

医药参考资料

防治高血压病专辑

(内部资料)

河南 中医学院
河南省中医研究所

一九七五年五月

毛主席语录

列宁为什么说对资产阶级专政，这个问题要搞清楚，这个问题不搞清楚，就会变修正主义。要使全国知道。

无产阶级必须在上层建筑其中包括各个文化领域中对资产阶级实行全面的专政。

应当以中国人民的实际需要为基础，批判地吸收外国文化。

中国人民有志气，有能力，一定要在不远的将来，赶上和超过世界先进水平。

目 录

中西医结合防治研究高血压病

高血压病的防治研究必须走中西医结合的道路·····	(1)
中西医结合治疗高血压病147例近期疗效·····	(3)
中西医结合抢救高血压脑溢血54例的初步体会·····	(4)
中西医结合治疗高血压脑溢血10例临床体会·····	(5)
中西医结合治疗高血压病时对防治脑卒中的效果观察·····	(6)
中西医结合治疗高血压性偏瘫·····	(7)
中西医结合治疗脑血管意外的几点体会·····	(7)

祖国医学对高血压病的认识和实践

祖国医学对高血压病的认识和辨证论治·····	(8)
中医治疗高血压100例疗效观察·····	(13)
中医治疗高血压的临床初步疗效·····	(13)
中医药治疗高血压病40例疗效观察·····	(15)
中医对中风的治疗探讨·····	(16)
中医治疗高血压并发脑血管意外50例初步观察·····	(17)
中医用“偏枯汤”治疗高血压并发半身不遂症20例小结·····	(22)
蒲辅周高血压病医案选·····	(23)

高血压病防治研究概况

中医中药治疗高血压病概况(1958—1971)·····	(25)
高血压病中医研究的进展·····	(34)
1959年西安全国心脏血管疾病学术报告会有关高血压病的报导·····	(37)
1964年兰州会议关于高血压病的学术总结报告·····	(37)
1972年防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会有关高血压病的报告·····	(40)
1973年全国冠心病座谈会有关高血压病防治研究报导·····	(42)
1974年冠心病高血压病普查预防座谈会简报·····	(43)

高血压病的调查分析

纺织职工8278人高血压调查报告·····	(44)
农村高血压病发病率调查初步报告·····	(45)
部队高血压病调查报告·····	(45)
甘孜藏族自治州六县8381人的血压调查分析·····	(47)

石家庄城乡高血压病发病率及发病因素的调查报告·····	(49)
陕西省咸阳市三个纺织厂10682人高血压发病情况调查报告·····	(50)
江苏盐城地区51,611人的血压普查报告·····	(52)
上海市153418人的血压调查分析·····	(52)
福建省晋江县8917人血压调查报告·····	(53)
晋江县高血压病347例临床分析·····	(53)
北京市1061例高血压病临床分析·····	(54)
江苏省南通市10567人的血压调查分析·····	(55)

高血压病的基础医学研究

高血压病人的脑血流图分析·····	(57)
葛根黄酮对脑血液循环的作用·····	(58)
钩藤降压有效成分的研究·····	(60)
八厘麻毒素对降压和减慢心率的初步研究·····	(61)
H ₃₂₂ 降压作用的初步实验报导·····	(63)
锦鸡儿的药理作用·····	(63)
桑白皮醇提液的降压作用及毒性作用的初步研究·····	(64)
国桐叶降压作用的药理实验·····	(65)
新降压药褐藻酸研究初报·····	(66)
关于花生秧降压作用的初步实验·····	(66)
黄芪的降压作用及其机制探讨·····	(66)
党参的降压作用及其机制探讨·····	(67)
山西主要五种中药降压作用观察·····	(67)
徐长卿对血压的影响·····	(68)
灵芝的毒性实验初步小结·····	(68)
药用罗布麻(红麻)叶化学成分研究·····	(69)

中草药防治高血压病的临床观察

克氏排草治疗高血压病44例的近期疗效观察·····	(69)
温州萝芙木碱治疗高血压病141例临床观察·····	(70)
黄瓜藤治疗高血压近期疗效初步观察·····	(71)
长春花浓缩浸膏治疗高血压病近期疗效观察·····	(71)
臭牡丹膏治疗高血压病的疗效观察·····	(72)
中国梧桐制剂治疗高血压病80例的近期疗效观察·····	(73)
黄芩甙治疗高血压病的近期疗效观察·····	(74)
罗布麻叶(红麻)治疗高血压病临床观察·····	(74)
大花罗布麻治疗高血压病100例初步观察·····	(76)
中药钩藤总硷治疗高血压病115例临床疗效观察·····	(76)
灵芝制剂治疗高血压病疗效观察·····	(77)

八厘麻毒素临床应用小结·····	(77)
20%皂白杜鹃酊治疗高血压病200例临床观察 ·····	(78)
光背杜鹃治疗高血压的初步临床观察·····	(79)
锦鸡儿治疗高血压的临床观察·····	(80)
银菊饮治疗高血压病临床报导·····	(80)
豨薟降压片治疗高血压病46例分析·····	(80)
生夏露治疗高血压病55例疗效观察·····	(81)
槐菊饮治疗原发性高血压病57例小结·····	(82)
青夏合剂治疗高血压60例疗效观察·····	(82)
降压膏治疗原发性高血压病97例疗效观察·····	(83)
降压糖浆治疗原发性高血压病100例初步观察 ·····	(83)
降压合剂治疗高血压病70例疗效观察·····	(83)
双磺片治疗高血压病100例临床疗效观察 ·····	(84)
复方汉野菊“降压糖浆”治疗原发性高血压病146例近期疗效观察 ·····	(85)
清脑降压糖浆治疗高血压病100例临床观察报告 ·····	(86)
复方夏枯草片治疗高血压病42例临床观察·····	(87)
康寿乐2号治疗高血压病初步疗效观察·····	(87)
应用降压汤治疗高血压病86例疗效观察·····	(88)
降压Ⅱ号治疗高血压病近期疗效观察·····	(88)
“七〇七”注射液治疗高血压病的初步观察·····	(89)
中药治疗高血压近期疗效观察·····	(89)
中草药治疗高血压1712例疗效分析·····	(90)
用中草药治疗高血压·····	(91)
应用卤碱疗法治疗高血压合并脑血管意外25例的临床体会·····	(92)
用丹参治疗脑血栓形成取得初步近期效果·····	(93)

合成药及中西综合制剂防治高血压病的临床观察

合成新降压药可乐亭·····	(94)
优降宁治疗高血压病的临床观察·····	(94)
降压灵治疗高血压病疗效的初步分析·····	(95)
复方降压片治疗高血压病20例近期疗效观察·····	(95)
降压美治疗高血压病疗效的初步分析·····	(96)
复降丸治疗高血压病32例疗效观察·····	(97)
亚油酸乙酯治疗高血压动脉硬化50例临床观察·····	(99)
复方降压药“脉舒静” ·····	(100)
舒络治疗高血压病及半身不遂246例临床疗效观察 ·····	(100)
复方罗布麻片·····	(101)
降压宁临床观察小结·····	(102)

康寿乐治疗高血压病40例初步疗效观察·····	(102)
-------------------------	-------

针刺及其他疗法防治高血压病

针刺“调压点(线)”治疗高血压病的临床观察·····	(103)
针刺治疗高血压偏瘫·····	(104)
气功巩固高血压病四年疗效观察·····	(105)
利血平穴位封闭治疗高血压病46例临床观察报告·····	(106)
复方活血注射液穴位注射治疗高血压病60例的疗效观察·····	(106)
羊肠线穴位埋治高血压病60例疗效观察·····	(107)
头针治疗脑血管病引起偏瘫171例临床小结·····	(108)
超声治疗脑血栓形成、脑栓塞及脑溢血偏瘫的报告·····	(109)

国 外 资 料

高血压的病因和诊断

高血压的生理特性·····	(112)
高血压可能的发病机制·····	(115)
高血压病因的鉴别诊断·····	(121)

高血压病的防治

高血压的处理·····	(126)
抗高血压疗法的联合应用·····	(130)
原发性高血压的内科治疗·····	(134)
高血压病的治疗方案——降压药的选择及临床应用·····	(136)
预防高血压严重并发症·····	(238)
联合应用多种药物治疗原发性高血压·····	(138)
高血压病治疗中的特殊问题·····	(139)
高血压危象的治疗·····	(141)
高血压脑病·····	(143)
高血压性心脏病·····	(146)

抗高血压药物

治疗原发性高血压的药物·····	(149)
常用于治疗高血压急诊的降压药·····	(157)
前列腺素与高血压·····	(158)
新型降压药——可乐宁·····	(162)
氯苯甲噻二嗪的评价·····	(164)
胰舒血管素治疗高血压·····	(165)
敏乐血定治疗伴有肾衰的严重高血压·····	(165)

甲基多巴在肾机能衰竭时的降压作用·····	(166)
在高血压治疗中联合应用心得安和多塞嗪·····	(167)
速尿和利血平合并治疗高血压·····	(167)
前列腺素对血压的作用·····	(167)
前列腺素E ₁ 对各种高血压患者肾脏的作用·····	(168)
前列腺素A ₁ 对区域血液动力的影响·····	(169)
药物与胍乙啶的相互作用·····	(169)
通过中枢 α -肾上腺素能受体间接作用的抗高血压药·····	(170)
可乐宁的长期治疗：单用和联用利尿剂时的抗高血压作用比较·····	(171)
利血平、胍乙啶和甲基多巴对全身和局部血流动力学的影响·····	(171)
冠状动脉疾病与降压药·····	(172)

其 它

高血压病人的肾素活性、钠和钾·····	(172)
不稳定性高血压者周围血管阻力的研究·····	(173)
血压和血清胆固醇总值与主动脉、冠状动脉、大脑动脉粥样硬化性病变的 严重性相关·····	(174)
针刺降压原理的研究·····	(175)
年青人高血压的原因·····	(176)
环腺一磷和高血压·····	(177)
肾上腺激素和高血压·····	(177)
原发性高血压病因研究的新发现·····	(177)

附 录

一、1964年兰州会议高血压病防治工作的试行标准·····	(178)
二、1972年“三病”座谈会高血压病防治工作试行标准·····	(181)
三、1974年冠心病高血压病普查预防座谈会修订标准·····	(183)
四、高血压动脉硬化性急性脑血管疾病诊断参考标准·····	(185)

中西医结合防治研究高血压病

高血压病的防治研究必须走 中西医结合的道路

(一)

伟大领袖毛主席教导我们“思想上政治上的路线正确与否是决定一切的”。在高血压病研究工作中也贯穿着两种思想、两条路线的斗争，斗争的焦点是为什么人的问题，斗争的中心是要不要中西医结合。

1958年，阜外医院分别开设了中医和西医两个病房治疗高血压病，在治疗过程中发现中药症状疗效好，西药降压疗效好，各有所长，但两个病房对高血压治疗的看法却极不一致，西医说：“辨证论治再好也不抵一片胍乙啶”。中医说：“辨证论治就是见效”。1960年在大跃进形势的鼓舞下，我们在高血压的治疗中，逐步形成了中西医结合综合疗法，疗效比以前有所提高。应用天麻钩藤饮等中药复方取得较好的症状疗效，加强了对中西医结合的信心，启发我们提出了有关高血压发病原因的设想。但治疗研究没抓住“辨证”这个关键，而是越过了“证”，以致把天麻钩藤饮当成平肝阳的代表方。只根据现代医学对高血压的认识，设计了一些指标硬套阴虚阳亢的理论，结果这些指标大多数无变化，而其中一两个有变化的指标如条件反射的改善等，又很难说同阴虚阳亢有什么真正的联系。由于我们的思路受现代医学体系的束缚，判断疗效主要还是靠一个血压表，虽然又变了许多法，换了许多方，最终在治疗上无结果，在学术上也没有找到什么规律性的东西。在困难面前，搞基础的怀疑临床所谓的症状疗效究竟有多少科学根据，搞临床的则认为基础的指标不能说明问题，使我们感到前途渺茫，误错地认为中草药无指望，放着现成那么多的降压药，硬是要搞中西医结合，岂不是舍近求远追求形式上的中西医结合？甚至有人说，综合治疗再好，恐怕不是病人的心理作用就是医生的心理作用。错误地认为高血压这个病不适于搞中西医结合，不如搞那些西医无法医治的病，也就没这么多“麻烦”了。由于思想和路线问题没有解决，高血压的防治研究工作也就停滞不前。

(二)

无产阶级文化大革命中，我们批判了三脱离的修正主义科研路线，决心到工厂去接受工人阶级的再教育，同时开展高血压病防治，在改造客观世界的同时，改造自己的主观世界。1969年，中国医学科学院阜外医院和药物研究所的医疗科研人员组成了高血压病防治研究小组，到首都钢铁厂和首钢医务人员共同协作对该厂10,450名工人进行高血压病普查，

高血压患病率为11.17%。在工厂，我们亲眼见到工人同志日夜战斗在高温、高空或噪音环境中，为了多炼钢铁，许多老工人舒张压在120~130毫米汞柱以上仍然上高炉参加生产劳动。这种一不怕苦二不怕死的革命精神使我们深受教育，我们反复学习毛主席《在延安文艺座谈会上的讲话》和《实践论》等光辉著作，使我们的思想感情发生了根本的变化，想到工人同志们为祖国社会主义建设忘我劳动日夜奋战，我们防治高血压病就应当急工人之所急，痛工人之所痛，这是个阶级立场问题，是个为什么人的原则问题。下厂前，我们还把工厂防治高血压病想得很简单，以为把大医院的办法普及普及就够了，想不到工人同志却对我们提出很高的要求。一位舒张压经常在130以上的电工常来找我们，对我们所有的办法他都不感兴趣，他说“利血平、克尿噻、优降宁虽然能降压，但都有副作用。你们最好发明一种既降血压、又治症状、没副作用血压降下去就不再上升的好办法才行”。工人同志对我们的要求，听起来有些过高，一时也觉得不知从何入手，但是这些话打开了我们的思路，引起了我们对解除症状的要求的重视，而我们过去却置之不管而只顾降压。甚至发展到试图以血压一项标准来说明高血压病的全部问题，真是极端片面性和形而上学的典型！由于忽视症状，对病人的主诉也常感到厌烦，那里还谈得上辨证论治和中西医结合呢。1960年我们筛选药物，以及临床试用各种中药都是以降压为主要衡量指标。以后对于中西医结合综合快速疗法也是用了一个血压指标而轻率加以否定的。这些历史的经验教训都是必须认真记取的。

1969年下厂以后，在三大革命实践中再学习毛主席的有关教导，有了思想路线上的提高，才开始急病人之所急，痛病人之所痛，立场和感情的变化为我们带来了中医与西医辨证与降压的关系的新认识。当我们深入调查，便发现80%高血压病人有颈项痛这个症状，并常伴以头晕、头顶痛、肢体麻木。症状治疗是现代医学的薄弱环节，而祖国医学却有丰富经验，我们针对高血压的主要症状提出了几种单味药和小复方，并开展了针刺颈部调压点和各种降压药治疗，两年多来经我们治疗半年以上的252人中，症状好转恢复劳动的有80%，降压有效率为72%。治疗一年以上的151例，症状好转恢复劳动的有76%，降压有效率为64%，又由于我们坚持送医送药到车间工厂，受到工人同志们的欢迎，我们也在开展防治工作的同时，接受了再教育。

(三)

在下厂防治高血压病中，我们发现葛根对高血压病人项痛的疗效较好，药理实验也初步证实葛根黄酮有改善脑循环的作用，以葛根治疗心绞痛也取得较好的症状疗效和心电图好转率；在药理实验中葛根也有改善冠状血流量的作用。北京市耳科研究所试用葛根治疗内耳微血管痉挛性耳聋，也取得了较好的疗效，使我们想到项痛可能是反映椎动脉系统供血不足的迷路颈肌反射。

葛根来源于汉朝的张仲景的伤寒论，我们学习中医时，老师们很重视伤寒论，但由于我们受现代医学思想的影响太深，起初对伤寒论不理解，以为和心血管病没关系，以后通过认真学习，才认识到伤寒论是论述冬季因季节变化发生的急重症，必然包括气候突变发生的脑血管意外，至于因伤寒引起的耳聋，祖国医学也名风聋，常以祛风药主治，因此葛根能治高血压、冠心病症状和暴聋就不难理解了。脑血管意外，祖国医学称“中风”，其

发病与运气有密切的关系，中风有真中风和类中风的说法，但治法多以祛风药如小续命汤之类，景岳全书更立愈风汤以预防“中风”倒仆，并说：“此治未病之要药也”。如果以现代医学知识解释，由于脑血管、冠状血管，内耳血管同属末梢，侧枝较少，因此在病理生理具备共性，来解释伤寒论，则中西医结合是大有希望前进一步的。进一步挖掘祖国医学对伤寒中风的治疗经验，很可能找到治疗高血压病、预防并发症更有效的方药。

值得深思的是：祖国医学关于伤寒和中风的理论与治则我们并不是今天才知道的，问题是我们头脑里的民族虚无主义思想作怪，把中医理论视为不科学，根本不相信，因此视而不见，听而不闻，当然更谈不上挖掘、整理和提高了。

伟大领袖毛主席教导我们“中国医药学是一个伟大的宝库”，“古为今用、洋为中用”，“推陈出新”，我们通过了近两年的实践，对毛主席关于中西医结合的指示的英明正确，有了更进一步的认识。今后我们决心认真读马列的书，读毛主席的书，努力提高阶级斗争和路线斗争觉悟，敢于实践，善于实践。为在高血压病的防治研究中作出成绩而努力奋斗。

（摘自心脏血管疾病，1、1972 作者系中国医学科学院高血压研究小组）

中西医结合治疗高血压 病147例近期疗效

北京六个单位进行高血压病普查2940人，总患病率9.6%。今将其中应用中西医结合治疗重点观察的147例小结如下：

诊断依据 根据1972年标准符合高血压Ⅰ期者26例占17.7%，Ⅱ期107例占72.8%，Ⅲ期14例占9.5%。

一般资料 147例中男78，女69，41—50岁70例，51—60岁40例，31—40岁31例，61岁以上6例；病程5—10年者107例；自觉症状头晕66.5%，头痛57.8%，心悸51.2%，失眠53.7%；体重超重者占65%，嗜咸者占20%，有高血压家族史者占54.1%，多食肉者占9.8%；并发症有冠心病11例，脑动脉供血不全1例，脑血管意外后遗症1例，肾动脉硬化1例。

检 查

- 1.舌象：舌质红者占41%，舌质绛者占34.2%，舌质淡者2.7%。
- 2.脉象：弦脉占58.2%，脉沉细无力者17.8%。
- 3.尿常规：尿蛋白阳性者3例，镜检红血球3个以上者6例，白血球5个以上者8例。
- 4.血胆固醇、脂蛋白电泳测定：共查124例。胆固醇200毫克%以上，占91.9%。β脂蛋白70%以上，占4.51%。
- 5.心电图检查：共查141例。心电图不正常者68例。
- 6.眼底检查：共查136例，Ⅰ级36例，Ⅱ级86例，Ⅲ级1例，正常13例。

治 疗

药物治疗：西药以利血平为主，加用其他降压，利尿药。中药配合脑立清、降压丸、6911片、元参、生牡蛎、决明子、川芎、白芍、红花泡茶。用药过程发现每个患者对利血平的反应不同，因此对不同反应的病人，给予不同的药物，现分述如下：

1.一般反应者：指患者用利血平一般剂量（0.25毫克，日三次）血压能下降，但有乏力，嗜睡、口渴等副作用。我们将利血平量减半加优降宁或降压灵，从而减轻了副作用，并达到稳步降压的目的。同时应用中医辨证给以中药，肝阳上亢者，合用脑立清，肾阴虚者合用降压丸，或给汤剂，常用四种降压片配方如下：

降压片Ⅰ号：①利血平0.125毫克，优降宁3.3毫克（或降压灵4毫克），利眠宁3.3—5毫克。②除优降宁改为5毫克（或降压灵8毫克），其余同①。

降压片Ⅱ号：①利血平0.125毫克，优降宁5毫克（或降压灵8毫克），双氢克尿塞8.3毫克，利眠宁3.3—5毫克。②除双氢克尿塞为12.5毫克，其余同①。

给药剂量以该患者最低有效量为原则，从小剂量开始，一般观察4—7天后如血压不下降可逐渐升号。血压降达正常后，根据患者具体情况按原量或减量维持2—3周，以后逐步减量，原则上以最小药量维持血压稳定。

2.特殊敏感者：少数患者对利血平敏感，服药后数小时或次日血压骤降。这些患者给利血平0.062—0.083毫克，加适量优降宁或降压灵。

3.反应不显著：指患者曾用多种降压药无效对利血平降压效果亦不明显者，这类患者采用以利血平为主，多种降压药小量合用，其种类剂量逐步递增的方法达到降压目的。

4.无适应症者：对利血平有禁忌症或副作用太大的患者选用胍乙啶、优降宁等为主的配方。

疗效 血压在服药后1—10天开始下降者125例占85%，半月内血压降至正常者113例占76.8%，约有25%的病人血压降至正常后出现波动，引起波动的原因不外情绪变化、生活不规律、患其他疾病、未按时服药等。经10个月治疗，降压疗效，显效109例占74.2%，改善29例占19.7%，无效9例占6.12%，总有效率93.9%。症状疗效，显效42例占28.6%，改善57例占38.8%，无效26例占17.7%，无症状者22例占14.9%。

副作用 常见有乏力、口鼻干、恶心、食欲下降、头晕加重、胃酸多，一般在继续治疗中渐消失或对症治疗好转。个别出现精神抑郁、阳痿，停利血平后恢复正常。

（摘自科研资料汇编（北京友谊医院）2，1973年）

中西医结合抢救高血压脑溢血54例 的初步体会

上海第二医学院高血压研究所、瑞金医院报导抢救高血压脑溢血54例的初步体会。54例中男32，女22例。其中37例发病前无明显诱因。以临床表现、颅超声有中线移位或出现丛状血肿波及腰椎穿刺作为诊断依据，其中15例根据临床表现结合颅超声及腰椎穿刺而确

诊的，12例是根据临床表现结合颅超声而确诊的，27例是完全依据临床表现而确诊的。54例中存活者30例，存活率为55.6%。本文认为凡发生中枢性高热、肺水肿、早期呕血、四肢瘫痪、病灶侧瞳孔扩大、眼球偏向瘫侧、急性肾功能衰竭者，预后较差。治疗经验初步体会：①优球蛋白溶解试验可作为临床是否需用抗纤溶药物、使用剂量大小和持续时间的追踪指标。②常规应用甘露醇、地塞米松以及必要时应用利尿酸、速尿等药物来控制急性脑水肿和脑疝。③除有明显消化道出血者外，使用激素类药物可以提高机体应激性，对维持血压、降温、促进苏醒等方面也有利。④对躁动、血压高并波动大者应用冬眠，以防止再度出血。但使用氯丙嗪时要慎重，一般应从小剂量开始。⑤有哮喘及慢性支气管炎者宜尽早气管切开，以免肺水肿时措手不及，但有心肌劳损和传导阻滞等心脏功能不佳者考虑气管切开应慎重。⑥在应用西药的基础上加用中药能提高疗效。

本文认为提高存活率的重点应放在昏迷24小时以上的重症患者的抢救及防止再出血上，而提高对脑干、脑室出血的早期诊断率，选择性地进行外科手术；加强防止再出血的发生；摸索中西医结合抢救重症昏迷患者的治疗规律，必能使高血压脑溢血存活率稳步和明显地提高。

（转载自1973年全国冠心病座谈会资料选编）

中西医结合治疗高血压脑溢血10例临床体会

我们于1973年5月~1974年1月收治10例脑溢血患者，其中男7例，女3例。年龄最小40岁，最大74岁。全部为内囊出血，除1例因慢性肾炎（高血压型）继发脑溢血外，其他均有原发高血压动脉硬化史。

诊断标准 ①中年以上急躁起病，并有昏迷和肢体瘫痪。②有高血压，动脉硬化史。③脑脊液呈均匀一致血性。④排除其他引起昏迷的疾病。

疗效标准 ①痊愈：意识恢复，肢体活动基本恢复正常，脑脊液检查正常。②好转：虽意识恢复，脑脊液检查阴性，但肢体肌张力未能恢复。本文治疗结果6例痊愈，4例好转，平均住院19.4天。

治疗方法

西医：①止血：维生素K，安络血，严重者加对羧基苯胺。②适当地控制血压，肌注利血平1毫克，1—2次/日，使血压维持在130—140/90毫米汞柱为度。③降低颅内压，保护脑细胞给氧吸入，50%葡萄糖、维生素乙₆、20%甘露醇，静注。④预防感染及并发症，主要用青、链霉素。

中医以辨证施治为基础，以祖国医学的“治风先治血，血行风自灭”为原则。①昏迷期（急性期）用活血祛瘀药为主配合芳香化浊、清化痰热（杭赤芍各二钱，川牛膝二钱，水蛭二钱，生大黄二钱，石菖蒲二钱，生地黄四钱，制胆星二钱，川连一钱，云苓四钱，枳实三钱，天竺黄二钱，甘草一钱，水煎服）。②清醒期（恢复期），此期属病已入络，一般采用活血通络，以补阳还五汤加味（黄芪一两，归尾二钱，川芎二钱，红花二钱，桃仁泥四钱，干地龙二钱，

石菖蒲二钱，川连一钱，姜制竹茹二钱，生大黄一钱，水煎服）。同时配合针灸，对肢体功能的恢复，失语的改善有较好的效果。

（摘自新中医（广东）3，1974，作者系安徽省黟县人民医院）

中西医结合治疗高血压病对防治 脑卒中的效果观察

发病率 自1955年1月至1962年12月内科住院总人数为7515人，其中脑卒中者154人（指高血压、动脉硬化所致）占2.04%，其中脑出血76例，占脑卒中的49.4%，脑血栓形成78例，占50.6%。

发病季节 以1、5、7、10、11月较多。

发病年龄 40岁以上为151例，占98.1%，其中51~70岁为117例，占76%。年龄最小者39岁，最大者84岁。

性别 男81，女73。文献报告男女之比约为2:1，而我院资料男性仅稍多于女性。这可能由于男性多为职工（包括退休者）来院防治者较多。

劳动性质 以脑力劳动与轻体力劳动为多数，职工57例（其中19例已退休）占37%，家属97例（其中女72，男25）占63%。

发病诱因 突然跌倒、精神刺激较多。

发病时间 白天者占78.6%，发病时在活动状态者占84.3%。

症状与体征 大部分病人均系急剧发病，尤以脑出血为突出：立即昏迷者74例，占48%；肢体瘫痪者132例，占85.7%，其中右侧偏瘫63例，左侧偏瘫56例，两侧瘫痪者13例，无明显瘫痪者22例，症状中如有昏迷、高热、呕吐等同时存在等，预后差。

血压变化 入院时舒张压高于91毫米汞柱者占74.1%，收缩压高于151毫米汞柱占81.8%。

白血球变化 脑出血组78.6%患者白血球总数在10000/立方毫米以上，而脑血栓形成组63.4%患者白血球总数在10000/立方毫米以下。

治疗 自1958年应用中西医结合治疗以来疗效有所提高，少数病例昏迷达40余天者亦得到挽救，尤其是采取了针灸疗法后对脑卒中的抢救和偏瘫的恢复有很大帮助。经针灸等综合治疗的31例中仅6例无效；显著进步者15例，进步者10例。

死亡率 154例中死亡63例，死亡率为40.9%。脑出血死亡者60例，脑血栓形成者死亡3例。从1955年到1958年底总发病人数为90例，死亡45例。自1959年开展中西医结合疗法，设立高血压病专科门诊，到1962年底，总发病人数为64例，死亡18例，平均死亡率为28.1%。前四年死亡职工10例（退休者5例），后四年死亡病例中职工仅2例。

预防 由于脑卒中主要因高血压病与动脉硬化所致，我们对全企业86%以上职工进行了一次血压普查工作，设立高血压病专科门诊，大力开展了以气功为主的中西医综合疗

法，举办病员防治学习班，对大批病人进行了积极防治，后四年死亡率明显降低，使我们认识到广泛开展中西医结合防治高血压病，对预防脑卒中的发生有重要意义。

（摘自医学情况交流（上海）1973年6月：作者系上海邮电所医院内科）

中西医结合治疗高血压性偏瘫

治疗方法：

中医治疗法：

1. 解瘀通络，养血熄风。方用四物汤、舒筋散和三虫散，佐以镇肝潜阳之品。如痰重加胆南星、半夏，语言不清再加石菖蒲、细辛。

2. 柔润熄风、温经活络。方用地黄饮子加桂枝汤。

3. 先滋肾阴，继扶脾阳。方用六味地黄汤加资寿解语汤。

西医用药：

1. 硫酸镁加葡萄糖，静注，每日一次。

2. 口服降压灵。

疗效标准：

1. 痊愈：血压降至140/90毫米汞柱以下，患侧肢体知觉完全恢复，活动自如，并能担负轻度劳动；口眼歪斜亦转正常。

2. 好转：血压降至160/100毫米汞柱以下，患侧肢体知觉基本恢复，同时行走正常，但感乏力；口眼歪斜转正常。

疗效：共16例，治愈10例，好转6例。

（摘自湖北科技，2，1973，作者系竹溪县人民医院）

中西医结合治疗脑血管意外的几点体会

鞍山市第一医院内科用中西医结合治疗脑血管意外53例，介绍如下。

一般资料 53例中男33，女20。60岁以上25例，40—59岁21例，40岁以下7例。脑出血19例，蛛网膜下腔出血18例，脑栓塞4例，脑血栓形成3例，属脑血管意外但未确切诊断者9例。

治疗方法

1. 昏迷期：除根据病情常规使用止血剂或扩张血管药物及高渗糖外，我们还使用：

（1）10%卤碱液10毫升，10—50%葡萄糖30—40毫升，每日一次，静注。具有缓慢降压作用，也很少出现抽搐现象。

(2) 为防止合并感染, 每8—12小时, 肌注3毫升50%复方双花注射液(双花2两连召2两 黄芩2两 黄柏2两 川军2两 山梔2两 板兰根8两 黄连4钱, 每500克加水5000毫升, 水煎两次后, 浓缩, 制成50%注射液)。多数病人用后未合并感染。

对少数重症病人, 我们加用①20%甘露醇100~125毫升, 每12小时静注1次。②对烦躁不安者静滴谷氨酸钠40毫升(20毫升中含5.75克)和5%葡萄糖500毫升。③对脑出血及伴有消化道出血者, 给三七粉5—7分, 每6小时口服1次。④昏迷24小时未醒者, 输液2000毫升左右, 5~10%葡萄糖及林格液各一半。⑤危重患者使用细胞色素C及三磷酸腺苷。

2. 清醒瘫痪期 在做思想工作的基础上, 进行针、药综合治疗: ①仍可用一段时间的卤碱、复方双花注射液及止血剂或扩张血管药。②新针、626治疗机、经络注射。常用穴位是太冲、涌泉、合谷、爱民、内关、承山、曲池、环跳等。我们一般先扎末梢穴位, 使周围神经活跃起来, 然后解决大关节运动。失语者针廉泉、地仓、颊车。7—10天为一疗程, 每日或隔日一次。③肌萎缩者一般配用再造丸。④积极进行功能锻炼。

疗效标准 神智恢复, 言语基本正常, 瘫痪肢体恢复一定功能, 能自理生活者为治愈; 神智恢复正常, 言语有所恢复, 瘫痪肢体有一定进步者为好转。

治疗结果 中西医结合治疗组53例痊愈64.1%, 好转20.7%, 无效1.9%, 死亡13.2%。单纯西医治疗对照组68例痊愈30.8%, 好转20.6%, 无效17.6%, 死亡30.8%。其中综合疗法治疗危重病人22例痊愈14, 好转3, 死亡5, 单纯西医治疗组治疗危重病人24例, 无一人痊愈, 好转5例, 死亡19例。

体 会

1. 过去不敢采取改善整体状况的有力措施, 使抢救处于消极被动。例如对昏迷病人不敢输液, 怕对局部不利。现在我们对昏迷病人采取适当输液以纠正电解质、酸碱平衡紊乱等, 收到了良好效果。对恢复期患者, 也一反常规, 采取加强营养, 补充热量, 恢复体力的做法。对瘫痪肢体功能恢复有一定促进作用。

2. 短暂的实践证明, 无论是急性病还是慢性病, 中西医结合疗法却比单一疗法好。我们要沿着中西医结合的道路坚定地走下去, 为创造我国新医学新药学贡献一份力量。

(摘自辽宁医药, 4, 1971)

祖国医学对高血压病的认识和实践

祖国医学对高血压病的认识和辨证论治

祖国医学文献, 虽没有高血压病之名, 但不等于没有高血压病之病, 不过命名不同罢了。素问六元正纪大论云: “木郁之发, 甚则耳鸣眩转, 目不识人, 善暴僵仆”。古人把肢体动摇, 头晕目眩, 归纳入肝经, 因肝主筋、主风, 主上, 主动荡, 故耳鸣、眩晕。到严

重时抽动不宁，甚而发生突然跌倒、昏迷不醒的证状。根据这些证状的描述，即是由高血压发展到脑溢血的程度了。素问调经论云：“血之与气并走于上则为大厥，厥则暴死，气复反则生，不反则死”。这是古人对脑溢血的病理叙述。高血压系上实下虚之症，是气迫血上行，二者并走于上，上注脑部，轻则发现头晕目眩，重则目不识人突然僵仆死亡。若能把血压降低，使血下行，不叫脑部发生瘀血，就可渐渐恢复健康，否则则死。如果不死也要变为“内夺而厥，则为瘖俳”之症。所谓“瘖俳”即失音或语言蹇涩不利，半身不遂等。

古人对高血压的体质也有明确的认识，通平虚实论云：“仆疾偏枯……肥贵人则膏粱之疾也。”指出了本病多患于肥胖之人或生活优裕、高脂高蛋白饮食的“肥贵人”。据临床观察，凡体格肥胖、喜食油脂、年过40岁的人，有头晕、头痛、失眠、心悸等高血压征象的较为多见。

祖国医学把高血压病列入风类，风有内风有外风，高血压病属内风一类。如金匱要略云：“夫风之为病，当半身不遂”。此即指内风而言。因有头晕、目眩或肢体动摇不宁的症状，故把它列入内风，并不是指外来之风中于肌腠的伤风症，也不是外感症的头痛眩晕的“巅疾”症。张仲景把这种内风划分为四种类型。他说：“邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪入于腑，即不识人；邪入于脏，舌即难言口吐涎”。这是高血压引起的中风症，在程度上有轻重不一，浅深有差，故应分经络脏腑进行处理。唐孙思邈本内经之旨又把本病划分为三种类型，他的《千金方》上说：“偏枯者肌肉偏废不用而痛，言不变，智不乱，病在分肉之间；风俳者身无痛，四肢不收，智乱不甚，言微可知，风懿者奄忽不知人，咽中塞，窒窒然舌强不能言，病在脏腑。”孙氏以言语不乱，神智清淅为轻症，与仲景所说的邪在络大致相同，而以风俳较重，风懿最重。从秦汉一直到隋唐，都把高血压病叫做“肝风”或“中风”。至金、元时代医学大有发展，对中风的研究也有了进一步阐述，学术方面出现“百家争鸣”，各家见解各树一帜。李东垣主气，如东垣十书云：“凡人年逾四旬，气衰之际或忧思忿怒伤其气者多有此疾，壮岁之时无有也，若肥盛者则间有之，亦是形盛气衰而如此。”刘河间主火，如河间素问病机气宜保命集说：“中风偏枯者由心火暴甚而水衰不能制……则卒暴僵仆”。朱丹溪主湿，丹溪心法说：“东南之人，多是湿土生痰，痰生热，热生风耳”。主气者是以形胜气衰所致；主火者是以饮食肥甘，火热内生所致。主湿者是以湿生痰，痰瘀经络则体顽麻，痰阻清窍则神智不清。三家虽各有所见，但亦各有所偏，应从辩证观点出发作具体分析。

张景岳以真风属风来分病因，他说：“真风者外感之表症也，属风者内夺之里症也，即厥逆内夺之属也”。他大胆批判了“中风”不恰当的病名，建立非风学说。从此外感之风（感冒）与厥逆之风（脑溢血）有了明确的界限，肯定了本病的发病机制，应属于内因而非外因。他对本病发病机制的论述，基本同意刘河间“五志过极”和李东垣的“本气自病”等学说。但另有新的补充和见解，他认为刘氏只说明阴虚火盛，而未说明阳虚火衰。张氏“属风”的理论中心是一“虚”字。虽然也送到了“阳盛火证”（实证），但其最突出地方，还是阐述“阴虚”的机理。同时还说明了促使体内阴虚的主要因素，是与饮食、起居、七情、酒色……等有关，这也是一个发现。他认为肌体禀赋和外界环境等条件的不同，在“阴虚”之中，又有“阴中之水虚”和“阴中之火虚”两类。认为“阴中之水虚”，是病在精血，即是我们所说的“阴虚阳亢”现象。“阴中之火虚”即是我们所说的“肾阳亏损”和“命门火衰”的现象。总之他认为“阴虚”是本，七情等刺激是导致阴虚的主要

因素。“眩晕”（高血压）是“中风”（脑溢血）的先兆，“中风”乃是眩晕的后果。清、张伯龙对肝风的分析更为详细，他说：“类中一症，猝倒无知，危在顷刻……证是上实，而上实由于下虚，则其上虽实乃是假实，纵其甚者，止宜少少清理，不得恣意疏泄……”。他认为肾阴不虚，肝阳不会内动，而风也不上扬，据此他得出一个治疗原则说：“当用潜阳滋降”，“镇摄肝肾”之法。张寿颐在此基础上又提出：“愚谓潜阳镇逆，必以介类为第一主药”。

总之祖国医学早在二千年前的内经里，已开始有中风病名，甲乙经、难经、伤寒论、金匱要略都有进一步发展，迄至隋唐巢氏病源、孙氏千金方、王焘外台秘要在理论和医疗方面，论述分析较前亦更详备。不过在病因上有时则与外风混淆，如千金方云：“奄奄忽忽，神情闷乱者首推小续命一方”，观小续命汤非治内风之方（对外风有效），对气血并走于上的大厥症绝不能奏效。可见内经所说的薄厥、大厥、偏枯较为正确。汉代以后称为中风，则引起各家争论，甚至在治疗上因而误入歧途。张景岳始辟其谬，以非风立说，则千古之疑窦方为水融，至清张伯龙、近代张寿颐等受西方医学的影响，论述更凑完备。

病 机

古人在长期与疾病作斗争的实践中，对高血压病的发生和发展，有了不少的理论和经验。总的来说，大致有以下四方面：1.属于精神刺激方面的肝气肝郁症；2.属于肾水亏损方面的肝阳肝风症；3.属于情志躁急、五志过极方面的肝火症；4.属于心肾虚弱方面的心肾不交症。今分述于下：

肝气肝郁 内经云：“肝者将军之官，谋虑出焉”。精神刺激，情志怫郁，皆可使肝气郁滞不畅，故头眩、耳鸣、胸肋胀满、善怒、太息、脉弦有力。其原因有四：

- 1.血之与气并走于上则为大厥（调经论）。
 - 2.大怒则形气绝，血菀于上者使人薄厥（生气通天论）。
 - 3.木郁之发，耳鸣眩转，目不识人，善暴僵仆（六元正纪大论）。
 - 4.五脏之性，唯肝为暴，德合于木，动则生风，且其气左升刚果用事，苟不顺其条达之胜，则横逆恣肆一发难收（张寿颐中风论）。
- 其发展规律是：

精神刺激→忧思怫郁→肝阴不足→肝阳上亢。

从以上情况来看，造成大厥、薄厥的主要原因，则是精神受刺激后，忧思怫郁过度，郁极而发或大怒伤肝，肝气横逆，激暴莫制，鼓荡气血并走于上，上至头部，轻则呈现头痛、耳鸣、失眠、困倦、惊悸等。重则血菀于上呈现卒然晕倒，痰声漉漉，目不识人，手足偏瘫的大厥证。肝为发病处所，木郁是发病主因，气血上行郁于头部是发展后果，善暴僵仆是其表现。

肝阳肝风 在病理机制上为肾阴衰微，精不养肝，肝阳上亢，故呈现头晕、耳鸣、上重下轻。倘精液有亏，肾阴不足，血燥生热，热则风阳上升，窍络阻塞，头目不清，眩晕跌仆，甚则瘈瘲痉厥。内风的发生，由于肝阳太过。肝阳的太过，又由于肾阴不足。形成肾阴不足肝阳上亢的原因，可以概括为以下二种：

- 1.与平日饮食起居不注意和纵情极欲有关。
- 2.与冲任督带等经疾损有关。