●病例报告●

引用：艾龙菊，詹继红．中西医结合治疗产后高血压急症伴黄疸1例报告[J]．湖南中医杂志，2026，42（10）：156-159.

中西医结合治疗产后高血压急症伴黄疸1例报告

艾龙菊[1]，詹继红[2]
（1.贵州中医药大学，贵州 贵阳，550025；
2.贵州中医药大学第一附属医院，贵州 贵阳，550001）

[关键词] 产后高血压急症；黄疸；虚；郁；辨证论治；中西医结合治疗
[中图分类号]R271.946.9 [文献标识码]B DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.027

妊娠期高血压疾病（hypertensive disorders of pregnancy，HDP）是产科常见并发症，严重威胁母婴安全，也是导致孕产妇死亡的重要原因之一[1]。其中，重度子痫前期可在产后进一步发展为溶血-肝酶升高-血小板减少（hemolysis，elevated liver enzymes，and low platelets syndrome，HELLP）综合征等危急重症[2]。产后高血压急症主要表现为血压显著升高[血压通常大于180/120 mmHg（1 mmHg≈0.133 kPa）]并伴急性进行性靶器官损害，其起病急、变化快、病死率高，西医多以快速降压、清除致病因子和保护靶器官为主[3]，但单纯“对抗式”治疗在纠正深层次“内环境失衡”与“促进器官功能修复”方面存在一定局限。此类重症患者急性期经连续性肾脏替代治疗（continuous renal replacement therapy，CRRT）、血浆置换、强效降压及保肝等西医规范救治后，部分患者仍遗留顽固性高血压、持续性黄疸及肝肾功能损害。中医学从整体功能状态入手，通过辨证论治调和机体阴阳、气血，为该类患者提供了新的治疗思路。

詹继红教授为贵州省名中医、全国优秀中医临床人才，从事中医临床工作四十余年，在运用中西医结合方法诊治肾脏疾病及内科杂病方面积累了丰富的临床经验。本病例即于其门诊诊治，詹教授从“虚”“郁”论治，采用“补、疏、分消”治法，分期施治，经治后患者血压逐步平稳，黄疸消退，肝肾功能恢复正常，随访1年未见复发。笔者（第一作者）有幸随师临证，现将其采用中西医结合方法治疗产后高血压急症伴黄疸1例报告如下，以期为临床诊治提供借鉴。

1 病例资料

吴某，女，34岁，孕3产2，因“血压升高3周余，突发意识丧失1 d，急诊剖宫产术后（孕33周）”于2024年11月2日转入贵州中医药大学第一附属医院产科病房。患者3年余前因重度子痫前期于孕32周终止妊娠，剖宫产娩出一活婴，产后血压恢复正常。现病史：患者孕29^{+6}周首次发现血压偏高（139/88 mmHg），予口服拉贝洛尔片（100 mg/次，2次/d）后血压控制平稳。2024年11月1日因胎心监测无反应型（可疑胎儿窘迫）于贵州中医药大学第一附属医院产科留观，留观期间突发气促，继而出现意识丧失，血压180/115 mmHg，血氧饱和度95%，心率120次/min，经抢救后行急诊剖宫产术，娩出一活婴。术后转氨酶急剧升高[丙氨酸氨基转移酶（alanine aminotransferase，ALT）897 U/L、天冬氨酸氨基转移酶（aspartate aminotransferase，AST）636 U/L]，总胆红素升至65.15 μmol/L、直接胆红素升至48.08 μmol/L、间接胆红素升至17.07 μmol/L及乳酸脱氢酶（lactate

第一作者：艾龙菊，女，2025级硕士研究生，研究方向：中医药防治肾脏疾病
通信作者：詹继红，女，主任医师，教授，硕士研究生导师，研究方向：中医药防治肾脏疾病，E-mail：zhanjihong59@163.com

dehydrogenase，LDH）明显升高（LDH 2 580 U/L），血肌酐进行性升高，最高达385 μmol/L，确诊为重度子痫前期并发HELLP综合征。

诊疗经过：经CRRT、血浆置换、保肝、糖皮质激素、CRRT期间予以肝素抗凝等对症治疗后，肾功能部分恢复，血肌酐降至129 μmol/L。但血压仍控制不佳，降压方案历经多次调整，先后序贯或联合应用拉贝洛尔（200 mg/次，3次/d，口服）、硝苯地平缓释片（30 mg/次，2次/d，口服）、盐酸特拉唑嗪片（最大剂量6 mg/次，1次/d，口服）、缬沙坦胶囊（80 mg/次，2次/d，口服）、乌拉地尔（5 mL/h，静脉泵入）、硝普钠（50 mg静脉泵入）、酒石酸美托洛尔（最大剂量25 mg/次，2次/d，口服）、沙库巴曲缬沙坦（200 mg/次，2次/d，口服）、富马酸比索洛尔（5 mg/次，1次/d，口服）、厄贝沙坦氢氯噻嗪片（300 mg/次，2次/d，口服）等多种降压药物，部分用至较大剂量；静脉泵入硝普钠期间可暂时降至118 ~ 155/88 ~ 100 mmHg，停药后迅速回升至180 ~ 190/111 ~ 120 mmHg。因血压控制不佳且患者极度虚弱，产科建议患者至詹继红教授门诊就诊。

11月19日一诊：患者乏力肢软（需两人搀扶进入诊室）、少气懒言、恶露色暗、量少（每日约10 mL），皮肤及巩膜呈柠檬黄。舌淡胖有瘀点，苔腻微黄，脉细滑数。血压190/120 mmHg。肾功能示肌酐129 μmol/L，尿素11.70 mmol/L；C反应蛋白11.46 mg/L；尿常规示潜血（++）、蛋白质（-）；现服用降压药为硝苯地平缓释片（30 mg/次，2次/d，口服）；盐酸特拉唑嗪片（4 mg/次，1次/d，口服）；厄贝沙坦氢氯噻嗪片（150 mg/次，2次/d，口服）；酒石酸美托洛尔片（12.5 mg/次，2次/d，口服）。四诊合参，西医诊断为产后高血压急症、HELLP综合征恢复期、黄疸，中医诊断为眩晕，黄疸，辨证为气虚浊瘀互结、兼夹湿热证，治以清热利湿为先、佐以补气养血活血，方选二妙散合当归补血汤加减，处方：炒苍术4 g，黄柏4 g，土茯苓10 g，酒大黄1 g，烫水蛭2 g，煅牡蛎8 g，菟丝子10 g，黄芪40 g，陈皮3 g，革薢20 g，地榆炭8 g，白马骨30 g，仙鹤草20 g，白茅根10 g，泽兰4 g，益母草6 g，当归4 g，淡竹叶3 g。中药配方颗粒，6剂，每日1剂，以300 mL开水溶解，分3次温服。11月26日二诊：患者服药后乏力肢软、少气懒言等症有所缓解，可自行步入诊室，皮肤及巩膜黄染未退而色泽转暗，血压仍高（170/100 mmHg），余症同前。舌象由淡胖有瘀点、苔腻微黄转为舌暗淡胖、舌尖有瘀点、苔稍腻，脉由细滑数转为沉细滑，提示湿热渐清，而脾肾阳虚之象渐显，邪湿内生，治以温阳益气、健脾除湿退黄。故于二诊方去淡竹叶、黄柏，加茵陈8 g，淡附片3 g，车前草6 g，石菖蒲8 g，薏苡仁15 g。中药配方颗粒，7剂，每日1剂，以300 mL开水溶解，分3次温服。嘱停盐酸特拉唑嗪片，硝苯地平缓释片减量（30 mg/次，1次/d，口服）。12月3日三诊：患者黄疸明显消退，偶有纳差，诸症皆明显好转，复查示肾功能指标已恢复正常，尿常规示潜血（+）、蛋白质（-）。舌淡红，苔薄白稍腻，脉滑，提示阳气渐复，余邪未清。故随证调整处方用药，巩固疗效，治以益气健脾、养血和络。于二诊方去石菖蒲、煅牡蛎，加鸡内金6 g，茵陈减量至6 g、薏苡仁减量至10 g。14剂，中药配方颗粒，每日1剂，以300 mL开水溶解，分3次温服。测血压为152/90 mmHg，嘱患者停用酒石酸美托洛尔片。12月24日四诊：患者精神体力恢复，无乏力肢软，黄疸消退，恶露已净，无其他不适。舌淡红，苔薄白稍腻，脉滑。复查血常规、肾功能、尿常规均未见异常，治以益气固肾、调和气血。于三诊方去水蛭、菟丝子、车前草、地榆炭，加太子参12 g，白术6 g，郁金10 g，益智仁8 g。14剂，中药配方颗粒，每日1剂，以300 mL开水溶解，分3次温服。患者监测血压控制于正常范围（110/70 mmHg ~ 130/85 mmHg），嘱停用所有降压药。随访1年，该患者相关检验指标均无异常，未诉特殊不适，长期监测血压为120 ~ 110/80 ~ 70 mmHg。

2 讨　论

2.1 病机探析　本例患者产后出现的顽固性高血压与持续性黄疸，其西医病理核心在于妊娠期高血压疾病及HELLP综合征所致的全身血管内皮细胞损伤、微血管痉挛及血栓性微血管病变[4]，且该过程在分娩后仍可持续。患者急性期虽经多种强效降压药及血浆置换等治疗，血压仍难以控制，属高血压急症范畴；统计显示，高血压急症发病后90 d

内病死率可达11%，严重者1年内病死率甚至高达50%[5]。其根本危害在于急性进行性靶器官损害，尤以心、脑、肾为著[6]。中医学认为“气为血之帅”，气足则血行畅达。患者产后气血亏虚，气虚则推动无力，血行涩滞而成瘀；脾虚则运化失司，湿浊内生；湿瘀互结，郁阻于周身脉络，气血逆乱、升降失常，故血压居高不下，形成“顽固性高血压”；郁阻于肝胆络脉，胆汁排泄受阻，则表现为持续性黄疸，与现代医学“肝内胆汁淤积”“肝细胞炎症”相对应。故气虚推动无力所致之“血瘀”、脾虚运化失司所致之“湿浊”，与现代医学的“血管内皮功能障碍”“微循环障碍”有相通之处，是本案发病的内在基础。

患者素体本虚，孕产期气血下注养胎，已呈“产后多虚”之态；加之剖宫产术创伤失血、大量持续使用降压药、CRRT和血浆置换治疗等“药石、机械”之攻伐，内外合邪，导致机体气血骤虚，故以虚为发病之本。气血骤虚，脏腑失养，功能失调，此谓“阴虚”。在此基础上，气虚血涩成瘀、脾虚湿浊内生，湿瘀互结郁久化热，湿热交蒸，故初诊见苔腻微黄，脉细滑数及柠檬黄色之“介黄”状态，此即“因虚致郁”。此“郁”属广义之郁，是指气血、脏腑功能郁滞不通的病理状态[7]，如朱震亨《丹溪心法·六郁》所言：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉，故人身诸病，多生于郁。”[8]同时，“郁”亦反作用于“虚”，湿瘀内阻进一步耗伤气血阳气，加重乏力、少气懒言等虚象，形成“虚—郁—更虚”的恶性循环。

2.2 论治特点 治疗应紧扣“虚”“郁”核心病机，分期而治，扶正不留邪，祛邪不伤正，攻补兼施，治实勿忘其虚。患者病势缠绵，初诊时湿热征象显著，标实为主，故先治其标：以炒苍术、黄柏为君，取二妙散清热燥湿之效；黄芪、当归为臣，峻补气血之本；佐以土茯苓、萆薢、白茅根清利湿热，泽兰、益母草活血利水，陈皮疏利气机，酒大黄通腑泄浊、行气活血化瘀。余如菟丝子补肾固本，煅牡蛎潜阳，地榆炭与仙鹤草止血而不留瘀、白马骨清热利湿，随症佐用。离经之血必为瘀血，且产后多虚多瘀，水蛭可除瘀结、祛标实，在黄芪40 g、当归4 g等补气养血药监制之下，取“缓攻”之意；且酒大黄仅用1 g、水蛭2 g，用量轻微，旨在通腑泄浊、行气活血、化瘀通络而不伤正，以“通”为要，不以“破”为功。“瘀血不去，新血不生”，微量逐瘀有助于恶露排出、气血调和，反而利于补虚，兼顾了产后虚弱之体。全方共奏清热利湿、益气活血之效。

二诊时湿热渐清，患者本虚之质显露，黄疸未退，舌暗淡、苔稍腻，脾肾阳虚之象渐显。因脾不健运、肾失温煦，湿浊阻滞，故治以温为主、以利为佐，转投茵陈术附汤加减。方中淡附片为君，温补肾阳、散寒化湿，恢复气化以行水湿、通脉络；茵陈为臣，利胆退黄，专治黄疸，《神农本草经·上经》载其“主风湿寒热邪气，热结黄疸”；遵虞抟《医学正传·黄疸》中“治湿不利小便，非其治也”之旨，佐以车前草清热利湿、分消水湿，使湿从小便而去；石菖蒲芳香化湿，醒脾和胃。淡附片与茵陈、车前草相伍，温阳而不助热，利湿而不伤阳，既温化寒湿，又清解余热，体现了“温阳与利湿并行、清热与化湿兼顾”的配伍意图，共奏温阳化气、利湿退黄之功，恢复脏腑气化，从本治郁。三诊、四诊侧重巩固疗效，逐步减少温阳、利湿之品，增加益气健脾补肾、养血活血药物，以巩固正气、调和气血，防止复发。全程紧扣“产后多虚多瘀”之根本，步步为营，方随证转，终获黄退压稳之效。

本例处方用药紧扣病机，其组方药物在现代药理研究中亦显示出与治疗目标相契合的多靶点作用。第一，“补虚”层面：黄芪与当归配伍（当归补血汤），不仅补益气血，且现代研究表明其可调控血管内皮生长因子/Notch信号通路，促进血管内皮修复，同时抑制Toll样受体4/核因子κB炎症通路，减轻补体介导的溶血反应[9]。第二，“疏郁”层面：二妙散（苍术、黄柏）、土茯苓、萆薢等清热利湿，具有抗炎、保肝利胆及调节免疫之功，有助于缓解肝脏炎症与胆汁淤积，对应“湿郁肝胆”所致的黄疸；方中活血利水药如水蛭、泽兰、益母草等，能抗凝、抗血小板聚集、改善肾脏血流、促进水液代谢[10]，对于化解“湿瘀互结”、改善高血压导致的肾微血管损伤具有重要意义。酒大黄通腑泄浊，对应“浊郁中焦”所致气机壅滞。第三，“温阳化气”层面：二诊所用茵陈术附汤加减，淡附片在合理用量下具有强心、扩张血管、改善循环的作用；茵陈富含绿原酸、

茵陈色原酮等，其利胆、保肝、退黄作用明确[11]；淡附片配伍茵陈可改善“阳虚湿郁”之阴黄状态，体现了“温阳以解郁”的治法。综上，“补虚—疏郁—分消”三位一体，药理机制与中医病机契合，全方通过温阳化气，促进机体代谢与排泄功能恢复，从整体功能状态入手改善了顽固性高血压与持续性黄疸。

2.3 临证体会 其一，患者术后血压持续居高不下，联合多种且大剂量降压药半个月余仍疗效不佳，属西医“高血压急症”范畴，可归为中医学“眩晕”“头痛”范畴[12]。中医学认为，其多责之于肝阳上亢、肝肾阴虚、痰湿中阻或瘀血阻络等，常采用平肝潜阳、滋阴降火、化痰息风或活血通络等治法；而该患者西医联合多种大剂量降压药仍未能控制其顽固性高血压，结合该患者产后气血大伤，元气亏虚，虚阳浮动，症见极度乏力、少气懒言，其病机本质与上述常见实证或阴虚阳亢证迥异，乃气血失和、升降逆乱之虚性亢奋。詹教授认为，针对该例患者顽固性高血压，中医治疗上不应套用常法，盲目镇肝潜阳，而应遵循辨证论治，分清寒热虚实，因势利导。以疏利气机、分消泄浊为核心，配合补益气血、活血化瘀之法，旨在恢复机体阴阳平衡，促使血压平稳下降。故治疗未专用大量重镇潜阳之品(方中虽有煅牡蛎，用量轻微，仅取佐助潜镇之意)，而以黄芪配伍当归、泽兰、益母草等调和气血，使气血调畅、升降复常，血压随之渐降。正如“大禹治水，疏浚河道”之理，此治法深合《素问·至真要大论篇》中“疏其血气，令其调达”之理，以疏代攻，以通为补，体现了“治病求本”的中医精髓。其二，患者入院时肝功能受损及高胆红素血症，经治疗后生化指标趋于正常，但皮肤黄疸未消退，初诊时体表呈柠檬黄色特征。中医学认为，黄疸辨证有“阳黄热盛”“阴黄寒湿”二纲[13]，然而本案之柠檬黄乃气血衰败、湿瘀交蒸的特殊征象。其色泽既不符合阳黄之全身鲜明如橘，亦异于阴黄之晦暗如烟熏，故判定为介于阴黄跟阳黄之间的过渡状态。正如王灵台教授提出“介黄”的理论，认为“介黄”是从阳黄到阴黄转化的特殊病理阶段，临床表现为“似阳似阴”“非阳非阴”的复杂证型[14]。詹教授认为该患者若单一采用阳黄或阴黄治法往往疗效欠佳，其治疗需权衡阴黄与阳黄的证候权重，动态调整药物配伍比例。结合该患者舌脉及产后多虚的体质特点，辨证属于虚证阴黄范畴，故二诊适时转用茵陈术附汤加减，温阳与利湿并行，体现了“随证转方”的动态辨证思维。

综上，本例患者病情危重复杂，西医虽积极干预仍遗留顽固性高血压与黄疸。中医紧扣“因虚致郁”核心病机，以补、疏、分消为法，最终获得满意疗效。中医在辨证论治的基础上充分展现了个体化治疗的重要性及必要性，值得临床借鉴及深思。

参考文献

[1] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis[J]. The Lancet Glob Health, 2014, 2(6): e323-e333.
[2] 李维，周丽屏，康苏娅. 产前和产后HELLP综合征的临床特征以及妊娠结局分析[J]. 实用妇产科杂志，2024，40(11)：905-911.
[3] 袁琳，刘兴会. HELLP综合征的处理[J]. 实用妇产科杂志，2022，38(12)：899-901.
[4] 赵扬玉，姜海. 妊娠及产后血栓性微血管病[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2021，37(2)：189-192.
[5] Li J, Zhou Z, Yu J, et al. Renal survival and improvement in younger malignant hypertension patients with thrombotic microangiopathy[J]. Renal Failure, 2025, 47(1): 2567039.
[6] 孙英贤，赵连友，田刚，等. 高血压急症的问题中国专家共识[J]. 中华高血压杂志，2022，30(3)：207-218.
[7] 张国松，易法银. 中医之“郁”探讨[J]. 中医杂志，2020，61(3)：261-263.
[8] 王勇，戴其舟. 朱丹溪郁证论治思想探析[J]. 内蒙古中医药，2011，30(8)：132.
[9] 吴东海，吴婧，周玮，等. 当归补血汤的药学、药理作用及临床应用研究进展[J]. 湖南中医药大学学报，2025，45(3)：577-582.
[10] 莫琼，郝二伟，覃文慧，等. 平性活血化瘀中药物质基础与药理作用的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2020，26(1)：205-216.
[11] 魏文峰，张钰，王壮，等. 茵陈术附汤化学成分、药理作用研究进展及质量标志物预测分析[J]. 中国中医药科技，2025，32(5)：943-947.
[12] 郭温浪，胡志耕. 胡志耕教授治疗难治性高血压病经验总结[J]. 山西中医药大学学报，2025，26(9)：1009-1013.
[13] 杨阳，张桂信，杨琦，等. 仲景治黄八法浅析及临床应用体会[J]. 湖南中医药大学学报，2025，45(1)：125-129.
[14] 赵钢. 王灵台论“介黄”[J]. 中医杂志，2006，47(1)：74-75.

(收稿日期：2026-04-01)
[编辑：徐霜俐]