

三高治疗：慢性杀人

原创 王德生 SIO教育学 2025年05月21日 07:57 湖南

——对主流控制策略的批判性审视与SIO整体医学的重建

【摘要】

高血压、高血糖与高血脂（简称“三高”）被视为现代社会的“三大慢性杀手”，但被忽视的事实是：主流治疗策略本身也在以“慢性杀人”的方式侵蚀患者的生命活力。由于简化身体健康为单一“数字指标”并辅以强制药物抑制，虽然短期内能在统计学意义上降低心脑血管等并发症风险，却牺牲了机体自我调节能力与整体生命力，让患者陷入“表面指标合格但身体机能持续衰败”的矛盾。本文基于现代医学文献与临床经验，并结合SIO（主体—互动—客体）本体论和“意义三律”（特征律、自由律、幸福律），对三高主流治疗背后的数字管理健康教义进行批判性审视。通过分析药理机制、临床数据及患者生存质量等多维度证据，文章揭示了三高治疗在“扼杀意义三律”层面导致的慢性伤害机理，进而提出以SIO整体医学为核心的替代思路。呼吁在慢病管理中从“数字至上”回归“生命本体”，兼顾指标控制与个体活力，使患者真正实现长寿与高质量生存的统一。

一、引言

1.1 三高与现代医学的悖论

随着社会经济的高速发展与生活方式的变迁，高血压、高血糖/糖尿病、高血脂/血脂异常（合称“三高”）在全球范围内的发病率和患病人数不断攀升。世界卫生组织（WHO）以及各国疾控机构均将其列为威胁公共健康的主要慢性非传染性疾病。为控制心脑血管事件、糖尿病并发症以及动脉硬化的高发趋势，大量指南和专家共识提出了基于药物干预、饮食控制和日常监测的“标准化”治疗路径。

然而，近十余年来，临床观察和健康人群追踪发现，大批三高患者虽然在药物等干预下“数字合格”，但却仍然面临体能下降、乏力、焦虑抑郁、器官功能退化等问题。某些患者更是因“达标”的执念而过度用药，带来一系列副作用，形成对身体自主机能的进一步

译

抑制。这样一种“慢性杀人”状况引起了医学界和社会层面的反思：三高治疗真的是在“延长寿命、护卫健康”吗？还是在以“数字化健康教义”为由，牺牲了患者的生命力与幸福感？

1.2 研究目标与文章结构

在此背景下，本文将：

- 1. **剖析**三高常规治疗模式（降压、降糖、调脂）的核心逻辑及争议；
- 2. **聚焦**“数字管理健康教义”如何扼杀“意义三律”，导致身体SIO（主体—互动—客体）功能的退化；
- 3. **探讨**基于SIO整体医学的替代思路，兼顾指标控制与患者生命力。

全文共分为六大部分：引言部分概述问题和研究思路；第二部分梳理三高主流治疗路径；第三部分阐述三高治疗“慢性杀人”的核心机制；第四部分着重结合SIO本体论，剖析“数字管理”如何违背意义三律；第五部分提出替代性方案；第六部分作出总结与展望。

二、三高主流治疗：结构与争议

2.1 高血压：从“数字控制”到“全程监控”

高血压的诊断和管理被认为是慢病领域最成熟和标准化的范式。主要包括：

- 1. **降压药物**：常见类型有钙拮抗剂、ACEI/ARB、β受体阻滞剂、利尿剂等，旨在通过干预血管平滑肌、肾素-血管紧张素系统或交感神经系统等途径，将血压控制在某个“理想范围”。
- 2. **长期监测**：患者被要求在家中自测或到医院复诊，通过数字结果加药或调药。
争议在于：一刀切地将所有人固定在如<140/90或<130/80 mmHg的标准可能忽视个体差异；同时，药物的长期使用会使血管弹性和自主调节能力过度削弱，血压虽下降却带来体能退化、头晕、记忆力下降等副作用。

2.2 高血糖：从“糖化血红蛋白”到“严格控糖”

糖尿病（尤其2型）的治疗主要聚焦“控糖”：

- 1. **口服降糖药/胰岛素**：常见药物包括二甲双胍、磺脲类、DPP-4抑制剂、GLP-1受体激动剂以及胰岛素注射等，用于降低血糖或提高胰岛素利用效率。
- 2. **饮食与作息**：严格限制碳水摄入，配合监测空腹血糖、餐后血糖和糖化血红蛋白等指标。
争议在于：过于强调“低糖”容易导致低血糖风险和身体能量不足，患者也易陷入对数字的恐惧与心理焦虑之中。长此以往，身体自主的葡萄糖调节能力被外部药物/饮食约束所替代。

2.3 高血脂：从“他汀救心”到“全面抑制”
高血脂一般采用调脂药物和限脂饮食：

- 1. **他汀类为主**：例如阿托伐他汀、辛伐他汀，通过抑制肝脏胆固醇合成显著降低LDL水平；
- 2. **饮食限制**：减少饱和脂肪和胆固醇摄入，辅以适度运动。
争议在于：他汀类常见副作用包括肌肉疼痛、肝功能受损等；对脂质的过度抑制也可能影响神经鞘磷脂、激素合成等多项关键生理过程。

三、三高治疗“慢性杀人”的核心机制

3.1 “指标控”下的机体节律僵化

无论是降压、降糖还是调脂，主流做法都在追求一个看似理想的数值区间，继而通过药物或饮食控制让机体固定在这一狭窄范围。短期内稳定指标，减少急性事件，但却抹平了人体原本动态多样的节律，让内在调控系统缺乏锻炼与灵活性。血压的日夜波动、血糖的即时升降、脂质的周期合成和分解本是正常的自我保护机制，一旦被过度剥夺，机体在遇到突发情况时常显得被动和脆弱。

3.2 药物替代自我调节：关键器官功能退化

在生理学层面，人体拥有神经-内分泌-免疫等多重网络。当外部强力介入（如降压药阻断血管收缩，降糖药替代胰岛素分泌或促进外周糖利用，他汀类抑制胆固醇合成）时，机体内部的调控器官因“用进废退”逐渐退化。



- 长期使用β受体阻滞剂：交感神经系统适应能力下降，出现运动耐力差、心率反应迟钝等；
- 胰岛素注射过多：胰岛β细胞自身分泌能力萎缩；
- 他汀类强化降脂：肝脏对多种脂类合成与再利用的调控力下降，甚至关联肌肉或神经系统损伤。

3.3 多重副作用与药物毒性累积

大量临床证据显示，降压、降糖、调脂药都可能带来副作用：如血压过度下降导致的头晕乏力、降糖药物引发的低血糖或胃肠道不适、他汀引起的肌肉炎症或肝损害等。这些副作用相互叠加，形成**对机体持续杀伤的毒性因子**，在患者漫长的生存过程中不断削弱其生理储备和抵抗力。

3.4 社会与心理因素的协同恶化

三高的管控并非单纯生理层面的问题，心理压力、社会支持、环境污染等都在发挥作用。若只关注数字而忽视患者情绪管理与生活方式整体改善，很可能让患者陷入持续焦虑与恐惧。再加上社会环境压力、食品安全与社会支持不足，会进一步恶化患者的身心状态，形成“药物依赖—心理焦虑—身体虚弱”的恶性循环。

四、三高数字管理健康教义对“意义三律”的扼杀

在探讨三高主流治疗为何会演变为“慢性杀人”时，仅从“指标控”“药物依赖”还不够深刻。本文引入**“意义三律”**（特征律、自由律、幸福律）作为评判三高数字管理健康教义是否违背身体本体论根基的重要视角。这三条“意义三律”源于对身体作为SIO（主体—互动—客体）复合体的深层理解，强调个体在与环境的互动中，必须保留一定的创造性（特征律）、自主性（自由律）与满足感（幸福律），才能维持真正的生命活力与健康。

4.1 “意义三律”简要阐释

1. 特征律（创造性）

身体并非仅仅是接受外来刺激的被动客体，而是在生理、心理乃至精神层面都拥有自我创造与调适的潜能。血压、血糖、脂质水平并非一成不变；相反，在不同的环境和

译

情境下，人体能主动调动各组织系统以创造新平衡。这种独特的“自我创造”正是保持健康、多样化活力的根源。

2. 自由律（自主性）

机体本该具有适度的自由度，能够根据内外环境自主决定何时升压、何时降糖、何时合成或分解脂质。这种“自由”保证了身体对复杂情境的应激与弹性。过度扼杀自主调节，无异于将身体变成被动的“数据奴隶”，一旦离开药物或特定环境就难以生存。

3. 幸福律（满足感）

健康并不仅仅是生理指标在“标准区间”，更在于个体对生活质量、情感体验、能量状态的主观满足感。若治疗过程让患者陷入长期疲惫、情绪低落、无力感，或者担惊受怕地守着血压计、血糖仪、胆固醇化验单，实际上违背了健康的内在目标。身体健康应当伴随“愉悦、舒展、富足”的幸福感，而非压抑、痛苦或惊恐。

4.2 数字管理健康教义如何扼杀“意义三律”

数字管理健康教义指的是当前三高主流治疗中盛行的“一切以达标数值为中心”的观念：只要血压、血糖、血脂测量结果符合指南标准，就等同于“健康”；任何偏离都要迅速用药或干预来“拉回区间”。这套教义在流行病学层面有其合理性，却在个体本体论与意义三律层面埋下了巨大隐患。

1. 扼杀特征律：身体创造性被抹灭

- 高血压治疗：利用降压药将血管强行压制在低压力状态，看似减少了血管收缩的“矛盾”，却让身体再无机会“创造性”地调节血管弹性，应对不同心理和生理情境。
- 高血糖治疗：严控饮食、频繁胰岛素/降糖药补给，使血糖只能处于狭窄范围，机体原本灵活的能量供应与利用机制不复存在，缺乏因环境变化而迸发的适应性。
- 高血脂治疗：他汀类药物阻断了肝脏对脂质的多元合成通路，抹杀了身体在神经、激素、细胞膜更新等方面的“独特创造”。

2. 扼杀自由律：机体自主权被药物替代

- 高血压患者动辄测量血压，一旦数值高于标准便立刻加药，身体对剧烈运动、情绪波动等自主升压过程无法完成，丧失了短期内快速升/降压的本能自由。
- 高血糖患者对“吃什么、吃多少、何时吃”都被严格量化，身体最根本的“饥饿-饱足”反馈被外在数据强行校正，失去了饮食调节的自主权。

- 高血脂患者往往不能自由选择含脂食物，过度限脂会让机体对特定脂肪酸、脂溶性维生素等营养元素的获取不足，身体在营养调度上捉襟见肘。

3. 扼杀幸福律：治疗过程缺乏满足感

- 长期“数值焦虑”让患者始终绷紧神经，对血压计、血糖仪、化验单的数字“草木皆兵”，幸福感大打折扣。
- 药物本身的副作用，包括头晕、乏力、低血糖反应、肌肉酸痛等，使患者的日常生活质量难以与“健康”画上等号。
- 过度饮食限制与“不能随心所欲”的生活方式约束，更是阻碍了社交、娱乐、味觉享受等身体与环境的愉悦互动，陷入“指标正常却无生活乐趣”的困境。

4.3 三高治疗与“慢性杀人”的本体论机理

正是因为三高数字管理健康教义**根本违背了“意义三律”**，才最终导致了“慢性杀人”的发生：

- 当特征律被抹杀，身体创造力枯竭；
- 当自由律被剥夺，机体的弹性与自主性日益式微；
- 当幸福律不复存在，治疗过程充满压抑与痛苦。

这便使得患者虽在医学指标上“合格”，但在实际生理与心理层面却渐失活力。从长周期看，心脑血管风险或许得到了部分延迟，但个体的生命质量严重滑坡，呈现出“被续命但无生机”的悖论状态。由此，“数字化”三高管理本身也在扮演“慢性杀人”的角色。

五、替代思路：从“数字至上”到“生命本体”

若要破解三高“慢性杀人”困局，必须正视当前数字管理健康教义对意义三律的扼杀，从而建构更具包容性与整体观的慢病管理体系。以下思路可供参考：

5.1 调整医学范式：重视个体差异与多维度健康结局

1. **个体化目标设定：** 考虑患者年龄、遗传、生活方式、心理状态等差异，不再一刀切地要求血压、血糖、血脂必须达到同一阈值。老年患者可能允许略高一些，年轻患者则可适当严格。

2. **多指标综合评估：** 除心脑血管事件或急性并发症外，还需关注运动耐力、情绪状态、社会交往、睡眠质量等全方位指标，以此判断真正的整体健康水平。
- 5.2 激活身体自愈力：非药物干预与生活方式转型
1. **营养与运动升级：** 不只是单调的“限盐、限糖、限脂”，而是立足机体需求，在遵循一定原则下寻求多样化、平衡化、个性化的饮食方案，辅以系统运动处方（有氧、力量、柔韧相结合）。
2. **情绪与社交支持：** 开展心理辅导、家庭支持、患者互助小组等，让患者在积极社交和情感交流中恢复“幸福律”所需的满足感。
3. **适度放开自由度：** 探索在安全范围内减轻或阶段性停用部分药物，让身体在可控环境中重新学习自我调节，恢复基本的“主动权”。
- 5.3 优化药物策略：精准与多学科协作
1. **精准医学：** 借助基因检测、个性化诊断，减少盲目用药，控制药量到最小有效水平；
2. **多学科团队：** 将心内科、内分泌科、营养科、运动康复科、心理科协同起来，根据个体不同情况制定全程管理方案；
3. **阶段性减药及严格监控：** 在确保安全的前提下，通过反复实验与评估，寻求“既能维持较理想指标，又不给身体带来过度抑制”的平衡点。
- 5.4 SIO式整体管理：重建主体-互动-客体的和谐
1. **主体的激活：** 让患者成为自我健康管理的主体，通过教育、督导和陪伴，培养自我认知与自我效能，避免被药物与仪器“奴役”。
2. **互动的回归：** 引导患者与外部环境（家庭、社区、自然）良性互动，增加户外活动、休闲娱乐、社会交流，形成丰富的身心刺激与反馈，激发机体的创造性与适应性。
3. **客体的优化：** 药物、设备和检测指标只应作为辅助手段，而非统治性力量。创造更灵活、更人性的用药与监控节奏，让身体拥有必要的调整空间。

六、讨论与结语

6.1 反思“三高治疗：慢性杀人”

“三高”在公共卫生领域的重大威胁毋庸置疑，但其主流治疗方式同样有必要接受批判性审视。若只追求数字达到某一教条化标准，却忽视患者在意义三律（特征律、自由律、幸福律）上的全面萎缩，无异于“饮鸩止渴”：短期“指标正常”，长期身体机能却日渐下滑，甚至活在副作用和心理焦虑中。本质上，这正是一种“慢性杀人”。



6.2 重塑“生命本体”：从数字到整体健康

面对三高威胁与全球性慢病负担，医学界应当回归到生命整体性的终极关怀：既要尊重现代循证医学在控制急性并发症和统计学风险上的贡献，也不能让数字化健康教义凌驾于身体本体之上。让“意义三律”成为衡量疗效的重要补充指标，有助于人们更理性地平衡“药物干预”与“生活方式修复”，在保证安全前提下为机体留出自主调节的空间。

6.3 总结与未来展望

三高治疗的当代路径，很大程度上造福了无数患者，但也衍生了“扼杀意义三律”以致“慢性杀人”的隐忧。唯有主动突破“数字至上”思维，将SIO本体论和整体医学理念真正融入慢病管理，才能走向标本兼治的可持续健康道路。也许在不远的将来，我们将看到更多跨学科融合的医疗模式涌现：以个体差异为基、以意义三律为度量、以整体生活质量为目标，让患者不再只被动“延命”，而是获得真正的生命绽放。

参考文献（示例）

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. WHO, 2022.
2. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. JAMA. 2014;311(5):507-520.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl.1):S1-S288.
4. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. Circulation. 2014;129(25 suppl 2):S1-S45.
5. Kones R, Rumana U. Current Treatment of Dyslipidemia: A New Paradigm for Statin Drug Use and the Need for Additional Therapies. Drugs. 2015;75(11):1187-1199.

声明： 本文旨在学术与思辨层面提供新的视角，不构成具体的临床诊断与治疗方案。实际治疗应在专业医师指导下进行个体化决策。

