

常见病自我防治系列



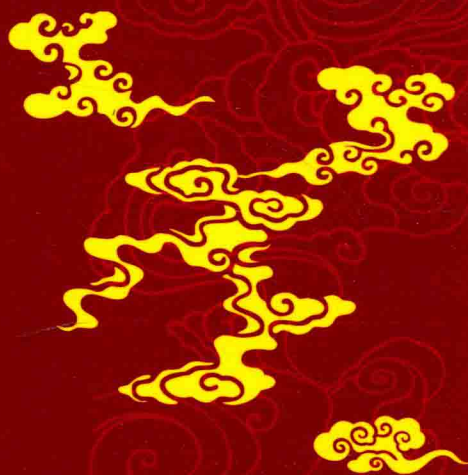
# 高血压

## 自我防治

GAOXUEYA  
ZIWO FANGZHI

梁名吉·主编

大家都知道高血压是非常常见的慢性病、多发病，需要采取综合治疗手段来控制高血压病情的发展。但是你知道吗，在家也可以采用多种方法来帮助缓解高血压，帮助你降低血压，缓解不适，减缓并发症的发生发展，还你一个健康的身体！



化学工业出版社

常见病自我防治系列



# 高血压

## 自我防治

GAOXUEYA  
ZIWO FANGZHI

梁名吉·主编



化学工业出版社

·北京·

本书内容主要介绍高血压疾病基本知识、高血压病自我防治。书中收录了大量有助于高血压疾病防治的药茶、药粥、药汤以及保健菜肴,同时也介绍了大量中医外治疗法,如手部按摩疗法、头部按摩疗法、足部按摩疗法、刮痧疗法、拔罐疗法、指压疗法、耳压疗法、艾灸疗法、贴敷疗法、磁穴疗法、梳头疗法、气功疗法、运动疗法、娱乐疗法、心理疗法、起居疗法等自然疗法。本书语言通俗易懂,深入浅出,在选方用药上突出“简、便、廉”的特色,力求疗效可靠,适合普通家庭配方使用。

本书适合高血压病患者自疗与家庭保健,也可供基层医务人员和医学生阅读参考。

## 图书在版编目(CIP)数据

高血压自我防治/梁名吉主编. —北京:化学工业出版社, 2015. 8

(常见病自我防治系列)

ISBN 978-7-122-24407-9

I. ①高… II. ①梁… III. ①高血压-防治 IV. ①R544.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第138927号

---

责任编辑:张 蕾

责任校对:宋 玮

装帧设计:史利平

---

出版发行:化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)

印 装:三河市延风印装有限公司

710mm×1000mm 1/16 印张16 字数275千字 2015年10月北京第1版第1次印刷

---

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686) 售后服务:010-64518899

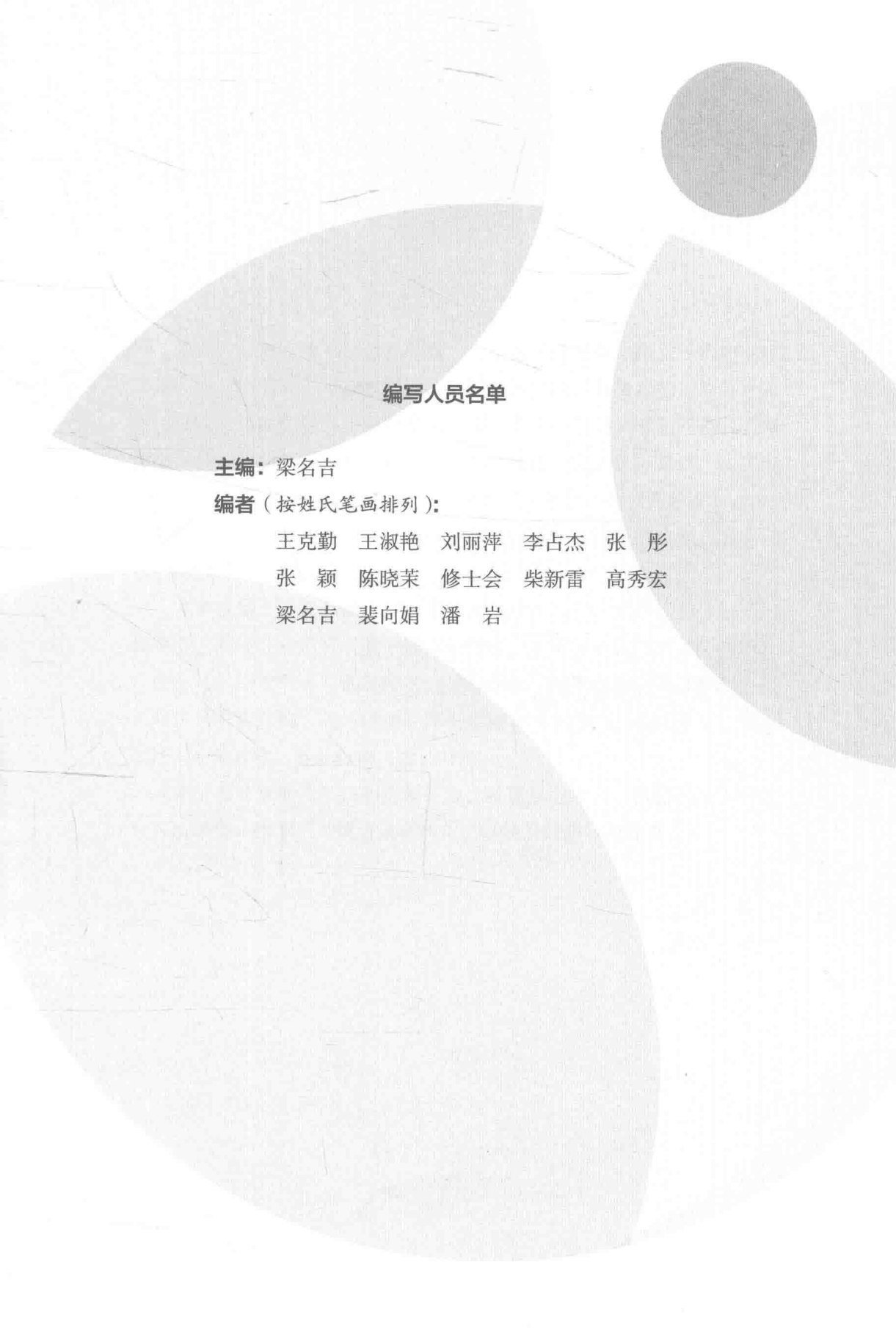
网 址:<http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

---

定 价:39.80元

版权所有 违者必究



## 编写人员名单

**主编：**梁名吉

**编者（按姓氏笔画排列）：**

王克勤 王淑艳 刘丽萍 李占杰 张 彤  
张 颖 陈晓茉 修士会 柴新雷 高秀宏  
梁名吉 裴向娟 潘 岩

# 前言

Foreword

现代社会中，随着社会的发展、生活水平的提高，高血压病的发病率也开始直线上升，严重危害着人们的身体健康，给患者的正常工作和生活都带来了极大的不便及困扰。很多患者千方百计地求医问药，力图能够早日战胜病魔，恢复健康。只要自己懂得一定的医疗常识，在医生的指导下，就可以自己动手进行一些防治，使疾病得到预防和及时治疗，这样既省事、省时，免去诸多烦恼，又减轻了自己的经济负担。为此，我们组织编写了本书。

本书收录了大量有助于高血压疾病防治的药茶、药粥、药汤以及保健菜肴，同时也介绍了大量中医外治疗法，如手部按摩疗法、头部按摩疗法、足部按摩疗法、刮痧疗法、拔罐疗法、指压疗法、耳压疗法、艾灸疗法、贴敷疗法、磁穴疗法、梳头疗法、气功疗法、运动疗法、娱乐疗法、心理疗法、起居疗法等自然疗法。

由于编者水平及掌握的资料有限，尽管尽心尽力，但错误及不当之处在所难免，敬请广大读者批评指正，以便及时修订与完善。

编者

2015年4月

# 目 录

## CONTENTS

### 第一章 高血压病基本知识 / 1

- 第一节 血压的生理作用及正常值 / 2
- 第二节 高血压病的病因 / 3
- 第三节 高血压病的临床表现 / 6
- 第四节 高血压的分类、分期与临床类型 / 7
- 第五节 高血压病的中医分型 / 11
- 第六节 高血压病的诊断标准 / 13
- 第七节 高血压病的危害 / 15
- 第八节 高血压病的预防与护理 / 16
- 第九节 家庭自测血压 / 31

### 第二章 高血压病自我防治 / 35

- 第一节 饮食疗法 / 36
- 第二节 药膳疗法 / 48
- 第三节 药茶疗法 / 58
- 第四节 药枕疗法 / 68
- 第五节 手部按摩疗法 / 73
- 第六节 头部按摩疗法 / 83
- 第七节 足部按摩疗法 / 87
- 第八节 刮痧疗法 / 95

第九节 拔罐疗法 / 105

第十节 指压疗法 / 114

第十一节 耳压疗法 / 118

第十二节 艾灸疗法 / 122

第十三节 贴敷疗法 / 126

第十四节 磁穴疗法 / 135

第十五节 梳头疗法 / 137

第十六节 气功疗法 / 140

第十七节 运动疗法 / 151

第十八节 娱乐疗法 / 214

第十九节 心理疗法 / 223

第二十节 起居疗法 / 231

第二十一节 其他疗法 / 240

参考文献 / 247

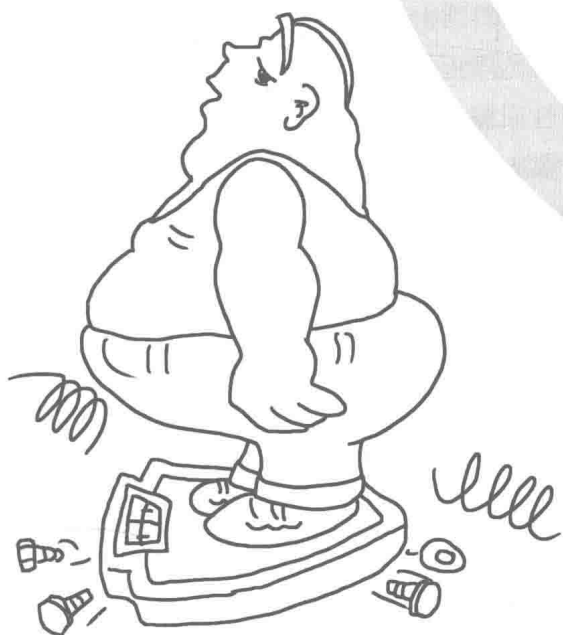
## 目 录

C O N T E N T S



## 第一章

# 高血压病 基本知识





## 第一节

### 血压的生理作用及正常值

血压指的是血液在血管内流动时对血管壁的侧压力，用血压计在肱动脉上测得的数值来表示，以毫米汞柱（mmHg）或者千帕（kPa）为单位。平时说的血压包含收缩压和舒张压。收缩压指的是心脏在收缩时血液对血管壁的侧压力；舒张压指的是心脏在舒张时血液对血管壁的侧压力。

血液循环系统（图1-1）是由心脏和血管两部分构成的，心脏是血液循环的动力器官，是血液循环的“中心”，如同“唧泵”，由心脏肌肉的节律收缩产生动力，即产生将血流向前推进的压力，从而使人体内的血液由心腔排出，沿着大动脉、小动脉流至全身各个部位，再经由毛细血管，沿静脉返回心脏，如此而环流不息。所以，心脏搏动一旦停止，血液循环就会中断。

血压的生理作用就在于使动脉保持一定水平的压力，使血液循环运行正常，维持机体健康的生命状态。心脏收缩时，含有营养成分及氧气的新鲜血液被挤压到动脉内，并沿着血管向前流动，具有弹性的血管也会相应地扩张，从而使血液动力得到一定的缓冲而不至于过高；心脏舒张时，虽然停止了对血液的挤压，但是因为动脉血管的弹性回缩，从而压迫血液继续向前流动。血液就这样靠心脏收缩产生了动脉的收缩压，借助动脉血管回缩而维持了一定的舒张压。因为一定水平血压的持续存在，才迫使血液不停顿地、连续地流向压力较低的全身毛细血管，将营养成分和氧气带给机体的各个器官和组织。所以，动脉若没有一定的压力（即血压），血液就不会在全身正常流动，人体各器官和组织也就得不到必要的营养物质。血压过低或过高，对人体

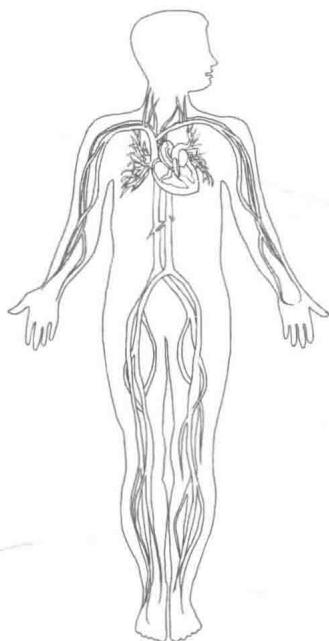


图1-1 血液循环系统

都是不利的。血压过低时会因组织（特别是大脑、心肌等）缺血、缺氧而发生头昏、头晕、视物模糊、心悸乏力以及共济失调，甚至晕厥、休克；血压过高时，人们会出现头痛、头晕、头胀、眼花、耳鸣、心悸、失眠等症状，若不及时进行治疗，可在多年后逐渐影响心、脑、肾等器官，以致造成冠状动脉病变、高血压性心脏病、脑动脉硬化、脑出血等。

## 第二节 高血压病的病因



原发性高血压的病因与发病机制尚未完全明了，但可以确定高血压并非由单一因素引起，而是由彼此之间相互影响的多种因素所导致。

（1）遗传和家族聚集性：高血压的遗传因素、家族关系已经被医疗实践所证实。高血压病患者的家族倾向在生命早期已经建立。Bianclu等研究发现，双亲都为正常血压者子女患高血压的概率是3%，而双亲都是高血压者其概率则为45%。相关调查结果表明，父、母一方有高血压者高血压患病率是无高血压家族史者的1.5倍；父母双方均有高血压者，患病率是没有高血压者的2~3倍。单卵孪生子间血压相关程度要比双卵孪生子间更明显。动物实验研究已成功地建立了遗传性高血压大鼠株，繁殖几代后几乎100%发生高血压，特别是自发性高血压大鼠同人类高血压有许多相似之处。

（2）超重和肥胖：超重（图1-2）与肥胖是高血压发病的危险因素，同时也是冠心病及脑卒中发病的独立危险因素。我国人群体重指数（BMI）水平虽低于西方，但是近年来增长较快。人群BMI水平与心血管发病密切相关。BMI每增加 $1\text{kg}/\text{m}^2$ ，冠心病发病危险增高12%，缺血性卒中危险增高6%。超重与肥胖为我国人群冠心病和缺血性卒中发病的

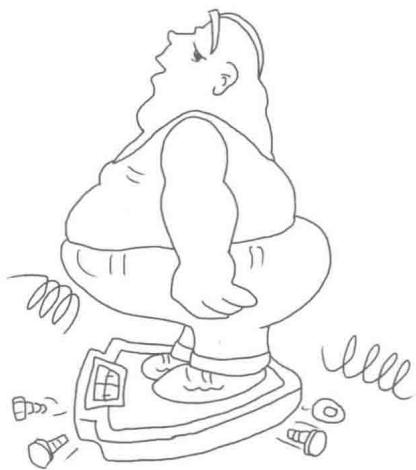


图1-2 超重

独立危险因素。

$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身高}^2 (\text{m}^2)$ ，正常值为 $18.5 \sim 24.9 \text{kg/m}^2$ ， $25 \sim 28 \text{kg/m}^2$ 为过重， $28 \text{kg/m}^2$ 以上为肥胖。

血压与体重的关系在儿童和青少年时期就已存在。肥胖与高血压的关系不仅决定于总体重，还同脂肪的分布有很大关系。成年人的肥胖主要表现为中心性肥胖，脂肪细胞增大，但其数目并无变化；中心性肥胖高血压患病率最高。儿童肥胖及脂肪的分布、脂肪细胞数目增多和脂肪细胞的大小有关。由于热量过剩引起肥胖而导致高血压的可能机制有以下几个方面：第一，血容量与心排出量增加；第二，因伴有高胰岛素血症或者肾素与醛固酮关系异常而引起体内水钠潴留；第三，神经内分泌调节紊乱，例如交感神经肾上腺素能活性增高；第四，细胞膜协同转运功能缺陷，钠-钾泵活性异常，均可能是造成高血压和肥胖的细胞病理基础。

(3) 高盐摄入：盐摄入量和高血压患病率之间呈线性相关。

高血压病患者有盐敏感型和非敏感型，这提示在饮食钠摄入引起高血压的机制中有遗传因素的参与。盐敏感者占高血压人群的 $30\% \sim 50\%$ ，高钠可能通过提高交感神经活性、促进排钠激素分泌、影响机体小动脉等自动调节机制，使肾排钠缺陷、扩血管多肽产生减少等可使细胞内钙离子浓度增加，外周血管阻力增加而发生高血压。

(4) 饮酒：酒是造成许多疾病的危险因素。1951年，Lian首先在法国服务人员中调查饮酒对血压的影响，发现饮用葡萄酒每日大于 $2.5\text{L}$ 时，高血压的患病率明显增加。研究表明，饮酒量和血压之间存在着剂量-反应关系，随着饮酒量的增多，收缩压与舒张压逐渐升高。多数研究发现重度饮酒者或者长期饮酒者（图1-3）的高血压患病率及平均血压值均升高，尤其是收缩压。



图1-3 饮酒

饮酒量同血压呈“U”型相关，存在“阈值”反应。Klutdky提出每日40g酒精摄入量是阈值，每日酒精摄入量大于78g的重度饮酒者，其高血压患病率是不饮酒者的2倍，但每日酒精摄入量40g以下的饮酒者，血压水平与非饮酒者没有明显差异。

(5) 吸烟：吸烟（图1-4）和血压的关系已经引起了流行病学、预防医学以及临床医学专家的高度重视，吸烟是心血管疾病的危险因素。所以，高血压病患者强调戒烟是非常必要的。



图1-4 吸烟

(6) 钾的摄入：流行病学研究及临床试验结果均表明，人群内和人群间血清钾、尿钾以及膳食摄入的钾与血压之间呈负相关；同时，钾对血压的作用独立于钠。有研究显示，每日尿钾排泄量增加到60mmol，可使收缩压降低2.7mmHg。1mmol钾的降压作用与相当于3mmol钠的升压作用。

膳食钠/钾比例同脑卒中病死率呈正相关。对33项包括高血压病患者（1560例）和正常血压者（1005例）的随机对照临床试验的荟萃分析显示，补钾60mmol/d，可导致平均收缩压和舒张压分别降低4.4mmHg和2.4mmHg。同时发现，补钾对高血压者以及钠摄入量高者的降压效果十分明显。

目前我国人群膳食中钾摄入量普遍偏低，通常在2~3g/d，膳食中钠/钾比为3:1，为我国高血压患病率高的主要原因之一。

(7) 钙的摄入：调查显示，日钙摄入量低于300mg人群的血压要比日钙摄入量大于800mg人群的血压高20~30mmHg，并发现个体膳食中每日钙摄入同血压之间也存在显著负相关。

钙离子参与血管平滑肌细胞的收缩和舒张，所以血清钙离子水平降低与高血压的发病有关。临床试验显示，补钙可使收缩压降低3~6mmHg。但目前将补钙作为预防高血压的重要措施还需要进一步的研究。

(8) 镁的摄入：镁参与人体多种生理及生化过程。镁代谢异常与动脉粥样硬化和某些心脏病有关。一些研究表明，低镁为猝死的主要原因。膳食、血清以及细胞内镁的含量与血压呈负相关。一些临床试验也显示了补镁降低血压的效果，但是证据尚不够充分。

膳食中的镁主要来源于蔬菜（如豆类）和粗粮，干果中也含有大量的镁。所以，应保证足量的蔬菜和适量的粗粮以符合人体对矿物质的需要。

（9）精神压力：精神压力对血压的升高起非常重要的作用。精神紧张以及压力大的职业人群血压水平较高。

精神压力包括外部环境方面，如家庭、经济、社会竞争等；内部环境方面，如过度疲劳、疾病、不良饮食习惯等；精神情感方面，如责任心、担心等。



### 第三节 高血压病的临床表现

所谓高血压，就是指体循环动脉收缩压和/或舒张压增高，超过了“正常血压范围”（超过140/90mmHg），是一种常见的临床综合征。

高血压病的症状较为复杂，往往因人而异。由于高血压病是一种能持续一生的疾病，只有及早发现，采取有效的防治措施，才能控制病情的发展，并且逐步改善人体的功能状态，使其保持一定的健康水平。高血压病早期，多无症状或者症状不明显，在确诊为高血压病的患者中，有将近40%没有自觉症状；晚期，症状多与不同程度的动脉粥样硬化及其并发症有关。

在临床上，缓进型高血压病值得高度重视的症状就是“午后头痛”。从时间上说，每天晨起以及上午血压较平稳。因为疲劳，特别是紧张的脑力活动较多的原因，在午后，血压往往要比上午高。所以，早期高血压病患者由于上午血压较低，可以不出现什么症状，而到了下午，随着血压的升高，可出现头痛、头昏等一系列症状。因此，在25岁以后，出现不明原因的“午后头痛”，一定要尽快去医院诊治，防止耽误病情。

高血压病早期，可出现类似神经官能症的症状，如头痛（图1-5）、失眠、健忘、烦躁、耳鸣、易疲劳等。随着病情的发展，血压可逐渐升高，并趋向持续，此时血压的波动幅度较小。当高血压病发展到损害内脏器官而出现心、脑、肾并发症时，会出现手足麻木、短暂的失语偏瘫、昏睡、昏迷、抽搐、咳喘、不能平卧以及贫血、水肿等。

一般情况下，高血压病由最初症状出现发展到脑卒中，需要十余年；发展到冠心病，需要5~10年。所以，只要充分重视高血压病的临床症状，经常或定期检查血压，采取非药物或药物等方法治疗，有效地控制血压，就可以使心脑血管病发病率下降50%左右。



图1-5 头痛

## 第四节 高血压的分类、分期与临床类型



高血压分为原发性高血压和继发性高血压两大类。继发性高血压是指继发于其他疾病或原因的高血压，有确切的病因，如嗜铬细胞瘤、肾动脉狭窄等引起的高血压。原发性高血压没有明确的病因，也就是我们常说的高血压。下面主要介绍原发性高血压的情况。

### （一）原发性高血压病患者必做的相关检查

（1）实验室检查：要常规检查血常规、尿常规、肾功能、血尿酸、血糖、血脂、血电解质等。

早期高血压病患者以上检查可无特殊异常，后期高血压病患者可出现尿蛋白增多及尿常规异常等肾功能减退表现。其中部分高血压病患者可伴有血清总胆固醇、三酰甘油（甘油三酯）、低密度脂蛋白胆固醇增高和高密度脂蛋白胆固醇降低，有的高血压病患者可伴有血糖或者血尿酸水平升高。

（2）心电图及X线片检查：有的高血压病患者心电图显示左心室肥大劳损，胸部X线检查可见主动脉弓迂曲延长及左心室增大。

（3）眼底检查：通常为了了解高血压病的严重程度，经常需要进行眼底检查。

目前多采用Keith-Wagener眼底分级法，分级标准如下。

I级：视网膜动脉变细，并且反光增强。

II级：视网膜动脉狭窄，且动静脉交叉压迫。

III级：在上述血管病变基础上有眼底出血、棉絮状渗出。

IV级：上述基础之上出现视盘水肿。

(4) 动态血压监测 (ABPM)：动态血压监测是由仪器自动定时测量血压，每隔15~30分钟自动测压，可连续监测24小时或更长时间。借助动态血压监测可以测定白天与夜间各时间段血压的平均值和离散度，能够比较客观地且敏感地反映高血压病患者的实际血压水平。

正常人群血压呈现出明显的昼夜波动，动态血压曲线呈双峰一谷，也就是夜间血压低，清晨起床活动之后血压迅速升高，上午6~10时及下午4~8时各有一个高峰，随后血压缓慢下降至凌晨血压最低值。血压的变异性和昼夜节律与靶器官损害及预后有较为密切的关系，即伴有明显靶器官损害或严重高血压病患者血压的昼夜节律可消失。通常认为，动态血压24小时平均血压值 $<130/80\text{mmHg}$ ，白昼均值 $<135/85\text{mmHg}$ ，夜间 $<125/75\text{mmHg}$ 为动态血压正常值。夜间血压均值比白昼低 $>10\%$ ，若相差不及 $10\%$ ，可认为是血压昼夜节律消失。

动态血压监测可用于以下几方面。

- ① 判断高血压的严重程度，了解其血压变异性及血压昼夜节律。
- ② 指导降血压治疗及评价降血压药物疗效。
- ③ 诊断“白大衣性”高血压，也就是在诊所内血压升高，但在诊所外血压正常。
- ④ 诊断发作性高血压或低血压。

## (二) 危险度的分层

原发性高血压的严重程度并不是单纯同血压升高的程度有关，必须结合患者总的心血管疾病危险因素及合并的靶器官损害进行全面的评价，在此基础上确定治疗目标，正确地判断患者的预后。

高血压病伴发的心血管疾病包括心脏疾病（如左心室肥大、心肌梗死、心绞痛、心力衰竭）、脑血管疾病（包括脑卒中或者短暂性脑缺血发作）、肾脏疾病（蛋白尿或血肌酐升高）、周围动脉疾病和高血压视网膜病变（大于或者等于III级）。

高血压危险度的分层可以根据血压水平结合危险因素及合并的器官受损情况将高血压病患者分为低、中、高和极高危险组。治疗时不仅要考虑降低血压，还要考

考虑危险因素和靶器官损害的预防及逆转。高血压患者并存的心血管疾病危险因素包括高脂血症、吸烟、糖尿病、年龄 $>60$ 岁、男性或者绝经后女性、心血管疾病家族史（发病年龄女性 $<65$ 岁，男性 $<55$ 岁）。

低度危险组：高血压1级，不伴有以上危险因素，治疗以改善生活方式为主，若6个月后无效，再进行药物治疗。

中度危险组：高血压1级伴1~2个危险因素或高血压2级不伴有或伴有不超过2个危险因素者。在治疗上应当改善生活方式加上药物治疗。

高度危险组：高血压1~2级伴有至少3个危险因素者，必须要给予药物治疗。

极高危险组：高血压3级或者高血压1~2级伴有靶器官损害及相关的临床疾病者（包括糖尿病），必须要尽快给予强化治疗。

高血压3级分类标准如下。

1级高血压（轻度）：收缩压 $140\sim 159\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $90\sim 99\text{mmHg}$ 。

2级高血压（中度）：收缩压 $160\sim 179\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $100\sim 109\text{mmHg}$ 。

3级高血压（重度）：收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 。

### （三）分期

1997年世界卫生组织与国际高血压病学会（WHO/ISH）规定的高血压分期（1997，JNC VI）见表1-1。

表1-1 按靶器官损害程度分期

|    |                                                                                                                                                       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一期 | 无器官损害表现                                                                                                                                               |
| 二期 | 至少有一项器官损害表现<br>(1) 左心室肥厚（X线片、心电图、心脏超声证实）<br>(2) 视网膜动脉变窄<br>(3) 蛋白尿和/或血肌酐轻度升高（ $106\sim 177\mu\text{mol/L}$ ）<br>(4) 超声或X线显示有动脉粥样硬化斑块（颈动脉、主动脉、髂动脉、股动脉） |
| 三期 | 出现器官功能衰竭的临床表现<br>心：心绞痛、心肌梗死、心力衰竭<br>脑：短暂脑缺血发作（TIA）、脑卒中、高血压脑病<br>眼底：视网膜出血、渗出物伴或不伴有视盘水肿<br>肾：血肌酐 $>177\mu\text{mol/L}$ ，肾衰竭<br>血管：动脉夹层、动脉闭塞性疾病          |

#### (四) 原发性高血压的临床类型

原发性高血压大多起病缓慢,进展缓慢,病程可以长达十余年甚至数十年,症状轻微,逐渐导致靶器官损害。按照其临床表现的不同,可以将原发性高血压分为如下几种临床类型。

(1) 恶性高血压:1%~5%的中、重度高血压病患者有可能发展为恶性高血压,以肾小动脉纤维样坏死为其突出的病理特征。临床特点有下列5点。

- ① 发病年龄较轻,多见于中、青年,发病较急骤。
- ② 肾脏损害突出,表现为持续性蛋白尿、血尿及管型尿,且可伴有肾功能不全。
- ③ 血压显著升高,舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ 。
- ④ 可有头痛、视物模糊、眼底出血、渗出以及视盘水肿等临床表现。
- ⑤ 病情进展迅速,若得不到及时有效的治疗,常死于脑卒中、肾衰竭或者心力衰竭。

##### (2) 高血压危重病症

① 高血压脑病:指的是在高血压病程中发生急性脑血液循环障碍,引起脑水肿和颅内压增高而产生的临床征象。表现为严重头痛、呕吐以及神志改变;病情较轻者可仅有烦躁、意识模糊,严重者可发生抽搐、昏迷以及癫痫样发作等。高血压脑病发生的机制可能为过高的血压超出了脑血管的自身调节机制,造成脑灌注过多,液体渗入脑血管周围组织,引起脑水肿。

② 高血压危象:指的是在高血压病程中,由于周围血管阻力的突然升高,血压明显升高,出现头痛、烦躁、眩晕、恶心、心悸、呕吐、气急及视物模糊等症状。血压以收缩压显著升高为主,也可伴随舒张压升高。发生机制为交感神经活动亢进,血液循环中儿茶酚胺含量升高。

(3) 老年人高血压:年龄超过60岁达到高血压诊断标准者即为老年人高血压。其临床特点如下。

① 半数以上以收缩压升高为主,也就是单纯收缩期高血压(收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ,舒张压 $< 90\text{mmHg}$ )。

② 老年人高血压病患者心、脑以及肾等重要器官常有不同程度损害,心力衰竭、心肌梗死、脑卒中以及肾功能不全等比较常见。

③ 老年人压力感受器敏感性减退,对血压的调节功能降低,容易导致血压波动及直立性低血压。所以,在使用降血压药物治疗时要密切观察血压变化。