

基于痰瘀互结理论从肝脾论治H型高血压

夏 玥¹, 袁晖戌²

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院哈南分院心病一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年8月21日; 录用日期: 2025年9月30日; 发布日期: 2025年10月15日

摘 要

H型高血压是指伴有高同型半胱氨酸血症(hyperhomocysteinemia, HHcy)的高血压, 其诊断标准为血同型半胱氨酸(homocysteine, Hcy) $\geq 10 \mu\text{mol/L}$ 。本病致病机制较为复杂, 其核心病理环节是高血压和HHcy的协同作用, 可显著增加心脑血管疾病(尤其是脑卒中)的患病风险。在我国, 由于遗传因素(如基因突变)或饮食因素导致叶酸缺乏, 加之现代人不良的饮食和生活方式及情绪刺激的共同影响, H型高血压患者群体规模庞大, 但目前西医针对该病的治疗仍存在局限性。从中医病因病机角度分析, 肝脾两脏在生理病理上密切相关, 而肝脾失调与痰瘀互结存在内在关联性。基于中医“痰瘀互结”理论, 本文从肝脾两脏论治系统探讨H型高血压的辨证论治思路, 提出其核心病机为肝脾失调, 痰瘀互结, 毒损脉络。综上, 本病治疗应以调和肝脾为核心, 以痰瘀同治为主线, 同时注重疏通脉络, 从而为临床辨治H型高血压提供新的理论依据和治疗策略。

关键词

痰瘀互结, 肝, 脾, 高同型半胱氨酸血症, H型高血压

Treatment of H-Type Hypertension from Liver-Spleen Theory Based on Phlegm-Blood Stasis Interconnection Theory

Yue Xia¹, Huishu Yuan²

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Cardiology I, Harbin South Branch of the Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Abstract

H-type hypertension refers to hypertension accompanied by hyperhomocysteinemia (HHcy), the diagnostic criterion of which is blood homocysteine (Hcy) $\geq 10 \mu\text{mol/L}$. The pathogenesis of this disease is complex, and its core pathology is the synergistic effect of hypertension and HHcy, which significantly increases the risk of cardiovascular and cerebrovascular diseases (especially stroke). The core pathology of this disease is the synergistic effect of hypertension and HHcy, which can significantly increase the risk of cardiovascular and cerebrovascular diseases (especially stroke). In China, due to genetic factors (such as gene mutation) or dietary factors leading to folic acid deficiency, coupled with modern people's poor diet and lifestyle and emotional stimulation of the joint influence, H-type hypertension patients group size is huge, but the current Western medicine for the treatment of this disease still has limitations. From the perspective of etiology and pathogenesis of Chinese medicine, liver and spleen are closely related to each other physiopathologically and pathologically, and there is an intrinsic correlation between liver and spleen disorders and phlegm-stasis interconnection. Based on the theory of "phlegm-stasis interconnection" in Chinese medicine, this article systematically discusses the identification and treatment of H-type hypertension from the perspective of the liver and spleen, and proposes that the core pathogenesis of the disease is liver-spleen imbalance, phlegm-stasis interconnection, and toxicity damage to the veins and collaterals. In conclusion, the treatment of this disease should be centered on harmonizing the liver and spleen, with phlegm and blood stasis as the main line of treatment, and at the same time, focusing on dredging the veins and collaterals, so as to provide a new theoretical basis for the clinical diagnosis and treatment of H-type hypertension and a new strategy for the treatment of the disease.

Keywords

Phlegm and Blood Stasis, Liver, Spleen, Hyperhomocysteinemia, H-Hypertension

Copyright © 2025 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

中国高血压患者约有 2.45 亿, 其中 75% 为 H 型高血压[1] [2]。研究表明, H 型高血压显著增加动脉粥样硬化和心血管事件风险[3], 尤其是卒中。目前 H 型高血压西医治疗包括药物与非药物疗法, 非药物疗法周期长、见效慢; 药物治疗则以单纯降压和补充叶酸为主, 但叶酸的疗效和适用性尚存较大争议, 血 Hcy 会受到包括叶酸摄入、C677T 基因多态性等因素的影响, 尚无充分证据支持调整叶酸剂量能够降低血 Hcy 水平[4]。而中医具有整体观念和辨证论治的特点, 系统且多靶点协同作用以平衡血 Hcy 水平。我国 H 型高血压人群具有 Hcy 整体水平偏高, 地域分布呈北高南低趋势, 中医证型以血瘀证、痰湿证为主[5]。痰瘀互结理论为 H 型高血压的辨证论治提供了重要思路, 而肝脾功能失调与痰瘀生成密切相关, 痰瘀既是致病因素, 也是病理产物, 与现代医学中 H 型高血压的代谢异常和病理机制高度契合。本文结合现代医学, 基于中医整体观念和辨证论治特点, 探讨痰瘀互结理论从肝脾论治 H 型高血压的应用, 以期临床诊疗提供理论依据。

2. H 型高血压的中西医理论基础

2.1. 现代医学认识

H 型高血压指合并高同型半胱氨酸血症(HHcy, Hcy $\geq 10 \mu\text{mol/L}$)的原发性高血压[6],《高同型半胱氨酸血症诊疗专家共识》将 HHcy 明确定义为一种代谢异常综合征,是 H 型高血压的核心病理机制。HHcy 在中国人群中患病率高,部分原因是血清中叶酸水平低,参与同型半胱氨酸 Hcy (homocysteine, Hcy)代谢的基因突变率高。

(1) Hcy 的代谢途径

Hcy 只能由甲硫氨酸产生,其代谢依赖再甲基化和转硫两条途径:再甲基化的主要途径利用 5-甲基四氢叶酸在维生素 B12 的催化作用下完成,其中叶酸的生成还需要维生素 B2 的参与,次要途径在甜菜碱-同型半胱氨酸转移酶催化作用下完成代谢;转硫途径需要维生素 B6 作为辅因子催化 Hcy 生成胱硫醚,进而转化为半胱氨酸。当代谢途径因 B 族维生素缺乏或酶活性障碍受阻,Hcy 则蓄积于体内,造成 HHcy。

(2) 高同型半胱氨酸血症对高血压的致病机制

HHcy 目前机制尚未完全阐明,但主要涉及以下方面:① 血管内皮功能障碍:HHcy 通过增加不对称二甲基精氨酸(ADMA)可抑制一氧化氮(NO)生成并降低其生物利用度,通过促进氧化应激和炎症反应导致内皮损伤,血管舒张功能下降,引起高血压[7][8];② 促进平滑肌增殖与血管重塑:Hcy 升高激活体内基质金属蛋白酶(MMPs)参与血管重构,促进血管平滑肌细胞迁移和增殖,使血管内皮胶原积蓄增加;同时使正常血管的微纤维缺失或聚集紊乱,使动脉中层增厚,血管结构破坏,增加血管僵硬度,管腔狭窄,引发高血压[9];③ 过度激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS):能够抑制 H_2S 生成,激活血管紧张素转换酶,促使血管紧张素 II (AngII)生成,致血管收缩和外周阻力增加,促进醛固酮分泌、水钠潴留,刺激交感神经兴奋,协同作用导致血压升高[10];④ 血小板功能紊乱:高 Hcy 水平增加血小板黏附和凝血活性,加剧血栓形成,间接影响血压调控[11];⑤ 代谢紊乱协同作用:HHcy 与脂质代谢紊乱和胰岛素抵抗相互影响[12],协同作用于血管内皮,共同加剧动脉粥样硬化及血压升高。

2.2. 中医对 H 型高血压的认识

中医理论中无“高血压”病名,根据症状与体征归属于“眩晕”“头痛”等范畴,中医认为高血压的致病因素与饮食不节、七情内伤、劳神伤气及先天不足有关[13],病机以本虚标实为主,本虚责之肝肾阴虚或脾胃气虚,标实则多见风、火、痰、瘀互结。治疗多按照肝阳上亢、痰湿内阻、肝肾阴虚、气滞血瘀分型论治。现代中医学认为 HHcy 的病机属于痰浊邪毒、瘀血等范畴,临床上本病患者多表现为眩晕、头胀头痛、耳鸣、视物模糊,胸闷、心慌或伴见全身乏力,舌质紫暗等,痰瘀互结证候较普通高血压更加突出,且贯穿疾病全程。HHcy 与中医“痰”的关联主要体现在:Hcy 是由于基因突变或叶酸缺乏导致甲硫氨酸代谢障碍蓄积于体内的代谢废物,类比于中医学中脾失健运,水谷精微物质不化,痰浊等病理产物内生的过程;HHcy 通过氧化应激或诱导炎症反应加重动脉斑块的过程符合痰邪郁久化热,久病及络的病机特点;HHcy 通过调整脂质代谢诱导血脂异常,“痰”既为病理之基,也是病理之果,与脂质代谢的异常进程密切相关[14]。HHcy 与中医“瘀”的关联主要体现在:HHcy 可导致血管内皮功能障碍,血管平滑肌增生,血管弹性改变,微循环障碍和血流变异常,血小板功能异常[15],符合中医瘀血内停、脉络失养,久病入络的病理特点。

因此,本文主要基于痰瘀互结理论进行论述。笔者认为,H 型高血压的核心病机与肝脾相关,脏腑气血阴阳失调,肝失疏泄而气机郁滞,一则气滞血瘀,血行不畅,二则郁而化火,炼液为痰;脾失运化而

痰浊内生, 气虚推动无力致血行不畅, 痰瘀互结; 肝郁乘脾或脾虚肝郁, 形成痰瘀胶结的恶性循环。综上, H 型高血压的中医病机以肝脾失调为本, 痰瘀互结为标, “痰”“瘀”的特点与 HHcy 代谢紊乱及血管损伤的病理机制高度契合, 为中西医结合防治提供了理论依据。

3. 痰瘀互结的理论内涵及其与肝脾的关系

3.1. 痰瘀互结的理论内涵

痰瘀互结理论滥觞于《黄帝内经》, 痰、瘀二者既是病理产物也是致病因素。中医学认为广义之痰乃体内津液代谢障碍, 所致水湿停聚而成的无形病理产物; 瘀则为血行不畅或离经之血未能及时消散而留存于体内的病理产物。二者同源于津血, 化生于水谷精微, 依赖脏腑气机调畅。在病理状态下, 痰瘀可相互转化: 痰浊壅塞气道“则气脉闭塞, 营卫不通, 血不流畅”而生瘀; 瘀阻经络致“血脉壅塞, 饮水积聚而不消散”聚而生痰。因痰性黏滞与瘀血胶结形成“窠囊”。朱丹溪首创窠囊学说, 标志着痰瘀互结理论的成熟, 《丹溪心法》提出“自郁成积, 自积成痰, 痰挟瘀血, 遂成窠囊”成为后世阐述诸多疑难杂病核心病机的重要理论依据[16][17]。作为一种特殊的病理状态, 痰瘀互结具有区别于单纯痰证或瘀证的致病特征: 其一, 病证繁杂, 变证丛生; 其二, 病位深伏, 易损络脉; 其三, 病程迁延, 难以速愈。H 型高血压伴见明显的脂代谢异常及靶器官损害, 脂浊化痰阻遏气机, 血涩成瘀损伤脉络, 致动脉粥样硬化与微血管循环障碍, 易继发脑卒中等多种心脑血管疾病, 其临床特征与痰瘀互结的致病特点高度吻合。

3.2. 肝脾功能失调是痰瘀互结形成的关键环节

(1) 肝失疏泄是痰瘀形成的起始因素

肝主疏泄主要体现在调畅气机和调控血液、津液输布两方面。《临证指南医案》所载“郁则气滞, 气滞久则必化热, 热郁则津液耗而不流, 升降之机失度, 初伤气分, 久延血分。”系统阐明了肝郁致病的病理演变过程。当外邪侵袭或情志不遂时, 肝气郁滞, 肝失疏泄, 首先导致气机不畅, 继而引发“气结则血凝”的病理状态, 而由于津血同源, 气滞则津液输布障碍, 停聚则成痰浊; 随病程进展, 日久肝郁化火, 炼液为痰, 灼血成瘀, 此即叶天士所云“久病入络”。综上, 肝失疏泄以气机郁滞为特征, 是痰瘀互结的初始因素。

(2) 脾失运化为痰瘀形成的病理基础

《内经》载“脾主为胃行其津液”, 脾为后天之本, 主司水谷运化和水液代谢。《证治汇补·痰症》云“脾虚不运清浊, 停留津液而痰生”, 揭示了脾气亏虚与痰浊内生的病机联系。若脾气亏虚则运化失职, 水谷精微不得布散, 水湿停聚中焦, 形成湿浊蕴阻之态。湿浊之邪阻碍气机升降, 即所谓《医宗必读》“脾土虚弱, 清者难升, 浊者难降”致津液凝聚而成痰邪。痰性黏滞, 易阻滞脉络, 妨碍气血运行, 如“痰滞则血瘀”所云, 渐化为瘀, 形成痰瘀互结的复杂病机。故明代医家李中梓云“治痰不理脾胃, 非其治也”, 强调健脾益气在治疗痰瘀互结中的重要作用。脾失运化以湿浊阻滞为特点, 为痰瘀互结提供物质基础。

(3) 肝脾互损形成痰瘀互结的恶性循环

《素问·五运行大论》载“气有余, 则制己所胜而侮所不胜”, 揭示肝脾互损的病机。肝属木, 脾属土, 木郁则土衰, 肝强侮脾, 脾土受困, 即若肝气郁滞或亢逆, 则横逆犯脾, 脾失健运。正如《景岳全书·泄泻》所言“则水反为湿, 谷反为滞”, 水谷精微聚而生湿, 湿性黏滞易阻气机, 致脾运化功能受阻。脾土虚受肝木乘, 致土壅木郁, 肝气郁滞则血行不畅, 久则化瘀; 而瘀血内停又生痰浊, 如同《血证论》载“血积日久, 亦能化为痰水”终致痰瘀胶结, 缠绵难愈。《难经·七十七难》中“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”和《素问·至真要大论》“治痰瘀者, 当疏其气血, 令其调达, 而致平和”等阐明调肝需脾,

健脾, 治痰瘀则需肝脾同调。

4. 基于痰瘀互结理论从肝脾论治 H 型高血压的病机阐释

痰、瘀贯穿 H 型高血压的整个病程, H 型高血压的核心病机, 多系肝脾功能失调致痰瘀始生, 日久肝脾互损, 痰瘀互结, 阻滞脉络, 终成痰瘀痹阻之状, 影响心、脑、肾等脏腑, 变证丛生, 病情迁延难愈。

4.1. 初始期肝失疏泄, 痰浊始生

《素问·至真要大论》载:“诸风掉眩, 皆属于肝。”从中医病因病机角度分析, 首先, 由于现代人生活节奏和饮食结构变化, 加之长期精神压力过大, 忧思过度或情志刺激等各种因素均可致肝失疏泄、气机郁滞, 木郁于内, 久之郁而化热, 热极则为火, 火热风动, 风火相煽, 上扰清窍, 发为眩晕[18]。其次, 过度熬夜耗伤肝血, 肝不藏血, 肝血亏虚不能上荣头目, 如《血证论·晕痛》云:“肝血不足则生风, 风主动, 故掉眩”, 则见眩晕耳鸣, 头重脚轻, 健忘失眠等症。且现代人多饮食不节, 嗜食肥甘厚味之品, “肥则碍胃, 甘则滞脾”致脾失健运, 湿浊内生, 聚而成痰, 清阳不升, 见头晕头痛。现代研究表明, 脾失健运、痰浊内生皆属于 Hcy 水平升高的病理因素, 痰浊可阻滞气血运行, 致水谷精微布, 营养物质缺乏, 如叶酸, 同时脾胃失于濡养而致 Hcy 蓄积于体内[19], 水谷精微失布的状态与现代医学认识的 Hcy 代谢障碍病理特征高度相似, 致脂质代谢紊乱、胰岛素抵抗等。根据“见肝之病, 知肝传脾”和中医未病先防的治疗思想, 此阶段重在疏肝行气, 兼以化痰健脾, 既可调畅气机以疏肝郁, 又可健运中州以断痰源。

4.2. 进展期痰瘀互结, 脉络损伤

肝气郁结日久直接加重眩晕和气滞程度, 还可以间接影响痰湿、瘀血等病理产物形成。一方面, 肝郁气滞横逆乘脾, 则脾土受戕, 纳运失司, 水谷精微不化, 聚湿生痰, 进一步导致气血生化乏源, 肝血失藏, 脏腑筋脉失养, 内风动越[18], 加剧眩晕; 气滞则津液停聚成痰浊, “气为血之帅”, 气滞致血行不畅, 停而为瘀, 痰瘀相互为患, 阻滞络脉, 致脉道瘀滞, 脉压增大。现代研究表明, 痰瘀互结的病理状态与心脑血管疾病的发病机制高度吻合, 涉及炎症反应、氧化应激、内皮功能障碍等多个病理环节。痰瘀互结与血管内皮损伤密切相关[20], 其病理机制涉及氧化应激、炎症反应及微循环障碍, 导致血压持续性升高。另一方面, 木郁克土, 脾虚不运, 痰湿内停阻滞中焦气机, 气机升降不利, 影响肝之疏泄[21], 肝郁日久化火, 形成痰瘀互结的恶性循环。近年研究还发现, 长期肝郁状态可激活交感神经系统, 促进炎症细胞(如巨噬细胞)浸润血管壁, 加剧血管重塑及血压持续升高[22]。肝脾互损而成痰瘀互结的恶性循环, 进一步助长 HHcy 致血管损伤-血栓形成-动脉粥样硬化的恶性循环。基于“治病必求于本”, 在此阶段重在活血化痰, 调和肝脾, 兼以通络。

4.3. 终末期痰瘀痹阻, 变证丛生

久病及肾、多虚、多瘀是高血压的病程演变规律。气机郁滞和脉道痹阻日久, 痰瘀郁久化热, 致二者胶着难解, 痹阻脉道更甚, 病变深入脏腑, 甚则化生热毒, 变证丛生, 多涉及心、脑、肾等病变, 即现代医学所谓靶器官损害, 并加重心脑血管疾病风险。现代研究表明, HHcy 对脑小血管造成直接损害, 与小血管闭塞性卒中密切相关[23]。H 型高血压与肾脏损伤密切相关, 在持续高血压状态会引发肾脏损伤。此外, 因肝肾同源, 病久肝火灼伤肝阴, 伤及肾阴; 抑或肝火亢盛可下劫肾阴, 致肾阴不足, 终成肝肾阴虚之候[24]。综上, 此阶段治疗重在祛瘀化痰, 通络解毒, 兼滋肾阴。

5. 基于痰瘀互结理论从肝脾论治 H 型高血压的诊疗思路

综上, 根据 H 型高血压痰瘀互结病机的动态演变过程, 本病的治疗原则为分期论治, 标本兼顾, 同时注重以调和肝脾为核心, 痰瘀同治为主线。

5.1. 初始期疏肝行气, 佐以化痰理脾

《素问·至真要大论》云“谨守病机, 各司其属……疏其血气, 令其条达而致和平。”H 型高血压初期属于情志和饮食因素诱导, 以肝气郁滞、脾失健运为主要特征, 痰浊始生, 血瘀尚未成形。《素问·六元正纪大论》主张通过疏肝畅达之法治疗肝气郁结证, 即“木郁达之”。《丹溪心法》云“善治痰者, 不治痰而治气, 气顺则一身之津液亦随气而顺矣。”治疗则重在疏肝行气, 佐以化痰理脾。常用汤剂为柴胡疏肝散合二陈汤化裁。柴胡疏肝散中柴胡长于疏肝解郁、调畅气机。香附、川芎助柴胡之效, 佐以陈皮、枳壳理气宽中行滞, 诸药合用发挥条达肝气功用, 柴胡配伍白芍养肝之体以利肝之用, 现代网络药理学证明柴胡-白芍通过抗炎、抗氧化应激、改善胰岛素抵抗、调节脂代谢[25], 曹洪友[26]等研究证明, 柴胡疏肝散可以降低 Hcy 水平。二陈汤中半夏燥湿祛痰, 橘红理气健脾、燥湿化痰, 茯苓健脾渗湿; 现代实验证明, 二陈汤调节脂代谢紊乱作用显著, 可抗炎、抗氧化, 还可升高血清 NO 浓度, 抑制炎症因子的表达[27]。若眩晕头胀症状等肝阳上亢症状较重, 可加用天麻、钩藤以平肝潜阳; 气滞明显, 可加佛手、香橼等理气药; 脘闷纳呆症状加重, 加白术、焦山楂以健脾燥湿; 舌苔厚腻者, 加藿香、佩兰以达到芳香化湿目的。

5.2. 进展期调和肝脾为本, 痰瘀同治并重

进展期肝脾互损, 赖于肝失疏泄与脾失健运, 加重痰瘀互结, 进一步损伤脉道, 如《医述·瘀血》云:“若素有郁痰, 后因血滞, 与痰相聚, 名曰痰挟瘀血……消痰破血二者兼治。”在此阶段重在消痰化瘀, 调和肝脾, 兼通脉络。常用方剂为双合汤加减。临床上将其应用于心脑血管疾病, 组方体现了“治病求本, 标本兼顾”的治疗思想。双合汤药物包括当归、川芎、白芍、生地黄、陈皮、法半夏、姜汁、茯苓、桃仁、红花、白芥子、甘草, 方中茯苓可利水渗湿、健脾和胃; 陈皮、法半夏调理脾胃、燥湿化痰; 白芍可养阴柔肝、缓中止痛; 当归可补血活血, 生地黄凉血, 红花、桃仁、川芎为活血化痰主要药物; 白芥子可化痰逐饮; 甘草可益气补脾, 调和诸药共行活血化痰、化痰燥湿、调肝理脾之效。半夏-陈皮-甘草-茯苓互相配伍, 在控制血压、血脂以及 Hcy 水平方面疗效显著[28]。现代药理学研究表明, 红花具有抗凝血、抗心肌和脑损伤、保护血管内皮细胞和抗氧化等作用[29]; 桃仁提取物可能通过抑制 NF- κ B/COX-2 这两条通路抑制炎症因子表达来改善血脂水平; 川芎嗪通抑制血管壁上细胞血管细胞黏附分子表达, 从而减少内皮黏附, 阻止动脉粥样硬化。但相关临床研究尚存不足之处, 目前中药的现代药理学研究更集中于抗炎、抗氧化、保护血管内皮等方面, 直接针对血 Hcy 水平的研究仍有欠缺, 此外临床研究收集的样本及时间受限。双合汤同时影响脂代谢、炎症反应和血管重塑等多条信号通路, 这为理解传统“痰瘀同治”理论的科学内涵提供了现代诠释。若痰重于瘀, 可酌加胆南星、苍术、石菖蒲; 瘀重于痰, 酌加丹参、三七等活血药, 同时注意疏通脉络, 适当配伍水蛭、全蝎、地龙等虫类药及鸡血藤、首乌藤、络石藤等藤类药物以化入络顽痰。

5.3. 终末期祛瘀化痰, 解毒通络

H 型高血压病情迁延, 缠绵难愈, 至终末期痰瘀胶着于脉道, 日久积热化毒, 病变深入脏腑, 牵及心、脑、肾、血管等部位病变, 甚则病久伤及肾阴。基于叶天士“久病入络”“虫蚁通络”观点, 方剂选用鳖甲煎丸合黄连解毒汤化裁。兼肝肾阴虚证候, 加山萸肉、女贞子、枸杞子等; 热象明显, 酌加黄芩、

夏枯草、栀子用量等。鳖甲煎丸中鳖甲为君药,入肝经血分,消散癥积,蛰虫、蜣螂、鼠妇、蜂巢虫类药配伍桃仁、红花、紫葳为臣药,共奏破血逐瘀、消癥散结、通络止痛之功,射干、厚朴、半夏、葶苈子共同行气化痰;柴胡、黄芩配伍引药入肝胆经,同时黄芩擅清痰瘀互结所成的瘀血,同时清血分热以阻滞热邪煎灼津液成痰,桂枝配伍干姜温通经脉,瞿麦、石韦二者清热利湿,白芍柔肝敛阴,且佐人参、阿胶不致攻邪伤正。黄连解毒汤用于火毒热盛证,现代药理学证明其能修复血管内皮、抗氧化、减轻血管内皮损伤、改善内皮舒张功能,降低炎症因子水平,维持斑块稳定,调节肠道菌群来达到持久的降压效果[30]。

综上,H型高血压的病程改变是一个动态变化的过程,分期与方剂的使用不必拘泥,仍应遵循中医辨证论治的特点,提倡重视生活调摄,重视调畅情志、合理饮食以及其他健康的生活方式在该病治疗中的重要作用,同时重视中药汤剂与西医降压药物的联合使用。

6. 讨论与展望

H型高血压是现阶段全球共同的公共卫生问题,亟待寻找有效的中西医治疗方法。本文认为其核心病机在于肝脾失调,致痰瘀互结,胶着难解,热毒伤络。化痰祛瘀、调肝理脾,兼疏通脉络,符合中医治病求本,标本兼顾的治疗思想以及辨证论治和整体观念的特点。临床上治疗H型高血压既要考虑痰瘀的关系,也要考虑肝脾的生理功能,从而基于痰瘀互结理论论治,以达到未病先防,既病防变的目的。

随着现代研究的深入,专家对H型高血压的认识逐渐完整,本文深化了对本病基于痰瘀、肝脾的深入认识,以期为本病的治疗提供新的角度,同时弥补仅利用西医降压药和也短片治疗的局限性。但当前理论仍缺乏大样本、多中心的前瞻性研究,同时肝脾失调、痰瘀互结等证候还未有相应的客观诊断指标,尤其是与HCY水平、血管内皮功能的关联。且分期治疗各阶段的方剂和单味药物仍需要现代分子生物学和药理学机制的理论支持。因此未来临床研究仍需进一步收集大量样本加以研究分析以期提供更为严谨准确的研究证据。

参考文献

- [1] 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(7): 625-660.
- [2] Zhao, P., Shi, W., Shi, Y., Xiong, Y., Ding, C., Song, X., *et al.* (2022) Positive Association between Weight-Adjusted-Waist Index and Hyperuricemia in Patients with Hypertension: The China H-Type Hypertension Registry Study. *Frontiers in Endocrinology*, **13**, Article 1007557. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1007557>
- [3] 金玉霞, 马莉, 苏玉虹, 等. H型高血压患者内皮功能损伤与炎症反应及动脉粥样硬化的关系[J]. 西部医学, 2024, 36(1): 103-107.
- [4] 李建平, 卢新政, 霍勇, 等. H型高血压诊断与治疗专家共识[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(2): 123-127.
- [5] 王传池, 胡镜清, 彭锦, 等. H型高血压卒中高发性的病机探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(2): 161-163.
- [6] 高晓峰, 赵俊琴, 周青, 等. 高血压病人 MTHFR C677T 基因多态性与血浆同型半胱氨酸水平的关系探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(24): 4207-4209.
- [7] 范天松, 王培栋, 彭艳艳, 等. 高同型半胱氨酸血症与全科医疗健康问题的研究进展[J]. 中华全科医学, 2025, 23(2): 296-299, 352.
- [8] 武成艳, 段旭磊, 王立波, 等. 内皮功能障碍在高同型半胱氨酸致动脉粥样硬化中作用及机制的研究进展[J]. 生理学报, 2023, 75(5): 703-713.
- [9] 周超飞, 郭毅, 邓珏琳. H型高血压与心房颤动的关系研究进展[J]. 心血管病学进展, 2019, 40(9): 1205-1207.
- [10] 董燕燕, 陈光亮. 高同型半胱氨酸血症危害及致病机制研究进展[J]. 中国药理学通报, 2014, 30(9): 1205-1208.
- [11] 柴金萍, 阿吉德, 常荣, 等. 高原地区同型半胱氨酸与H型高血压相关性研究进展[J]. 青海医药杂志, 2018, 48(8): 77-80.
- [12] Catena, C., Colussi, G., Nait, F., Capobianco, F. and Sechi, L.A. (2014) Elevated Homocysteine Levels Are Associated

- with the Metabolic Syndrome and Cardiovascular Events in Hypertensive Patients. *American Journal of Hypertension*, 28, 943-950. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpu248>
- [13] 郑佳思. 八段锦联合中西医疗法防治高血压病的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(7): 122-125.
- [14] 赫雨薇, 官蜀钧, 刘迪, 等. 基于“脾-陈气-脉积”病机观运用“水瘀互结”理论治疗高脂血症机制探析[J/OL]. 中国中医基础医学杂志: 1-7. <https://doi.org/10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.20250619.002>, 2025-07-01.
- [15] 林轶蓉. 祛瘀化痰法治疗 H 型高血压的临床探讨[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(87): 17073-17074.
- [16] 卢红蓉, 杜松, 胡镜清. 痰瘀互结证治理论源流考[J]. 中医杂志, 2015, 56(10): 811-815.
- [17] 傅梦薇, 李洪峥, 王阶. 痰瘀互结证之理论与研究[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(12): 2977-2980.
- [18] 司美龙, 金华, 刘敏科, 等. 基于肠道菌群探讨高血压从肝论治机理[J]. 中国微生态学杂志, 2024, 36(6): 737-741.
- [19] 吴宏华, 周先富. H 型高血压患者采用半夏白术天麻汤加减综合治疗对改善血压及血浆 Hcy 的影响[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(9): 2295-2297.
- [20] 刘彤, 刘悦, 陈莹, 等. 从脾主运化水湿理论探讨冠心病的发病机制[J]. 中医杂志, 2017, 58(6): 455-459.
- [21] 李丹, 马雪玲, 李慧. 基于火邪理论从肝脾论治中青年高血压[J]. 中国中医基础医学杂志, 2025, 31(3): 525-528.
- [22] 王椿野, 郭蓉娟. 肝郁化火证的研究进展[J]. 环球中医药, 2012, 5(2): 138-142.
- [23] 孙爽爽, 仇率杰, 张伯韬, 等. 基于真实世界研究的 18-50 岁人群急性缺血性卒中影响因素[J]. 山东大学学报(医学版), 2025, 63(9): 40-46, 56.
- [24] 裴慧娟, 杨洁, 丛丛, 等. 从血脉理论探讨 H 型高血压病因病机[J]. 中医药学报, 2021, 49(4): 1-3.
- [25] 严海艺, 郭瑞. “柴胡-白芍”药对治疗代谢相关脂肪性肝病的网络药理学分析及分子对接验证[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(5): 1-6, 221-222.
- [26] 曹洪友, 丁凤娇. 柴胡疏肝散对中晚期肝癌患者介入治疗后焦虑、抑郁及血清 Hcy、5-HT 的影响[J]. 现代中医药, 2020, 40(4): 83-86.
- [27] 陈文娜, 朱爱松, 丛培玮, 等. 基于网络药理学的二陈汤治疗冠心病分子机制研究[J]. 中草药, 2019, 50(2): 441-448.
- [28] 石若玉, 李东东. 基于数据挖掘探讨中医药治疗 H 型高血压病的用药规律[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(9): 2522-2531.
- [29] 张欢, 刘国雄, 方勇兵, 等. 红花在经典名方中的应用及药理作用研究进展[J]. 广东药科大学学报, 2025, 41(3): 181-190.
- [30] 张钰唯, 梁腾云, 费添添, 等. 黄连及其类方治疗心血管疾病的研究进展[J/OL]. 辽宁中医药大学学报: 1-10. <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?dbcode=CAPJ&dbname=CAPJLAST&filename=LZXB20250620002>, 2025-07-02.