Asian Case Reports in Emergency Medicine 亚洲急诊医学病例研究, 2026, 14(4), 503-510
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/acrem
https://doi.org/10.12677/acrem.2026.144064

基于《黄帝内经》“痹症”理论探讨高血压病“脉痹”病机

赵　媛*，周　宜#

成都中医药大学基础医学院，四川　成都

收稿日期：2026年10月2日；录用日期：2026年11月3日；发布日期：2026年11月10日

摘　要

高血压病的中医辨治历来多从肝肾立论，对其血管病变本质的揭示尚有不足。本文以《素问·痹论》为据，梳理“脉痹”的病因病机及“脉痹不已，内舍于心”的传变规律，提出以“脉道痹阻、血凝不流”为核心的高血压病“脉痹”病机框架，认为高血压病位在血脉，其病程演变可对应“脉痹–心痹”的传变过程。在此基础上，以温通、活血、祛风、益气、调和五法为框架，探讨从“脉痹”论治高血压的基础方剂组方思路。并回顾以“脉痹”为核心的高血压临床研究及典型医案，进一步印证“脉痹”病机的临床指导价值。从“脉痹”论治可为高血压提供兼顾脉道状态与脏腑功能的辨治思路，与西医降压治疗形成互补，对早期干预血管病变、延缓靶器官损害具有一定参考价值。

关键词

黄帝内经，中医学，痹症，脉痹，高血压，病机

The Pathogenesis of Hypertension from the Perspective of “Bi Syndrome” in Huang Di Nei Jing: A Discussion on “Mai Bi”

Sabrina Zhao*, Yi Zhou#

School of Basic Medical Sciences, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: October 2, 2026; accepted: November 3, 2026; published: November 10, 2026

*第一作者。
#通讯作者。

文章引用: 赵媛, 周宜. 基于《黄帝内经》“痹症”理论探讨高血压病“脉痹”病机[J]. 亚洲急诊医学病例研究, 2026, 14(4): 503-510. DOI: 10.12677/acrem.2026.144064

Abstract

The TCM differentiation and treatment of hypertension has traditionally focused on the liver and kidney, yet the vascular nature of the disease remains insufficiently explained. Based on *Suwen·Bi Lun* (*Discourse on Impediment*), this paper examines the etiology and pathogenesis of "Mai Bi" (vessel obstruction) and the transmission principle that "persistent Mai Bi, when re-attacked by pathogens, lodges in the heart". A framework centered on "vessel pathway blockage with congealed blood" is proposed, with the disease located in the blood vessels and its progression mapped onto the "Mai Bi-Xin Bi" (heart obstruction) transmission sequence. On this basis, a foundational formula rationale is discussed using the five methods of warming-unblocking, blood-activating, wind-dispelling, qi-tonifying, and harmonizing. Clinical studies and typical medical cases centered on "Mai Bi" are reviewed to further corroborate the clinical value of this pathogenesis framework. Treating from the perspective of "Mai Bi" offers an approach that addresses both vessel condition and organ function, complementing Western antihypertensive therapy, with potential value for early intervention in vascular pathology and delaying target organ damage.

Keywords

Huang Di Nei Jing, Traditional Chinese Medicine, Bi Syndrome, Mai Bi, Hypertension, Pathogenesis

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

高血压病是以体循环动脉压升高为主要表现的慢性心血管疾病。中医学将其归入“眩晕”“头痛”“肝风”等范畴，辨证多从肝阳上亢、肝肾阴虚、痰湿中阻等角度入手。这套辨治体系沿用已久，临床确有一定疗效，但有两个问题始终未得到妥善回答：其一，相当一部分高血压患者并无明显眩晕、头痛，无症可辨时脏腑辨证便无从下手；其二，高血压的核心病理在于血管，而传统脏腑辨证对血管本身的病变关注不够，病机解释与病理实际之间存在一层隔膜。

“血脉”一词首见于《黄帝内经》，含义归为三种：一是指血管，乃血液运行之通道；二是指经络系统中的络脉；三是指脉中宛陈之恶血[1]。血脉理论认为血压的形成是心、气、血、脉合作用的结果[1]。《素问·痹论》系统论述了风寒湿三气杂至致痹的病因，以及五体痹向五脏痹传变的规律。其中“脉痹”作为五体痹之一，其“血凝而不流”的病机特点，与高血压血管阻力增加、血管重构的病理改变有多的影响。

本文以《素问·痹论》为理论根基，梳理“脉痹”的病因病机及传变规律，尝试构建高血压病“脉痹”病机框架，并结合临床从“脉痹”论治高血压的用药思路，探讨基础方剂的组方逻辑。

2. 《黄帝内经》痹症理论中的“脉痹”

2.1. 风寒湿三气杂至与五体痹的分属

《素问·痹论》开篇：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为著痹也。”风、寒、湿三邪杂合入侵，是痹症发生的外在条件；正虚卫外不固，则是发病的内在基

础[2]。其基本病机为邪气滞留筋脉、关节、肌肉，导致经脉闭阻、气血不通[3]。

在五体痹中，脉痹被明确列为其中之一：“以冬遇此者为骨痹，以春遇此者为筋痹，以夏遇此者为脉痹，以至阴遇此者为肌痹，以秋遇此者为皮痹。”五痹的区分依据是发病季节与邪气所客部位[4]。脉痹发于夏，与心气相通，这一时间医学的维度为理解脉痹与心的内在联系提供了经典依据。

2.2. 脉痹的核心病理：“血凝而不流”

《素问·痹论》对五体痹各自的病理特征有一段极为精炼的概括：“痹在于骨则重，在于脉则血凝而不流，在于筋则屈不伸，在于肉则不仁，在于皮则寒。”“血凝而不流”五个字，将脉痹的核心病机锁定在血液凝滞、运行不畅之上[2]。这与高血压病外周血管阻力增加、血液流变学异常之间，存在明显的对应关系。

痹症之“痹”，核心含义是“闭阻不通”。《素问·痹论》所论之痹，并不限于肢体关节疼痛，凡气血运行受阻、脏腑功能闭塞者，皆可纳入痹的范畴。脉痹之“痹”，正在于脉道闭阻、血行涩滞，而非仅指疼痛。对于理解高血压病机有重要性——高血压患者未必有肢体疼痛，而其脉道痹阻的病理本质与脉痹是一致的。

历代医家对“脉痹”的注释，有助于理解其内涵。王冰注《素问·痹论》云：“脉痹，谓经脉不通也。”张介宾《类经》进一步发挥：“脉痹者，血脉不通，故血凝而不流。”两位注家均将“脉痹”的核心锁定在“不通”二字上[4] [5]。不通则血行受阻，受阻则脉道压力增高——这恰恰是高血压血流动力学的基本特征。

2.3. “脉痹不已，内舍于心”的传变规律

《素问·痹论》揭示五体痹向五脏痹传变的核心规律：“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。”具体到脉痹：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心。”脉痹迁延不愈，再次感受外邪，病邪深入，内传于心，形成心痹[2]。

心痹的临床表现，《素问·痹论》有详细描述：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干善噫，厥气上则恐。”其中“脉不通”三字是关键，它既概括了心痹的核心病理，也揭示了从脉痹到心痹的病理连续性——脉痹之“血凝而不流”进一步发展为心痹之“脉不通”，病变由血脉本身向心脏传变[2]。

“复感于邪”四字提示，传变需要诱因的参与。就高血压而言，这个“邪”可以是外感风寒，可以是情志过极，可以是劳倦过度，也可以是饮食不节。每一次“复感于邪”，都是对已病之脉的再一次打击，推动病邪由脉向心深入。

3. 高血压病“脉痹”病机的理论建构

3.1. “脉胀”与“脉痹”：高血压的中医病名归属

高血压病的病位于血脉；研究提出“脉胀”基于血脉理论解释其病理机制，认为高血压本质是血脉病变。“病在血”或“病在脉”的辨证反映病变的阶段[6]。《灵枢·胀论》：“营气循脉，卫气逆为脉胀”，与高血压动脉血压持续增高[7]。“脉胀”与“脉痹”在病位一致(血脉)，但重点不同。“脉胀”重于脉道充盈过度、压力增高的状态；“脉痹”重于脉道闭阻不通、血行涩滞的病理。高血压病程的解释，早期以脉胀为主；而病程进展，痰瘀互结、脉道痹阻，“脉痹”病机为主。

3.2. 脉道痹阻与营卫行涩

高血压病“脉痹”的核心病机，概括为：脉道痹阻，血凝不流。外因仍是风寒湿三气杂至。风寒湿邪

作为诱因，可导致脉道痉挛、气血运行失序。临床常见高血压患者遇寒则血压升高、遇湿见头重如裹，便是外邪引动内病的表现。

内因在于营卫行涩。《素问·痹论》云：“荣卫之行涩，经络时疏，故不通，皮肤不营，故为不仁。”营卫运行涩滞，经络气血不通，是痹症的基本病理环节。营行脉中，卫行脉外，营卫相随，周流不休。若营卫失和，营气虚则脉道失养而涩滞，卫气虚则脉道失护而挛急[2]。涩滞与挛急并存，脉道阻力自然增加。《灵枢·胀论》所言“营气循脉，卫气逆为脉胀”，正是对这一病理状态的经典描述[7]。

3.3. 痰瘀互结与脉道壅滞

脉道痹阻日久，津液输布失常则生痰，血行不畅则成瘀，痰瘀互结附着于脉壁，进一步加重脉道闭阻。痰为津液之变，瘀为血液之变，二者本属不同病理产物，但在脉道痹阻的背景下往往相互裹结。

痰阻则血行更涩，血瘀则津液更滞，形成恶性循环。临床上单纯化痰或单纯活血，效果往往有限，需痰瘀同治方能奏效。这一认识与血脉理论中“痰浊、瘀血、膏脂等病理产物堆积附着于脉道，致使脉管逐渐失于流利甚至受损”的论述一致[1]。

3.4. 从脉痹到心痹的传变路径

高血压病的自然病程，恰可对应从“脉痹”到“心痹”的传变过程。早期阶段，病在脉，以脉胀、脉痹初起为特征。此期以心气病变为始动因素，或气虚推动无力，或气滞血行不畅，导致脉道舒缩失常、气血运行受阻。临床表现以血压升高为主，靶器官尚未出现明显损害。此期若能及时干预，疏通脉道、调和气血，血压尚可控制，血管病变尚可逆转。

中期阶段，病在血与脉，痰瘀互结，脉道痹阻加重。随着病程进展，血病成为疾病进展的加重因素，痰浊、瘀血等病理产物逐渐堆积于脉壁。此期血管已出现功能性改变，血流调节能力下降，相当于“脉痹不已”的持续发展阶段。

晚期阶段，内舍于心，形成心痹。高血压长期控制不佳，脉痹日久，复感于邪，病邪内传于心，形成心痹。临床表现为左心室肥厚、心力衰竭、冠心病等高血压性心脏损害。《素问·痹论》所描述的“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘”，与高血压性心脏病失代偿期的临床表现颇为吻合[2]。

4. 从“脉痹”论治高血压的用药思路

4.1. 温通与活血并用

从“脉痹”论治高血压，用药上需兼顾“温通”与“活血”两个维度。“血凝而不流”是脉痹的核心病理，活血化瘀自然是治疗主线。但《素问·痹论》同时指出风寒湿三气杂至是痹症的外因，寒性收引凝滞，最易导致脉道拘挛。单纯活血而不温通，犹如以水冲冰，冰未化而水已寒。因此，温通与活血需并行不悖。

温通一法，桂枝、葛根可为代表。桂枝辛甘而温，透达营卫，温通血脉；葛根解肌通络，升阳布津。仝小林教授认为，风寒湿邪侵袭机体，脉管拘挛不舒，管壁压力增加是寒凝经脉型高血压病的基本病因病机，提出以葛根、桂枝、白芍为代表药物的葛根汤是治疗此类高血压的靶方[8]。这一思路与《素问》“结者散之”“寒者热之”之旨相合。

活血一法，川芎、当归、赤芍、牡丹皮、川牛膝可随证选用。川芎为血中气药，辛温走窜，能上行头目、中开郁结；当归补血活血，脉痹患者营气虚则脉道失养，当归补血可充养营气；赤芍长于散瘀，牡丹皮凉血散瘀，川牛膝活血通经、引血下行，对于高血压常见的气血上冲之象尤为适宜。

4.2. 祛风药在脉痹治疗中的意义

脉道痹阻日久，瘀血内生，需活血以通其滞。祛风之品在脉痹治疗中亦不可缺。羌活祛风胜湿，其“辛以散之，温以通之”的药性正合《内经》“留者攻之”之旨。白芷辛温，祛风胜湿，其通散之性可助温通脉道。风药之用，不仅在于祛除外因，更在于借其“风性善行”之性，引活血之品通达脉道细微之处。

4.3. 益气药针对营气虚的病机

脉痹患者营卫行涩，营气虚则脉道失养。益气之品不可或缺。红景天归肺、心二经，具有益气活血、通脉之功，《晶珠本草》记载其“治脉病”，其“益气”可针对营气虚则脉道失养的一面，“活血通脉”则可直接作用于“血凝而不流”[9]。刺五加益气活血，基于真实世界的研究显示，刺五加注射液用于高血压患者时，血瘀证存在比例较大，提示应注重活血化瘀疗法的应用[10]。醋五味子酸甘收敛、益气生津，与活血通脉之品相配，一通一敛，使通而不伤。

调和之品则用于平其偏。酒黄芩苦寒，酒炙后入血分，可清血中郁热，防止瘀热互结，与桂枝、葛根等温通之品相配，寒温并用，使温通而不助热。首乌藤养心安神、祛风通络，既能通络以助疏通脉道，又能安神以兼顾心脉，具有“先安未受邪之地”的治未病意味。

4.4. 基础方剂的组方思路

从“脉痹”论治高血压，组方的出发点不是针对某一味药的功效去堆砌，而是顺着《素问·痹论》对脉痹病机的认识，一层一层地解决“脉道为什么不通”这个问题。脉痹的核心是“血凝而不流”。但血为什么会凝？《痹论》给出的答案有两层：外有风寒湿三气杂至，内有营卫之行涩。外邪客于脉道，寒性收引则脉管拘挛，湿性黏滞则脉道壅遏；营卫行涩则脉道失于温煦和充养，血行无力而迟滞。这两层原因叠加，日久便生痰生瘀，痰瘀互结附着脉壁，脉道进一步狭窄。所以组方不能只盯着“活血”一个环节，而是要同时处理外邪、营卫、痰瘀三个层面。

基于这个认识，基础方剂的框架可以概括为“温通以开其闭，活血以通其滞，益气以助其行，调和以平其偏”。温通针对的是寒凝脉道，活血针对的是瘀阻脉道，益气针对的是营卫行涩、推动无力，调和则是防止温通太过而助热、活血太过而伤正。

具体到药物选择，温通一路，桂枝与葛根是常用之选。桂枝辛甘而温，走营卫，能缓解脉道拘挛；葛根解肌通络，升发清阳，助阳气布散于脉道。两味相合，一温一升，使寒凝得散、脉道得舒。活血一路，川芎与当归配伍较为妥帖。川芎辛温走窜，为血中气药，能行血中之滞；当归补血活血，兼顾营气虚的一面。一散一养，活血而不伤血。祛风一路，羌活、白芷可酌情加入。羌活祛风胜湿，白芷辛温通散，二者助温通之品开通脉道，尤其适合遇寒加重、头身困重的高血压患者。益气一路，红景天较为对证。桂枝、葛根之温；首乌藤养心安神、通络，兼顾“脉痹不已，内舍于心”的传变趋势[9]。

5. 从“脉痹”论治高血压的临床依据

5.1. 临床研究概况

“脉痹”与单纯“活血化瘀”研究高血压的切入点不同；以“脉痹”强调脉道本身的痹阻状态。王守富概括“挛缩、僵硬、瘀滞”三种状态，与《素问·痹论》“在于脉则血凝而不流”直接对应[11]。王清海以“脉痹”命名动脉粥样硬化、从“脉胀”称为高血压，提出“气血，脉道，脏腑”与本文的“脉痹–心痹”传变路径基本一致。

5.2. “血脉痹阻”是高血压血管病变的核心病机

从“脉痹”论来治高血压，先判断血管病变，它本质上是脉道的痹阻。特点概括为“血脉痹阻”，包含“挛缩、僵硬、瘀滞”三种状态[11]。这“三态”认识与本文所论“脉痹”病机的三个层面可以直接对接——“挛缩”对应风寒湿三气杂至导致的脉道拘挛，“僵硬”对应营卫行涩、脉道失养而硬化，“瘀滞”对应痰瘀互结、血行涩滞。

治疗不限于“活血”一个环节。脉道挛缩需温通，脉道僵硬需柔养，脉道瘀滞需活血。本文所论五法框架正是针对脉道痹阻的三个层面。采用桂枝、葛根温通，川芎、当归、赤芍*活血*，羌活、白芷*祛风*，红景天，刺五加*益气*。对照王清海“温通”为核心研制血脉疏通颗粒(黄芪、黄参、桂枝、水蛭、地龙、红花、三七、陈皮、丹参等) [12]，其组方逻辑与本文所论“温通、活血、益气”法直接对应。本文以《素问·痹论》为理论根基，将“脉痹”的病因源于“风寒湿三气杂至”与“荣卫之行涩”，在温通活血之外，更强调祛风与调和两法。

5.3. 从“脉痹”论治的典型医案

何炎燊曾治一位 51 岁女性，高血压病多年患者，就诊时血压 240/118 mmHg，症见眩晕、头重昏沉、大汗大渴、舌质暗、脉缓大平。从“脉痹”视角看，此案核心病机为阳虚寒凝、脉道拘挛。“脉缓大而平”正是脉道失于温煦、拘急不柔的典型脉象。治以补火暖土、温通阳气，方用白术 60 g、熟附子 18 g、炙甘草 9 g、煨生姜 15 g、大枣 6 枚、天麻 15 g、半夏 15 g。次日血压降至 190/102 mmHg，汗收渴止，眩晕大减；三诊时血压平稳在 170~180/95~100 mmHg [13]。此案的关键在于温通为法，而非活血——脉道因寒而挛缩，非温不通。展示本文解释高血压的病机为“脉痹”才用“温通以开其闭”。因风寒湿邪客于脉道，脉挛缩；唯温通才会舒展，血压能下降。

5.4. 临床证据对“脉痹”病机框架的印证

上述临床研究与医案从两个方面印证了本文所构建的“脉痹”病机框架。第一，“脉痹”是高血压血管病变的核心中医病机。王守富以“血脉痹阻”概括高血压血管病变的核心特点，王清海以“脉痹”命名动脉粥样硬化、以“脉胀”命名高血压，认为“脉道病变”是高血压的渐变及加重过程[11] [12]。这些来自临床一线的判断，为本文“高血压病位在血脉、核心病机为脉道痹阻”的论述提供了直接支撑。第二，脉道痹阻包含挛缩、僵硬、瘀滞三个层面，温通法不可或缺。王守富的“三态”认识，何炎燊以附子、煨姜温通治愈高血压危象的验案，共同说明脉道痹阻的治疗不能局限于“活血”——脉道挛缩需温通，脉道僵硬需柔养，脉道瘀滞需活血。三者同治，方能使脉道恢复通畅，这与本文所论“温通以开其闭，活血以通其滞”的治法框架完全一致。

6. 与西医标准治疗方案的比较

6.1. 西医治疗的病理生理逻辑

西医治疗高血压的核心是血压数值本身。现代医学治疗的出发点正是针对这两个环节：利尿剂减少血容量以降低心输出量，钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)；通过扩张血管降低外周阻力[14]。

原发性高血压的早期变化是心输出量增加，之后外周阻力逐渐升高。肾素－血管紧张素－醛固酮系统激活、交感神经活性增强、内皮功能障碍等共同使血压持续升高[15]。降压药的作用就是分别阻断或调节这些环节。

6.2. 从“脉痹”视角看西医治疗的盲区

站在《黄帝内经》“痹症”理论的角度看，西医存在一个偏失：将血压数值作为治疗的全部目标，而忽略脉道本身的状态。《素问·痹论》论脉痹，核心病机是“血凝而不流”。提出：血如何会凝？脉如何会痹？西医的病理生理学给出了“外周阻力增加”“血管重构”等描述，但这些描述本身并未回答“脉道为何不通”这一更根本的问题。

西医的降压治疗，在某种意义上是在“压制”而非“疏通”。降压药可以扩张血管、减少血容量，使血压数值下降，但脉道痹阻的病理状态并未因此解除。痰浊、瘀血等病理产物仍然附着于脉壁，营卫行涩的内在环境仍然存在。

7. “脉痹”与传统肝肾辨证模型的关系

7.1. 两种病机模型的并存与主次转化

“脉痹”病机与传统的肝肾辨证模型，并非互相排斥，而是在高血压的不同阶段、不同体质患者身上，呈现主次分明的并存或转化关系。

从病程阶段看，高血压早期以“脉胀”为主。《灵枢·胀论》云“营气循脉，卫气逆为脉胀”，此期营卫失调、脉道充盈过度，而器质性痹阻尚未形成。随着营卫行涩加重，痰瘀内生，“脉痹”病机逐渐凸显。至高血压中晚期，痰瘀互结、脉道痹阻成为主要矛盾，“脉痹”病机上升为主导。肝肾阴虚、肝阳上亢等脏腑辨证概念，可作为并存参照，反映的是脏腑功能失调的层面，与“脉痹”所揭示的脉道病变层面相互补充[1] [6]。

从体质角度看，阳盛体质者多见脉道充盈、营卫逆乱之象；痰湿体质者多见痰浊阻脉、脉道壅滞之象；而阳虚体质者则多见寒凝脉道、脉管拘挛之象。无论何种体质，“脉痹”病机都贯穿于脉道病变的始终，只是在不同的体质和阶段中，其突出程度有所不同。

7.2. “脉痹”与痰浊、气虚血瘀等相关病机的比较

“脉痹”与痰浊、气虚血瘀等病机概念，既有联系又有区别，需明确其内涵与外延。

痰浊是脉痹日久后津液输布失常的病理产物。《灵枢·百病始生》云“汁沫与血相抟，则并合凝聚不得散”，痰浊与瘀血相互裹结，附着脉壁，使脉道壅滞进一步加重。但痰浊是脉痹病程中的中间产物，而非脉痹的原始成因。脉痹的原始成因，在《素问·痹论》中明确为“风寒湿三气杂至”与“荣卫之行涩”[2]。痰浊加重脉痹，但不能反过来说痰浊是脉痹的成因。

气虚是营卫行涩的内在基础——《素问·痹论》云“荣卫之行涩”，营气虚则脉道失养而涩滞；血瘀是“血凝而不流”的具体表现。气虚血瘀是脉痹病机在“营卫–气血”层面的具体体现，它解释了脉痹“为什么会血凝”，但不能等同于脉痹的全部内涵。脉痹还包括风寒湿外袭、痰瘀互结等更丰富的层次[2]。

从《内经》思维看，三者的鉴别核心在于“不通”的层次与表现不同。痰浊重在“津液凝滞”，以头重如裹、肢体困重为要点；气虚血瘀重在“营卫行涩”，以遇劳加重、脉细涩为要点；“脉痹”重在“脉道闭阻”，以脉弦紧、遇寒加重、舌下脉络迂曲为要点。三者可单独出现，亦可相兼为病，临床需细辨其主次[2] [3]。

8. 结语

8.1. 脉痹传变理论的核心要点

《黄帝内经》“痹症”理论为认识高血压病机提供了一个不同于脏腑辨证的入口。“脉痹”作为五体

痹之一，其“血凝而不流”的病机特点，与高血压血管阻力增加、血液流变学异常的病理改变之间存在可对话的空间。“脉痹不已，内舍于心”的传变规律，则为理解高血压从血管病变到心脏靶器官损害的病程演变提供了经典依据。

8.2. 从脉痹论治的用药框架

从“脉痹”论治高血压，用药上以温通、活血、祛风、益气、调和五法为框架。这套组方逻辑的指向，不在于直接“降压”，而在于恢复脉道的通畅与气血的调和。其核心可以概括为一句话：脉道不通，则血压不降；欲降血压，先通脉道。

参考文献

[1] 杨传华, 卢绪香. “血脉理论”视角下高血压病中医病机探讨[J]. 中医药学报, 2014, 42(6): 4-6.

[2] 郭霭春. 黄帝内经素问校注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992: 495.

[3] 姜楠, 潘赐明, 方会. 态靶医学视角下的体脏合痹学说及其在原发性高血压中的临床应用[J]. 科技导报, 2025, 43(12): 151-156.

[4] 王冰. 黄帝内经素问注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 238.

[5] 张介宾. 类经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965: 489.

[6] 王清海. 论高血压的中医概念与病名[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(11): 2321-2323.

[7] 郭霭春. 黄帝内经灵枢校注[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023: 156-160.

[8] 杨映映, 魏秀秀, 王天铬, 等. 仝小林“三期六态”高血压病辨治经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(6): 2949-2953.

[9] 帝玛尔·丹增彭措. 晶珠本草[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1986: 78.

[10] 赵文静, 谢雁鸣, 刘峘, 等. 基于真实世界刺五加注射液治疗 6364 例高血压患者临床应用特征[J]. 世界中医药, 2020, 15(24): 3858-3864.

[11] 于国俊, 张富汉, 王守富. 王守富运用活血舒脉法治疗高血压的经验[J]. 中医药临床杂志, 2025, 37(1): 79-83.

[12] 王丽莹, 靳利利, 何鑫, 等. 王清海论治心系疾病学术思想探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(5): 1038-1042.

[13] 何炎燊. 暖土御风法治愈高血压眩晕一例[EB/OL]. https://www.xunqihuang.com/case/596a3cafe9afa3b0.html, 1954-04-02.

[14] Blush, J.A. (2013) Blood Pressure Medications. In: Blush, J.A., Ed., *Integrative Treatment of Hypertension: A Clinical and Mechanistic Approach*, Taylor & Francis, 8.

[15] Laurent, S. (2017) Antihypertensive Drugs. *Pharmacological Research*, **124**, 116-125. https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.07.026