

· 验案探析 ·

从脾胃挽治高血压病误案再谈 平脉辨证法的临床价值※

● 李 航

关键词 平脉辨证; 误治; 验案; 高血压病

既往中医治疗高血压病, 主要从肝肾二脏入手, 然近年来笔者临床时常遇见高血压病伴各种消化道症状者, 从调理脾胃入手后, 血压可随消化道症状缓解而降低。金华等^[1,2]曾通过分析高血压病西医研究现状以及高血压病与消化系统疾病的联系, 结合中医理论及临床实践, 认为高血压病的发病机制、与其相关的多种危险因素、靶器官损害均与脾胃密切相关, 并指出气机升降异常是高血压病的病机关键。近十余年来笔者通过阅读国家级名老中医连建伟教授主编的《连建伟中医传薪录》《连建伟中医传薪录 2》等书籍, 结合亲临现场观摩其门诊诊治过程及其授课讲座和网络视频, 并经个人反复临床实践, 从而学习其运用平脉辨证法为主诊治各种疑难杂病, 提高了临床诊疗疗效^[3-5]。现择笔者近年来运用“平脉辨证”法从脾胃挽治高血压病误案介绍如下。

1 脾虚湿热证误辨为肝肾阴虚、肝阳上亢夹湿热证案

患者王某, 女, 80 岁, 因“反复头晕、视物模糊 20 年余”于 2013 年 3 月赴笔者处就诊。既往有高血压病史 20 余年, 糖尿病史 10 余年, 近 5 年来即使在服用硝苯地平控释片(商品名: 拜新同, 早 6 点和下午 3 点各服 30mg)、氯沙坦/双氢克尿噻(商品名: 海捷亚, 其中氯沙坦 100mg, 双氢克尿噻 12.5mg)早 6 点服用 1 片后春、夏季血压仍波动在 160 ~ 170/55 ~ 60mmHg 之间, 秋冬季则波动在 180 ~ 220/50 ~ 60mmHg 之间。近 1 年来在外院处予上述西药基础上加中药治疗, 后笔者查询其处方多为明天麻、枸杞子、钩藤、杭白芍、石决明、石斛、北沙参、麦冬、炒杜仲、怀牛膝、炒川断、苏梗、炒黄连、佩兰、川朴花、茯苓等平肝潜阳、清热利湿之药。以方测证, 推测该名中医辨证患者为肝肾阴虚、肝阳上亢夹湿热

证, 然患者及其家属认为疗效不显。改诊于笔者时, 患者形体消瘦, 面色欠华, 唇色偏淡, 除上述症状之外, 时觉夜间潮热、盗汗, 伴夜间口咽干燥, 然不欲多饮, 腰膝酸软, 大便三日一行, 质干, 便硬, 食欲欠佳, 诊得右关脉缓而无力, 舌尖红, 苔中黄腻。根据平脉辨证法, 改辨证为脾虚兼湿热内蕴证, 且热重于湿证, 治拟清热利湿为主, 佐以健脾和胃。随即在西药剂量不变的情况下仿连建伟运用资生丸法治之。药选: 太子参 20g, 生黄芪 15g, 炒白术 10g, 茯苓 15g, 甘草 5g, 陈皮 5g, 黄连 3g, 薏苡仁 30g, 扁豆衣 12g, 黄芩 10g, 阳春砂 5g(后下), 泽泻 10g, 淮山药 15g, 桔梗 6g, 芡实 12g, 炒谷芽 12g, 炒麦芽 12g。服用 7 剂后复诊, 患者诉潮热、盗汗、夜间口咽干燥已减, 大便隔日一行, 质干, 食欲渐增, 头晕、视物模糊、腰膝酸软症状较前稍减轻, 本周血压波动在 150 ~ 158/50 ~ 55mmHg 之间。嘱其连续服用上方加减 2 月余后, 血压波动在 135 ~ 145/50 ~ 60mmHg 之间, 且潮热、盗汗已除, 夜间口咽干燥、视物模糊、腰膝酸软已减, 大便日行一次, 质中, 已不干, 舌尖已不红,

※基金项目 2017 年杭州市科技局基金资助项目(No. 20171226Y55)

• 作者单位 浙江省杭州市下城区东新社区卫生服务中心中医科(浙江 杭州 310000)

苔薄中膩,脉缓;同时已改硝苯地平控释片每早 1 次,余药暂不变。后改用参苓白术散煎剂加減治疗 1 个月后病情稳定,故嘱其改参苓白术颗粒至今,目前服用硝苯地平控释片每日 1 片,同时予氯沙坦/双氢克尿噻減量(改:氯沙坦 50mg、双氢克尿噻 12.5mg)期间春夏季血压波动在 130 ~ 145/50 ~ 60mmHg,秋冬季则波动在 140 ~ 150/50 ~ 60mmHg 之间,上述症状均较前明显減輕。

按 本例患者除眩暈症状外,尚伴视物模糊、潮热、盜汗、夜间口咽干燥、腰膝酸軟等症状,以方测证,推测当时湿热症状亦存在,故单凭症状而言,前医辨证为肝肾阴虚、肝阳上亢伴湿热证,看似无误,然为何治疗近 1 年在中药合用三联降压西药基础上收缩压仍在 160 ~ 220mmHg 之间(舒张压明显降低)? 笔者详审脉症,根据平脉辨证法,诊得患者右关脉缓而无力,提示为脾虚证;舌尖红,苔中黄膩,提示湿热内蕴证热重于湿;结合潮热、盜汗、口咽干燥而不欲多饮、大便不暢且干结等症,故应改辨证为脾虚兼湿热内蕴证(热重于湿)。另外,笔者诊脉时未及左关脉和左尺脉明显异常,故虽有口咽干燥、腰膝酸軟、头晕、舌尖红等症状,但仍不应辨证为肝肾阴虚、肝阳上亢兼内热证。

连建伟在书籍中提及“资生丸方……补不足,损有余,兼调气机升降,以恢复脾胃运化之功能”,故临证除常用于脾胃虚弱兼湿热证所致的各种消化系统疾病,同时也加減用于治疗脾虚湿热型面部痒疹、慢性肝病、失眠、黄褐斑、入夜流涎等杂病^[6-7]。现笔者仿连建伟对资生丸的应用

适应证,治疗此例脾虚湿热型高血压病,亦取得了较好的疗效,再次验证了异病同治的准确性,且进一步拓宽了资生丸的临床应用范围。

2 气虚下陷夹湿滯伴肝郁血瘀证误辨为肝阳上亢夹瘀血阻络证案

患者陈某,男,76 岁,因“反复头晕 10 余年”于 2016 年 10 月赴笔者处就诊。患者 10 余年前因反复头晕在浙江大学医学院附属第一医院确诊为高血压病,但先后增加药物种类治疗后,血压控制仍欠佳(具体不详)。近 2 年来予口服缬沙坦/氨氯地平(倍博特)联合培哌普利/吲达帕胺(百普乐)各 1 片后,自诉秋、冬季血压仍控制在 160 ~ 180/60 ~ 70mmHg 之间,春、夏季血压水平具体不详。于外院行中医治疗,但血压控制仍欠佳(具体不详)。笔者查询外院处方均为天麻、珍珠母、龙骨、代赭石、钩藤、桑寄生、益母草、川牛膝、杜仲、牡蛎、生麦芽、白蒺藜、丹参、赤芍、地龙等平肝潜阳、降气活血类药物以助引血下行。以方测证,不难推测出前医将该患者辨证为肝阳上亢夹瘀血阻络证。笔者详审脉症,诊得右关脉虚大,左关脉弦,舌质暗红,苔边有明显瘀斑、瘀点,根膩,伴头晕、眼干,时有双侧太阳穴处针刺样疼痛,大便先干后稀。根据平脉辨证法,改辨证为气虚下陷兼湿滯,肝郁血瘀证,治拟补益中气、疏肝活血法,仿连建伟运用补中益气汤合逍遥丸加味。处方:生黄芪 25g,太子参 20g,炒白术 12g,炙甘草 6g,陈皮 6g,升麻 6g,柴胡 5g,炒当归 10g,

生白芍 10g,丹参 20g,延胡索 12g,茯苓 12g,红枣 20g。上方连服 7 剂后,复诊时头晕、头痛、眼干较前明显減輕,且血压亦稍有降低(控制在 150 ~ 168/65 ~ 70mmHg 之间)。前方加減续服 3 个月后,复查动态血压提示:白天血压 130 ~ 140/80mmHg,夜间血压 120 ~ 130/65 ~ 80mmHg 之间,且诸症均除,诊得右关脉仍虚大,左关脉虚弦,舌质暗红,苔边瘀斑、瘀点较前明显減退,根膩。前方中改太子参为党参 15g,改生黄芪为 30g,炒白术为 10g,改炒当归为当归 10g,同时加酸枣仁 15g。后嘱其持续服用中成药补中益气丸合逍遥丸或四物汤,西药不变,随访至今,患者秋冬季血压经动态血压复查提示基本同前。

按 该患以头晕为主诉,以方测证,推测前医辨证该患为肝阳上亢兼瘀血阻络,然为何在联用两种四类复合降压药基础上秋冬季收缩压仍较高? 笔者详审脉症发现,右关脉虚大提示脾胃虚衰,元气不足,正如徐灵胎《脉诀启悟注释》言“东垣有云,气口脉大而虚者,为内伤于气……可知虚脉多为脾家气分之病,大则气虚不敛之故”^[6-7];左关脉弦,提示肝郁气滯;舌质暗红,苔边有瘀斑、瘀点提示瘀血阻络;苔根膩则提示内有湿滯。综上所述,该患应辨证为气虚下陷兼湿滯,肝郁血瘀证,根据“方从法出,法随证立”的原则,笔者运用补中益气汤兼少量茯苓以补益中气,佐以利湿;同时予逍遥丸合丹参、延胡索以利疏肝理气,佐以化瘀。治疗过程中需要强调的是,因本例除具备右关脉虚大等明显脾气虚征象之外,尚存在左关脉弦等肝郁

表现,因此该患者初始用太子参替代党参,且生黄芪仅用 25g,而予炒白术加量至 12g,以防加重肝郁而化火。后待左关脉弦变为左关脉虚弦,提示肝血不足明显时再予改用党参,同时加大生黄芪剂量、减少炒白术剂量,且将活血化瘀作用较强的炒当归改为当归,以增强补益气血疗效。

3 气血阴阳两虚、营卫不和兼寒热错杂证误辨为肝阳上亢证、肝肾阴虚证、肝肾阴虚兼肝郁化火证案

患者李某,男,36 岁。因“反复头晕、乏力 12 年”于 2015 年 12 月就诊于笔者处。患者于 2003 年无明显诱因下突然出现头晕明显,当时血压 200/100mmHg,随即入住杭州市第一人民医院心内科,出院诊断为:原发性高血压。2003 年至 2006 年间予厄贝沙坦片(商品名:安博维)每日 1 片,血压可控制在 120 ~ 130/70 ~ 75mmHg 之间。但 2007 年起因血压波动在 150 ~ 170/85 ~ 96mmHg 之间,逐步加予硝苯地平控释片(商品名:拜新同)每日 1 片及贝那普利(商品名:洛汀新)每日 1 片进行治疗,起初血压尚可控制在 130 ~ 140/70 ~ 90mmHg 之间。然 2015 年 5 月因家庭出现重大变故,血压再次波动在 160 ~ 180/90 ~ 110mmHg 之间,予暂停厄贝沙坦片,改用厄贝沙坦/双氢克尿噻(商品名:安博诺)+硝苯地平控释片+贝那普利片各 1 片的四联降压药物治疗 3 个月后,因血压仍波动在 135 ~ 158/90 ~ 99mmHg 之间,于外院诊治半年后因血压水平仍同前而

改诊于笔者。经查询前医诊治处方时笔者发现,其先后予天麻钩藤饮、镇肝熄风汤、六味地黄丸、滋水清肝饮治疗。笔者详审脉症,诊得脉沉缓而无力,舌质淡,苔薄黄。询问患者后得知其除眩晕、乏力外,尚有盗汗、恶风,伴口苦,以晨起为甚。笔者平脉辨证,该患为气血两虚、营卫不和兼寒热错杂证,以寒为主。治拟调和营卫、益气养血祛寒为主,佐以清热。处方:桂枝 10g,生白芍 10g,生姜三片,大枣 15g,当归 10g,防风 6g,生黄芪 30g,炒白术 10g,炒黄芩 10g,太子参 20g。上方连服 7 剂后复诊,诉头晕、乏力症状明显改善,且盗汗、恶风、口苦亦减,血压波动在 130 ~ 150/85 ~ 96mmHg 之间,诊得脉沉缓而无力,舌质淡,苔薄白根腻,拟前方中改太子参为党参 15g,改甘草为炙甘草 3g,改炒黄芩为 6g。因患者需外出 1 个月,嘱其可在当地转方续服 1 个月。1 个月后复诊,诉其头晕、乏力、盗汗、口苦症状已消失半个月,诊得脉已不沉,然仍缓而稍显无力,舌质淡,苔薄白根腻,嘱其在前方中去炒黄芩,改党参为 20g,改红枣为 20g,加用茯苓 15g、陈皮 6g。后嘱患者在西药不变基础上,每于秋冬季长期服用上方加减;夏季则根据血压情况酌情调整,甚至可暂停中药,并予西药减量;冬季嘱其服用膏方以增强补益气血阴阳之功。随访至今,患者无明显不适,且血压波动在 110 ~ 130/70 ~ 85mmHg 之间。

按 根据前医对患者的诊治处方,不难判断其先后辨证为肝阳上亢型、阴虚阳亢、肝风内动型、肝肾阴虚、肝郁化火型。然根据平脉辨证法,笔者发现患者六

部脉均沉缓而无力,提示气血两虚证明显;舌质淡,苔薄黄,伴口苦,提示为寒热错杂证;恶风、盗汗,提示为营卫不和证,正如《伤寒论》第 13 条提及:“太阳病,头痛、发热、汗出、恶风,桂枝汤主之。”综上所述,该患当属气血两虚证为本,营卫不和、寒热错杂证(寒重于热)为标。法当标本兼顾,方选三建中汤合阳旦汤加减。在该患者治疗过程中值得注意的是,初诊时因尚存在苔黄、口苦等热证,虽综上所述寒重于热,但为防止热证加重而致耗气伤阴更显,初始仍需运用阳旦汤,且予太子参替代党参,待后续热证消退,气血两虚证更明显时再改用党参。另外,在细读《连建伟中医传薪录》《连建伟中医传薪录 2》时发现,连建伟有时亦将三建中汤用于调治主症不多的气血阴阳两虚、营卫不和型阳痿、更年期综合征患者,恰如《伤寒论》中“但见一证便是,不必悉具”的经典条文所述。

4 结语

平脉辨证法作为临床最基础的辨证方法,首先需确定主症(可以是一个症状,也可以是两个密切相关的症状,或者是一组症状);其次确定脉象;后将两者结合起来,经过辨析,再参考兼症和舌象,后方可确定证型。在平脉辨证中,脉诊是否正确是个关键,脉诊有误,辨证必然错误。但由于脉诊的学习较为困难和复杂,导致平脉辨证法现已非临床中医师最常用的辨证方法。而连建伟在其书籍中多次提及:由于当前社会、家庭精神压力较大,有些患者主诉的症状多为精神症状,问诊所得到的信息有时为假象,真

正有利于临床辨证的就只有望诊和切诊,故其处方的书写常以脉诊为先。笔者近年来通过学习其相关书籍,并通过介绍他人赴连建伟处就诊,后根据处方中书写的脉象在患者身上仔细对照等方法,学习其运用平脉辨证法诊治各种疾病的方法。近年来笔者采用平脉辨证法为主,且以“切、望、闻、问”诊的顺序应用于各种杂病的临床辨证中,确实提高了治疗效果。然而正如国医大师任继学所说的“不到六十不懂中医”,笔者对平脉辨证法的领悟尚处于初级阶段,故临床上常有因诊脉错误而导致治疗失误的案例^[3-5]。

新近有学者发现,作为人体第二基因组的肠道菌群不仅直接参与人体的正常生理代谢活动,且可能与高血压病的发生有重要相关性^[8]。因此如果肠道菌群失

调,肠道内有害菌将成为优势菌,而有利菌将成为弱势菌,如此不仅可导致消化系统疾病,尚可导致高血压^[1]。同时近年来多位学者认为脾胃与肠道菌群稳态在生长发育、消化吸收、抗御外邪等方面有重要作用,且脾胃功能失调与肠道菌群失衡均可导致消化吸收功能紊乱、免疫力减退等病态,而经调理脾胃治疗后上述症状即可纠正^[1,9]。

笔者临床中发现,脾胃虚弱兼夹痰湿、湿热、寒热错杂型高血压病患者不在少数,而经调理脾胃为主治疗后,患者的血压水平即可随消化道症状的减轻而降低。

参考文献

[1] 金 华,金 钊,张蕾蕾,等. 高血压从脾

胃论治机理探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2014,20(3):290-292,318.

[2] 金 华. 肠道菌群是高血压干预的新靶点[J]. 基础医学与临床,2018,38(3):413-417.

[3] 李 航,蒋宁峙. 从误诊误治案例再谈平脉辨证[J]. 中医药通报,2017,16(5):61-63.

[4] 李 航. 从误诊挽救杂病案例再谈“平脉辨证”[J]. 中医药通报,2018,17(1):58-60.

[5] 李 航. 从误诊误治“慢性咳嗽”案谈“平脉辨证”法的临床价值[J]. 浙江中医杂志,2018,53(2):124-125.

[6] 连建伟. 连建伟中医传薪录[M]. 科学出版社,2008.

[7] 连建伟. 连建伟中医传薪录(第2版)[M]. 科学出版社,2016.

[8] Aguilar A. Hypertension. Microbiota under pressure[J]. Nature Reviews Nephrology, 2017,13(1):3.

[9] 高 旅,李 侠. 浅析中医脾运与肠道菌群的相关性[J]. 中医儿科杂志,2017,13(2):21-23.

(收稿日期:2018-05-21)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第 65 页)

[5] 梁俊君,黄韶华,董征学,等. 汉黄芩素对胶质瘤 U251 细胞增殖、凋亡、Survivin 及 Caspase-3 表达的影响[J]. 基础研究,2013,51(15):5-7.

[6] 张琳黄,桂 华. 汉黄芩素对人肝癌 HepG2 细胞凋亡的影响[J]. 中药材,2013,36(11):1842-1844.

[7] 芦 曦,吴小翎,李 艳,等. 汉黄芩素体外抗人胃癌 SGC7901 细胞的增殖、凋亡作用[J]. 中国药理学杂志,2011,46(7):512-517.

[8] 黄恺飞,庄 媛,黄亦琦,等. 汉黄芩素抑制乳腺癌细胞增殖及侵袭的实验研究[J]. 中国中药杂志,2014,39(8):1485-1489.

[9] PENG Miao-Xin, ZHANG Hai-Wei, CHEN Bao-An. Main signal pathways underlying the molecular mechanisms of the antitumor effects of wogonin[J]. Chinese Journal of Natural Medicines, 2012, 10(6):401-

407.

[10] 吴 菲,林国桢,张晋昕. 我国恶性肿瘤发病现状及趋势[J]. 中国肿瘤,2012,21(2):81-85.

[11] Zhao L, Chen Z, Zhao Q, et al. Developmental toxicity and genotoxicity studies of wogonin[J]. Regul Toxicol Pharmacol, 2011, 60(2):212-217.

[12] Qi Q, Peng J, Liu W, et al. Toxicological studies of wogonin in experimental animals[J]. Phytother Res, 2009, 23(3):417-422.

[13] 杨 莉,尤启冬,杨 勇,等. 汉黄芩素抗肿瘤作用的研究进展[J]. 中国药科大学学报,2009,40(6):576-579.

[14] 温少瑾,郝敬全,江劲波. 中药诱导肿瘤细胞凋亡机制的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2013,29(5):125-127.

(收稿日期:2018-08-17)

(本文编辑:金冠羽)