

高血压病

GAOXUEYABING
SHIXIAO JINGDIAN

实效经典

主编 高宪玺 李爱琴 赵卫



人民军医出版社



CHANGJIANBING SHIXIAO JINGDIAN CONGSHU
常见病实效经典丛书

高血压病实效经典

GAOXUEYABING SHIXIAO JINGDIAN

主 编 高宪玺 李爱琴 赵 卫

副主编 李彦平 黄祖刚 张卫红 姜雪原

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

高血压病实效经典 / 高宪玺, 李爱琴, 赵卫主编. —北京: 人民军医出版社, 2008.7

ISBN 978-7-5091-1949-5

I. 高… II. ①高…②李…③赵… III. 高血压—中医治疗法 IV. R259.441

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 098995 号

策划编辑: 王宁

文字编辑: 贡书君

责任审读: 张之生

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927270; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927297

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 京南印刷厂 装订: 桃园装订有限公司

开本: 710mm×960mm 1/16

印张: 15 字数: 240 千字

版、印次: 2008 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~4000

定价: 29.50 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内 容 提 要

本书是“实效经典”系列丛书中的高血压病分册，书中较为系统地总结了运用中医药治疗高血压及其并发症的有效治疗方法，内容包括中西医治疗高血压以及高血压常见合并症的辨证论治、临床效方等。全书内容翔实、易学易懂，适合中医爱好者和中医院校师生学习参考，也可供高血压患者及其家属阅读参考。

前 言

自从出版了《前列腺炎实效经典》《糖尿病实效经典》后，由读者来电、来信中，我们可以感受到广大读者的认可。正是因为作者在编写的过程中，强调了“实用性、经典性”，使得书中所介绍的方法有着较强的实用意义，便于医师和患者参考应用。

为了更好地服务于广大读者，我们组织编写了常见病的“实效经典”系列，仍遵循以往的风格，强调实用性，努力打造适应患者实际需求的、好的中医药图书。

单册以某种常见病为主题，详细介绍了现代医学的认识、治疗方法；中医学辨证论治、中成药疗法、中医外治疗法、验方疗法、效方疗法、简方疗法、食物疗法等。所选录的治疗方法都是通过临床验证、宜于应用的。

由于中医药学有很强的专业性，请务必在专业中医医师的指导下使用书中所收录的方药，特别是使用某些有毒性反应的药物（如附子、乌头等）时一定要慎重。希望本书所收录的方药，对您有所帮助！



目 录



第一章 概论	1
第一节 病因病理	1
一、病因	1
二、发病机制	3
三、病理改变	4
第二节 血压的形成和测量	5
一、血压测量原理	5
二、测量仪器和考核	6
三、偶测血压	7
四、自我测量血压	8
五、动态血压监测	8
六、血压测量中的特殊情况及意义	9
第三节 高血压的诊断	10
一、高血压的诊断标准	10
二、诊断要点	10
三、临床表现	12
四、辅助检查	14
第四节 临床高血压分类	15
一、高血压分类	15
二、心血管危险性分层	15
三、高血压急、危重症	17

第二章 西医治疗	19
第一节 一般治疗	20
一、非药物方法	20
二、高血压患者生活要点	21
第二节 药物治疗概述	25
一、药物治疗的基本原则	25
二、常见降压药分类	27
第三节 常用降压药物	31
一、利尿降压药	31
二、中枢性降压药	34
三、去甲肾上腺素能神经末梢阻滞药	35
四、肾上腺素受体阻断药	36
五、血管平滑肌扩张药	39
六、钙拮抗药	41
七、转换酶抑制剂	44
八、其他降压药	46
第四节 降压药物的选择	48
一、联合用药	48
二、个体用药选择	49
三、其他药物的选用	50
四、高血压急症的药物治​​疗	51
第五节 合并症的治疗	52
一、高血压合并糖尿病的治疗	52
二、高血压合并心力衰竭的治疗	53
三、高血压合并冠心病的治疗	53
第三章 中医治疗	55
第一节 中医辨证治疗	55
一、病因病机	55
二、辨证论治	58

第二节 中成药疗法.....	60
第三节 中医外治疗法.....	66
一、针刺疗法	66
二、灸疗法	69
三、刺络法	70
四、沐浴疗法	72
五、推拿疗法	74
六、穴位疗法	77
七、其他疗法	78
第四节 验方疗法.....	80
第五节 效方疗法.....	89
第六节 简方疗法.....	130
第七节 食物疗法.....	133
一、药茶	133
二、药粥	136
三、药膳	142
四、药酒	147
第四章 特殊高血压的中医治疗	149
第一节 老年性高血压的治疗	149
一、西医治疗	150
二、中医辨证治疗	151
三、中医验方疗法	154
四、中医效方疗法	158
第二节 妊娠高血压的治疗	170
一、西医治疗	170
二、中医辨证治疗	172
三、中医效方疗法	173
第三节 糖尿病肾病高血压的治疗	176
一、西医治疗	176



二、中医治疗	178
三、中成药疗法	181
四、中医外治疗法	183
五、验方疗法	186
六、效方疗法	187
七、简方疗法	194
八、食物疗法	197
第五章 高血压合并症治疗	201
第一节 高血压并发冠心病的治疗	201
一、西医治疗	201
二、中医治疗	202
三、中成药疗法	206
四、验方疗法	207
五、效方疗法	208
六、简方疗法	213
七、食物疗法	215
第二节 高血压并发高脂血症的治疗	217
一、西医治疗	217
二、中医治疗	219
三、中成药疗法	222
四、验方疗法	224
五、效方疗法	226
六、简方疗法	229
七、食物疗法	230



第一章 概 论



高血压是一种以体循环动脉压升高为主要特点的临床综合征。动脉压的持续性升高可导致心、脑、肾和外周血管等靶器官的损害，且伴有全身代谢的改变，迄今系心血管疾病死亡的主要原因之一。

在高血压患者中，95%~99%的病因不明，称之为原发性高血压，又称高血压病；1%~5%的高血压仅为某种疾病的一种表现，称为继发性高血压，又称症状性高血压。我国估计约有1亿高血压患者，每年新发病例约400万，且目前的知晓率、治疗率、控制率均很低，应引起患者及家属的重视。

第一节 病因病理

一、病 因

高血压并不是一个独立的疾病，而是一种临床综合病症，绝大多数高血压的原因目前还不明确，因此称之为原发性高血压（即高血压病）。占所有高血压的90%~95%。有5%~10%的高血压患者是由许多特殊疾病引起的，如肾脏疾病（急、慢性肾炎、肾盂肾炎、多囊肾等）、肾动脉狭窄、主动脉缩窄、嗜铬细胞瘤、醛固酮增多症、皮质醇增多症、妊娠高血压综合征、颅脑疾病等。高血压就是这些疾病的症状之一，所以称为症状性或继发性高血压。这类疾病的共同特点是有明确的病因，病因去除后，高血压多数可得到治愈。

目前，对高血压成因及致病机制的研究正在深入，它包括遗传、环境、神经、内分泌、血流动力学等多种危险因素所造成。主要的发病因素有：

1. 膳食因素 膳食是影响血压高低的重要因素，膳食中的一些成分与血压关系极为密切，膳食不当会直接诱发高血压。

(1) 高脂饮食：因动物性食物中含饱和脂肪酸较高，不饱和脂肪酸较少，而饱和脂肪酸与肥胖、超重、动脉粥样硬化的发生紧密相关，所以动物性食物摄入量的增多，可引起高血压。临床通过减少动物性食物的摄入，降低膳食总脂肪，减少饱和脂肪酸，以膳食含不饱和脂肪酸的植物油为主，可使患者的血

压下降约 1.07kPa (8mmHg)。

(2) 高盐饮食：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。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，外周阻力增加而发生高血压。人体生理所需要的最低限量为 0.2~0.6g/L，约相当于 0.65g 食盐。我国一般人的食盐消耗量每日为 10~15g，这实际上已超过生理需要量的若干倍。因此降低食盐摄入是预防和治疗高血压的重要措施。

(3) 长期饮酒：饮酒量超过一定限度，肾上腺皮质激素和儿茶酚胺水平均有升高；影响肾素-血管紧张素及血管加压素和醛固酮的作用；影响细胞膜的流动性、通透性，引起钠、钾泵活性异常和离子转运功能障碍，使细胞内游离钙浓度增高，外周血管阻力增加，使收缩压和舒张压逐渐升高。

(4) 低钾低钙低镉饮食：膳食中的钾、钙、镉摄入不足可使血压升高。食物中蔬菜、水果含钾量较高，奶类、豆类食品富含钙，粗面粉、杂粮含镉，上述食物摄入不足，可导致血压升高。

2. 肥胖 超重或肥胖伴发的高脂血症引起的动脉硬化是血压升高的因素之一。无论儿童还是成人，肥胖是血压升高的危险因素。据调查，肥胖者高血压患病率是同年齡组体重正常人的 2~3 倍。故减轻体重、控制肥胖，是预防高血压的重要措施。

3. 遗传因素 大量临床资料证明，高血压与遗传因素有关。高血压患者的成人兄弟姐妹中 65% 患病，其中单卵双生子比其他亲属间血压相关性更高。另外又与环境因素有关，如父母双亲均有高血压，其子女在相同或相似的环境中生活，高血压发病概率可高达 46%；如双亲中一方患高血压，子女发病概率为 28%；双亲血压均正常者，子女发病概率仅 3%。由此可见，父母双亲患高血压，其子女应该早期采取预防高血压的措施。

4. 精神因素 长期反复的过度紧张与精神刺激，或性格暴躁、易激动、生气等，均可引起血压升高。因为大脑皮质兴奋与抑制过程失调时，皮质下血管运动中枢失调，形成以血管收缩占优势的状态，外周血管阻力增加，使血压升高。

5. 其他 睡眠不足、缺乏体育锻炼、吸烟、高温、噪声等都是引起高血压的重要因素。

二、发病机制

心排血量和周围血管阻力是影响体循环动脉压的两大因素,前者决定于心收缩力和循环血容量,后者则受阻力小动脉口径、顺应性、血液黏稠度等的影响,主动脉的管壁顺应性也影响血压的水平。上述各种因素的作用在全身和局部神经-体液因子的调节下不断地消长以维持人体血压的动态平衡、生理性波动以及应激时的反应。血压的急性调节主要通过位于颈动脉窦和主动脉弓的压力感受器实现,血压升高时感受器传入冲动增加,使交感神经活动下降而迷走神经张力上升,从而下调血压。此外,位于心房和肺静脉的压力感受器、颈动脉窦和主动脉体的化学感受器及中枢的缺血反应也参与血压的急性调节。血压的慢性调节则主要通过水平衡作用影响循环血量来实现,其中肾脏对血容量的调节及肾素-血管紧张素-醛固酮系统的调节起主要作用。如上述各种调节机制失代偿,导致全身小动脉阻力增加和(或)血循环容量增加,则出现高血压。高血压的发病机制有:

1. 精神、神经因素 精神源学说认为在外因刺激下,患者出现较长期或反复较明显的精神紧张、焦虑、烦躁等情绪变化时,大脑皮质兴奋、抑制平衡失调以至不能正常行使调节和控制皮质下中枢活动的功能,交感神经活动增强,舒、缩血管中枢传出以缩血管的冲动占优势,从而使小动脉收缩,周围血管阻力上升,血压上升。

2. 肾素-血管紧张素-醛固酮系统平衡失调 肾缺血时刺激肾小球入球动脉上的球旁细胞分泌肾素,肾素可对肝脏合成的血管紧张素原起作用,形成血管紧张素 I 而后者经过肺、肾等组织时在血管紧张素转化酶(ACE, 又称激肽酶 II)的活化作用下形成 Ang II, Ang II 再经酶作用脱去天冬氨酸转化成 Ang III。在 RAA 系统中 Ang II 是最重要的成分,有强烈的收缩血管作用,其加压作用约为肾上腺素的 10~40 倍,而且可刺激肾上腺皮质球带分泌醛固酮促使水钠潴留,刺激交感神经节增加去甲肾上腺素分泌,提高特异性受体的活动从而使血压升高。它还可反馈性地抑制肾脏分泌肾素和刺激肾脏分泌前列腺素。

3. 遗传学说 流行病学、动物实验以及分子细胞水平的研究均提示遗传在高血压发病中的作用。高血压患者有家族史的多,其直系亲属的血压水平比同龄非直系亲属的高,双亲均有高血压的子女发生高血压的危险性大。

4. 摄钠过多 大量的实验、临床和流行病学资料证实钠的代谢和高血压密切相关。在食盐摄入量高的地区的人群,如在日本本土的日本人中,高血压

的患病率高；而食盐摄入量低的地区的人群，如在阿拉斯加的爱斯基摩人中，则几乎不发生高血压。限制钠的摄入可以改善高血压情况，服用利尿药增加钠的排泄也可降低增高的血压。肾血管性高血压在高血钠影响下病情恶化，减低摄钠则病情好转。同时发现，改变摄盐量和血钠水平，只能影响一部分而不是全部个体的血压水平，故认为饮食中盐的致病是有条件的，对体内有遗传性钠运转缺陷使之对摄盐敏感者才有致高血压的作用。

5. 高胰岛素血症 研究发现高血压患者空腹胰岛素水平明显高于正常，存在着胰岛素抵抗，而糖耐量降低者高血压的发病率明显较正常者为高，高胰岛素血症者还常伴有高三酰甘油血症和低高密度脂蛋白血症，上述表现多见于肥胖者。但是，并非所有高胰岛素血症者都有高血压，反之亦然，二者的关系尚需继续研究。

6. 血管内皮功能异常 血管内皮通过代谢、生成、激活和释放各种血管活性物质而在血液循环、心血管功能的调节中起着极为重要的作用。

7. 其他 前列腺素系统与肾素-血管紧张素-醛固酮系统有密切关系。血管舒缓素-激肽系统与肾素-血管紧张素-醛固酮系统也有关。血管紧张素转化酶可促进激肽的降解而使其扩血管作用消失，血压升高。吸烟、饮酒过度、摄入糖类过多致肥胖者也易有高血压。

三、病理改变

1. 小动脉病变 小动脉病变是本病最重要的病理改变，早期阶段全身小动脉痉挛，长期反复的痉挛使小动脉内膜因压力负荷增加、缺血缺氧出现玻璃样变，中层则因平滑肌细胞增殖、肥大而增厚，出现血管壁的重构，最后管壁纤维化、管腔狭窄呈现不可逆病变。急进型高血压者小动脉壁可在较短时期内出现纤维样坏死。各期的小动脉病变均可使管腔狭窄，促进高血压的维持和发展，周围组织和器官内的小动脉都可发生上述病变，但以肾脏的细小动脉最明显，病变最终导致组织器官的缺血损伤。随着年龄增长大动脉逐渐硬化，其顺应性下降，这是老年人收缩期高血压的重要原因。高血压后期，主动脉可发生中层囊样坏死和夹层分离。后者好发部位在主动脉弓和降主动脉交界处，亦可发生在升主动脉处，并引起主动脉瓣关闭不全。此时高压血液将主动脉内膜撕裂，大量血液进入血管中膜，使内膜和中膜分离形成假通道。此外，高血压也促进动脉粥样硬化的发生和发展。

2. 左心室肥厚 是本病心脏最特征性的改变，长期的全身小动脉管腔变

狭窄导致周围血管阻力上升是左心室肥厚的主要原因，但心肌肥厚并不总与血压增高的程度呈正相关。早期左心室以向心性肥厚为主，长期病变时心肌出现退行性变，心肌细胞萎缩间质纤维化，心室壁可由厚变薄，左室腔扩大。

3. 中枢神经系统 脑部小动脉也可出现从痉挛到硬化的一系列改变，但脑血管结构较薄弱，发生硬化后更为脆弱，在小动脉硬化基础上易导致血栓形成而产生脑梗死。

4. 肾脏病变 肾细小动脉病变最为明显，主要发生在输入小动脉，叶间动脉也可涉及，病变血管管腔变窄甚至闭塞，造成肾实质缺血、肾小球纤维化，肾小管萎缩，并有间质纤维化，造成肾皮质逐渐变薄。早期患者肾脏外观无改变，病变进展到相当程度时肾表面颗粒状，肾体积随病情的发展逐渐萎缩。上述病理改变见于缓进型高血压，因病情发展慢，称为良性肾硬化，严重者最终导致肾衰竭。

第二节 血压的形成和测量

一、血压测量原理

在血管内流动的血液对血管壁产生的压力叫血压。通常所说的血压，指的就是体循环动脉内的压力。心脏收缩时以很高的压力把血流射入大动脉，并推动血液流向中、小动脉。血液在流动时，血液与血管壁及血细胞与血细胞之间的摩擦又给血液以一定的阻力。心脏收缩产生的使血液前进的“推力”和小动脉对血流的“阻力”是产生和维持血压的两个必不可少的条件。心脏收缩射血时，大动脉内最大的压力叫收缩压，即我们平时所说的“高压”；在心脏舒张的时候，血流对血管壁仍有压力，这就是舒张压，即“低压”。

循环血容量的增加和（或）血流阻力加大使血压升高，循环血容量减少和（或）血流阻力减少则血压降低。在高血压情况下，机体为了把血液灌注到各组织器官，必须加强心脏泵血功能。血压越高，心脏完成其泵血功能就越困难，如果血压持久升高，就能发生各种合并症。持续性高血压往往增加发生心肌梗死、充血性心力衰竭、心绞痛、脑卒中、肾衰竭的危险性。因此，很好地控制高血压，长期进行监测是非常必要的。

血压单位常采用千帕（kPa）、毫米汞柱（mmHg）。1mmHg相当于0.133kPa，测量血压的血压计以大气压为基数。如果测得的血压读数为12.0kPa（90mmHg），

即表示血液对血管壁产生的侧压力比大气压高 12.0kPa (90mmHg)。在每一个心动周期中,动脉内的压力发生周期性的波动。这种周期性的压力变化引起动脉血管发生波动,称为动脉脉搏。一般来说,儿童和青年人血压较低,随着年龄的增长血压逐渐升高。事实上不同年龄组别、个体性别,即使同一个体在不同情况下,其血压也不是恒定不变的。成人血压判定标准是:

1. 正常成人血压 收缩压 $<130\text{mmHg}$,理想血压 $<120\text{mmHg}$,舒张压 $<85\text{mmHg}$,理想血压 $<80\text{mmHg}$ 。
2. 成人高血压 收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$,及(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。
3. 临界高血压 是指血压在上述二者之间。

二、测量仪器和考核

1. 水银柱式血压计 1896年意大利 Riva Rocci 发明,它与柯氏音听诊法一起组成了目前临床测量血压的标准方法。

2. 气压表式血压计 比较轻便,容易携带,但是必须定期与水银柱式血压计进行校准。随着使用时间推移,机械装置常难以保证读数正确,通常读数偏低。

3. 随机零点血压计 此装置是在水银柱式血压计上随机设定零点值,在测量血压后再减去零点值,获得实际血压读数,这样可以避免测量者的主观误差。这种血压计存在系统误差,一般比不设随机零点的水银柱式血压计低 1~3mmHg。

4. 电子血压计 一般采用压力波振荡法,由于不需要掌握柯氏音听诊技术,袖带充气后仪器自动显示或打印血压读数,因此可以比较方便地自我测量血压。根据是否需手动充气,电子血压计分为半自动式或全自动式;根据袖带充气加压部位,又可分为上臂式、手腕式与指套式。上臂式可靠性相对较好。手腕式与指套式准确性较差,一般不推荐使用。

5. 动态血压监测仪 分为间歇性和连续性,前者每隔 15~30min 自动测量血压,数据储存在监测仪中,由电子计算机进行数据处理分析;后者监测每个心动周期血压值,利用容量钳夹法在相邻两个手指上交替采集血压读数。动态血压监测仪在体力活动或运动以及外界有较大振动时不能获得血压读数,对低频机械振动尤其敏感。在一些老年人和肥胖者,动态血压监测仪的正常工作也发生困难。

各种型号电子血压计和动态血压监测仪在上市前必须进行准确性临床考核,比较其与水银柱式血压计之间的读数差异,一般采用的标准是两种血压读数的平均差异必须 $\leq (5\pm 8)$ mmHg。

三、偶测血压

1. 测量血压操作要求 诊所偶测血压是目前临床诊断高血压并分级的标准方法,由医护人员在标准条件下按统一的规范进行测量。具体的方法与步骤如下:

(1) 被测量者至少安静休息 5min。取坐位,最好坐在靠背椅上。裸露出右上臂,手掌向上平伸,肘部置于与心脏同一水平。需要时也可测量左上臂血压。特殊情况下可以取卧位或站立位,站立位血压测量应在卧位改为站立位后 2min。

(2) 将合适大小的袖带紧贴缚在被测者上臂,袖带下缘应在肘弯上 2~5cm。将听诊器胸件置于肘窝肱动脉处。

(3) 优先选择符合计量标准的水银柱式血压计进行测量。特殊情况下也可使用经校准的机械式气压表或符合国际标准的电子血压计。

(4) 快速充气,使气囊内压力达到桡动脉搏动音消失,再加压 30mmHg,然后以恒定速率(2~6mmHg/s)缓慢放气。心率较慢时放气速率也较慢。获取舒张压读数后快速放气至零。

(5) 在放气过程中仔细听取柯氏音,观察柯氏音第 I 时相与第 V 时相水银柱凸面的垂直高度。收缩压读数取柯氏音第 I 时相,舒张压读数取柯氏音第 V 时相。血压单位用毫米汞柱(mmHg),在正式出版物中注明毫米汞柱与千帕(kPa)的换算关系,1mmHg=0.133kPa。

(6) 隔 2min 重复测量,取 2 次读数的平均值记录。无论收缩压或舒张压,如果 2 次测量的读数相差 ≥ 5 mmHg,则相隔 2min 再次测量,然后取 3 次读数的平均值。

2. 测压时的注意事项

(1) 测量血压的环境应尽量安静,温度适宜。被测量者在测量前 30min 内禁止吸烟和饮咖啡。紧张、焦虑、疼痛、疲劳、膀胱内充满尿液等均影响准确测量血压。

(2) 上臂必须裸露或者仅有内衣。如果穿着过多或衣服过厚,例如毛线衣,

测得的血压不准确或者听不清柯氏音，血压读数常偏高，因为需要更高的气囊内压力来克服衣服的阻力与弹力。

(3) 气囊的长度和宽度对准确测量血压极为重要。气囊的长、宽之比至少 2:1，气囊长度至少应包裹 80% 上臂。一般成人的臂围 25~35cm，可使用宽 13~15cm、长 30~35cm 的气囊袖带。气囊过宽，测得的血压偏低；气囊太窄，测得的血压比实际血压高。相对来说，宽袖带比窄袖带可取些。在儿童、肥胖或臂围大者，以及测量下肢血压时要使用不同规格的袖带。

(4) 凡儿童、妊娠妇女、严重贫血、甲状腺功能亢进、主动脉关闭不全或血压计的压力降到零柯氏音才消失者，以柯氏音第Ⅳ时相定为舒张压。

(5) 有时在柯氏音第Ⅰ时相与第Ⅱ时相之间出现较长的听诊间歇，可能造成收缩压读数偏低，应注意充气压力必须高到足以使桡动脉搏动音消失。

(6) 心律不规则时准确测量血压较困难。长心动周期使该周期的舒张压下降而使下一周期的收缩压上升。偶发室性期前收缩影响不大，但频繁室性期前收缩或心房颤动时影响较大，反复多次测量（一般 6 次）取平均值可减少误差。

四、自我测量血压

自我测量血压是受测者在家中或其他环境下给自己测量血压，简称自测血压。

自测血压的具体方法与诊所偶测血压基本上相同。可以采用水银柱式血压计，但必须培训柯氏音听诊法。一般推荐使用符合国际标准（BHS 和 AAMI）的上臂式全自动或半自动电子血压计。不推荐使用手腕式和指套式电子血压计。自测血压时，也以 2 次读数的平均值记录，同时记录测量日期、时间、地点和活动情况。一般而言，自测血压值低于诊所血压值。目前尚无统一的自测血压正常值，推荐 135/85mmHg 为正常上限参考值。

五、动态血压监测

动态血压监测由仪器在不控制条件情况下进行自动定时测量。动态血压监测提供 24h 白昼与夜间各时间段血压的平均值和离散度，能较敏感、客观地反映实际的血压水平、血压变异性和血压昼夜节律，与靶器官损害以及预后比诊所偶测血压有更密切的关系。因此，动态血压监测具有潜在的应用前景。临床上可用于诊断评价单纯性高血压、顽固性高血压、发作性高血压或低血压，以及用于某些特殊情况和临床科学研究。目前动态血压监测不应该不加区别地用