5): 504-506, 515.
- [13] 闫龙美, 陈可冀, 邢雅璇, 等. 基于“木郁达之”探析高血压合并心房颤动辨证治疗思路[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(3): 615-620.
- [14] 李华, 杨华. 浅析从脾论治合并胰岛素抵抗的高血压[J]. 内科理论与实践, 2025, 20(1): 59-62.
- [15] 李红萍, 王阶, 张振鹏, 等. 基于“正虚痰瘀”理论探讨线粒体稳态失调与泛血管疾病的关系[J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(1): 30-38.
- [16] 曹丽娟, 潘志松, 王皖琪, 等. 清眩活络降压汤治疗痰瘀互结型 H 型高血压的临床疗效及对血管内皮功能的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(21): 164-168.
- [17] 韩学杰, 张立石, 沈绍功, 等. 痰瘀同治方对实验性动脉粥样硬化家兔主动脉、心肌及内皮细胞形态学的影响[J].

中国动脉硬化杂志, 2004(5): 515-518.

- [18] 赵田, 战丽彬. 二陈汤在代谢性疾病中的作用机制研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(4): 998-1005.
- [19] 杜宇征. “活血散风、疏肝健脾”针刺法理论剖析及手法量学标准[J]. 中华针灸电子杂志, 2017, 6(4): 133-135.