

中西医结合百病治疗丛书

中西医结合治疗

高血压病

ZHONG XI YI
JIEHE BAIBING ZHILIAO
CONG SHU

张俊龙 编著



山西高校联合出版社

中西医结合治疗高血压病

张俊龙 编著

山西高校联合出版社

(晋)新登字8号

中西医结合治疗高血压病

张俊龙 编著

山西高校联合出版社出版 (太原南内环街31号)
山西省新华书店发行 山西省万荣县国营印刷厂印刷

开本: 787×1092mm 1/32 印张: 5.8125 字数: 125 千字

1992年8月第1版 1992年9月山西第1次印刷

印数: 1—4500册

ISBN 7—81032—226—5

R·7 定价: 3.50元

《中西医结合百病治疗丛书》编委会

主 编 张珍玉

副主编 张俊龙 王仰宗 施怀生

编 委 （以姓氏笔画为序）

马丽君 王 晋 王仰宗 王庸晋

牛景月 孙方军 肖 飞 杜乃强

杨文斌 赵继升 张珍玉 张俊龙

施怀生 钱秋海 潘青海 翟怀智

任重道远 前景广阔

总 序

建立在不同的历史文化背景基础之上的中西两种医学体系，在经历了各自数千年的历史演变之后，随着新技术革命浪潮的到来，不仅各自都置身于一种新的历史氛围之中，而且相互之间发生了激烈的碰撞，孕育了一种新的医学范式——中西结合医学。这一崭新的医学模式的出现，立即显示出了强大的生命力，呈现了光辉灿烂的发展前景。它不仅使具有数千年辉煌成就的中医药学借助强大的科学技术得以再度崛起的设想成为可能，而且使由于人类疾病谱的改变和自身固有的方法论缺陷等原因正面临严重困惑的西方医学看到了新的曙光，使得整个医学科学领域日益活跃起来，成为新的历史时期医学科学发展的一个重要标志。

中西医结合是一个新的命题，是内容十分宏富、领域非常广泛、工作相当艰巨的浩繁的系统工程。它广泛涉及到两种医学体系所赖以发生发展的历史条件及文化背景的研究，学

术范式、认识论基础等总体特征的研究,基础理论的相容与特异性研究,诊治方法及其疗效的相关性研究等各个方面,最终实现从现象的罗列对比深入到成因分析,从特性的探讨深入到共性的发现,从定性或定量的单向研究深入到定性定量相结合的研究,从而寻找到二者共同具有的价值尺度,实现高度的、完美的统一。在上述诸多的研究范畴中,目前最现实的、最有可能的、事实上做的工作最多的,当推临床范围的中西医结合。无论中西两种医学在理论上差异多大,但二者可同时适用于同一个个体的同一种疾病,这一点是至关重要的。正因有这一重要相同点的存在,二者可互为参照系,进而以新的标准和尺度进行比较,提供各自反思乃至统一结合的标准,进而为理论的沟通提供充足的依据。

作为一种新的医学范式,中西医结合出现的历史并不很长,它还是一门非常年轻而且不十分成熟的学科,专门队伍也比较少。但是多少年来,广大的中医、西医和中西医结合工作者,团结协作,孜孜以求,在中西医结合的临床研究领域做了大量的工作,取得了可喜的进展,一批又一批的中西医结合专门人才脱颖而出,一批又一批的中西医结合科研成果相继问世,使生机勃勃的中西医结合事业进入了一个全新的发展时期。尤其在冠心病、高血压病、肾炎、乙型肝炎、胃炎、贫血、类风湿性关节炎、脑血管病、糖尿病、胆石症等常见病和疑难病的治疗方面,创造了许多行之有效的办法和手段,积累了丰富的经验,大大提高了临床疗效。人们已逐渐发现,中西医结合具有其它方法所无法比拟的优越性和先进性,它的发展潜力是难以估量的。中西医结合任重道远,前景广阔。

为了系统总结和回顾我国中西医结合临床研究的成就和经验，促进四十多年中西医结合研究的成果尽快推广和普及，我们组织编写了这套《中西医结合百病治疗丛书》，献给广大医务工作者。

本丛书共分10个分册，选择介绍了临床发病率高、现代医学缺乏特效治疗手段，而中西医结合疗效较好的10种(类)疾病。介绍的重点是中西医结合临床治疗。在材料的搜集、整理和取舍时，努力做到了不拘学派，广集博征，全面反映四十多年来中西医结合临床研究的新成果、新疗法、新方药、新进展，同时还适当介绍了编著者的见解和经验，是一部理论与实践并重而突出实践的新型读物。

需要指出的是，迄今为止，关于中西医结合的方法，国内外尚无公认一致的模式可资鉴借，更由于编著者涉猎资料范围和水平所限，丛书中缺点和错误之处一定不少，恳请读者教正。

张珍玉

1992年6月于济南

目 录

第一章 绪论	(1)
一、血压.....	(2)
二、高血压.....	(11)
三、高血压病.....	(12)
四、中医学对高血压病的认识.....	(13)
第二章 病因病理	(17)
第一节 西医的病因病理.....	(17)
一、病因.....	(17)
二、病理.....	(23)
第二节 中医的病因病机.....	(29)
一、病因.....	(29)
二、病机.....	(30)
第三章 临床诊断	(33)
第一节 西医诊断.....	(33)
一、症状和体征.....	(33)
二、实验室及其它检查.....	(36)
三、并发症.....	(39)
四、分期和严重程度的判断.....	(39)
五、诊断要点.....	(44)
第二节 中医诊断.....	(47)

一、辨证要点·····	(47)
二、辨证分型·····	(49)
三、中西医结合辨证提示·····	(54)
第四章 治疗 ·····	(61)
第一节 高血压的处理 ·····	(61)
一、高血压诊断的确定·····	(61)
二、高血压治疗的决定·····	(61)
第二节 高血压病的非药物治疗 ·····	(63)
一、生活指导·····	(63)
二、控制体重·····	(65)
三、限盐·····	(67)
四、限制饮酒·····	(71)
五、合理的体力活动·····	(72)
六、行为干预·····	(75)
七、气功疗法·····	(77)
八、太极拳治疗·····	(92)
第三节 西医西药治疗 ·····	(95)
一、抗高血压药的种类及特点·····	(95)
二、抗高血压药之间的协同及拮抗作用·····	(112)
三、抗高血压药物治疗的方案·····	(118)
四、高血压几种特殊情况的药物治疗·····	(127)
第四节 中医中药治疗 ·····	(130)
一、辨证论治·····	(130)
二、降压有效复方·····	(135)
三、降压有效单味药·····	(144)
四、针灸治疗·····	(158)

五、外治疗法·····	(162)
六、饮食疗法·····	(164)
第五章 预防 ·····	(170)
第一节 未病先防 ·····	(170)
一、饮食有节·····	(170)
二、起居有常·····	(173)
三、调摄精神·····	(173)
四、加强锻炼·····	(174)
第二节 既病防变 ·····	(174)
一、早期诊断·····	(174)
二、早期治疗·····	(175)

第一章 绪 论

当今医学科学为我们提供了一份触目惊心的研究报告：

1979年至1980年我国对400余万人的高血压普查中，发现其发病率在2~10%，平均值为4.67%；若加上临界性高血压，则发病率高达7.73%；

美国1985年统计，死于心血管疾病的人是99万，占全年死亡总数的50.59%，其中65%的死者与高血压病有不解之缘；

在亚洲，因高血压发生脑血管疾病而死亡的占所有病死率的11.3%，仅次于癌症，位居第二；

……

这一系列的研究结果向我们表明，素有“无声杀手”之称的高血压病正在全球肆意游荡，损害着人们的健康，给人类带来深重的灾难。

面对高血压病向人类的挑战，如何积极有效地战胜它，便为当代医学的一个亟待解决的难题了。一切不带偏见的人们都会发现，以西方医学为基础的现代医学措施虽可有效地控制血压升高，但其所用药物却对人体有不可低估的毒副作用。权衡利弊，尚不可认为能够完全战胜高血压病。而中医学以其独特的治疗手段，能有效控制血压，且无太大的毒副作用。中西医诊断合参、药物联用无疑可扬长避短，更好地

治疗高血压病。本书的立意即试从中西医结合诊治高血压病着眼，为临床医师提供些许行之有效的、高血压中西医结合治疗方法。

研究高血压病的诊治，不能少却血压、高血压和高血压病的基础知识。本章就此做简要介绍。

一、血压

(一) 血压的概念

在现实生活中，人们对“血压”这个名字，已经不算陌生了。但若进一步发问，什么叫高血压？那并不是每个人都能正确回答的。事实上，血压就是血液在血管内流动时，对血管壁所产生的一种压力。临床上所讲的“血压”一般是指动脉血压，平时我们所说的“血压”，实际上是指上臂肱动脉的血压，因为它是主动脉的大分支，压力基本上与主动脉一致。动脉内的最高压力称为收缩压，最低压力称为舒张压，两者之差称为脉压。血压通常以毫米汞柱（mmHg）为单位做计量描述，近年来，在我国由于法定计量单位的实施，将逐步过渡到以帕为单位（Pa）， $1\text{ mmHg}=0.133\text{ KPa}$ （千帕）。

(二) 血压的形成

血压的形成，首先有赖于循环系统内有血液充盈，其充盈程度可用循环系统平均充盈压表示。循环系统平均充盈压的数值取决于血液量和循环系统容量之间的相对关系，如果血液量增多，循环系统容量减少，则平均充盈压升高，反之则降低。显然，单靠血液充盈本身并不能形成很高的压力，但它是形成血压的前提。其次，血压形成有赖于心脏向血管

内射血。当心脏射血时，心室肌收缩所释放的能量，一部分用于推动血液流动，成为血液的动能；另一部分则形成对血管壁的侧压，成为作用于血管壁的压强能。通常血液的动能部分，只占很少的比例，心室肌收缩所释放的能量，大部分转化为对血管壁的压强能。因此，血压的形成必须有心脏射血功能的维持。再次，血压的形成必须依赖外周阻力的作用。上述提及，在血液充盈的基础上，心脏射血所做的功一部分形成流速，一部分产生侧压，但是如果不存在主要由阻力血管所构成的外周阻力，则心脏射出的血液将迅速流向四周，致使心室收缩释放的能量全部或大部转为动能，而形不成侧压。只有在外周阻力的配合下，心脏射出的血液不能迅速流走，暂时存留在阻力血管向心端的较大动脉血管内，这时心室收缩的能量才能大部分以侧压形式表现出来，形成较高的血压水平。因此，我们说动脉血压的形成是在循环系统平均充盈压的基础上；心脏射血和外周阻力两者相互作用的结果。在心室舒张期心脏停止射血时，则由大动脉回弹作用与外周阻力相配合，以维持一定的血压水平。

(三) 血压的调节

维持正常的血压水平是生命活动的重要内容。机体血压的调节主要是通过复杂的神经体液因素，作用于心脏射血和外周阻力而完成的，可分为短期和长期两方面。在短期调节中，当血压突然降低时，可使颈动脉窦和主动脉弓压力感受器的降压反射活动减弱，心输出量增加，外周阻力增大，缓冲血压的降低并使动脉血压回升；可引起脑缺血反应，使交感缩血管作用显著加强，外周血管高度收缩，动脉血压升高；可刺激肾脏入球小动脉壁中的近球细胞释放肾素入血，

水解血浆中的血管紧张素原为血管紧张素 I，后者在肺部经转换酶的作用下形成血管紧张素 II，使全身微动脉收缩，外周阻力增加，血压升高；可使抗利尿激素分泌增加，加强肾脏对水的重吸收，增加细胞外液量，使血压回升。当血压突然升高时，则可使颈动脉窦和主动脉弓压力感受器的减压反射兴奋，通过传出神经影响心脏和血管的活动，使心脏活动不致过强，血管外周阻力不致过高，保持动脉血压在较低的水平。除此之外，颈动脉体和主动脉体的化学感受性反射；肾上腺素和去甲肾上腺素的升压作用和激肽、前列腺素、心房肽等的降压作用等，都起着短期调节血压的作用。这种调节作用常在血压变化后的很短时间内完成，因而在维持血压水平方面具有极为重要的意义。机体内存在另一些机制，对动脉血压的长期调节具有重要作用。其中之一是通过肾脏对体液量的控制，从而调节血压。当动脉血压升高时，肾脏增加对水和 Na^+ 的排泄，较多的细胞外液被排出，血容量减少；反之，动脉血压降低时肾脏排出的水和 Na^+ 则减少，使细胞外液量增加，血容量也因之增加。血容量的变化可导致体循环平均压的变化，从而改变心输出量和动脉血压。

（四）血压的正常值及其生理性波动

和人体的其它生理机能一样，健康人体的血压也存在着一个正常数值。我国人群正常血压的数值经过解放以来进行的百万人次普查，对男、女性各年龄正常血压的平均数值，有了一个初步的划定（见表 1—1）。

表 1-1 我国正常人动脉血压平均值
单位：千帕(毫米汞柱)(上海112419人调查统计)

年 龄 (岁)	男 性		女 性	
	收缩压	舒张压	收缩压	舒张压
11~15	15.2 (114)	9.6 (72)	14.5 (109)	9.3 (70)
16~20	15.3 (115)	9.7 (73)	14.7 (110)	9.3 (70)
21~25	15.3 (115)	9.7 (73)	14.7 (110)	9.4 (71)
26~30	15.3 (115)	10.0 (75)	14.9 (112)	9.7 (73)
31~35	15.6 (117)	10.1 (76)	15.2 (114)	9.9 (74)
36~40	16.0 (120)	10.7 (80)	15.5 (116)	10.3 (77)
41~45	16.5 (124)	10.8 (81)	16.3 (122)	10.4 (78)
46~50	17.1 (128)	10.9 (82)	17.1 (128)	10.5 (79)
51~55	17.9 (134)	11.2 (84)	17.9 (134)	10.7 (80)
56~60	18.3 (137)	11.2 (84)	18.5 (139)	10.9 (82)
61~65	19.7 (148)	11.5 (86)	19.3 (145)	11.1 (83)

从表 1 可以看出正常血压的标准不但男女有别，而且随年龄的增长而略有增加，为了便于记忆，有学者提出了一个计算公式，用这个公式能计算出不同年龄的血压“理想值”（从医学统计学的观点来看）。

收缩压的公式

$$\text{血压} = [104 + (0.3 \times \text{年龄})] \times 0.133$$

舒张压的公式

$$\text{血压} = [70 + (0.2 \times \text{年龄})] \times 0.133$$

根据以上公式，年龄是35岁的人，他的收缩压应为15.2 KPa (114.5 mmHg)，舒张压应为10.2 KPa (77 mmHg)；50岁的人，他的收缩压应为15.8 KPa (119 mmHg)，舒张压应为10.6 KPa (80 mmHg)。这个计算结果，与表1数值相近，因而可供运用参考。

医学上常用一个分式来表示血压，其写法是：收缩压数值/舒张压数值 法定血压计量单位；读法是：先读收缩压数值，再读舒张压数值，最后再读血压单位。如某个病人的血压，收缩压是13.3 KPa (100 mmHg)，舒张压是9.3 KPa (70 mmHg)，则应写成“13.3/9.3 KPa”或“100/70 mmHg”，读成“13.3到9.3千帕”或“100到70毫米汞柱”。

正常人的血压，并不是恒定不变的，除了上述年龄的因素外，在下列情况下都可促使血压发生生理性的变异。

1. 姿势和运动：站立时，血压必须略为上升，才能使头部维持充分的血流，因此站立时的舒张压较坐时为高，但不应大于2.0 KPa (15 mmHg)。运动时血压也会上升，主要是收缩压上升的程度以运动的剧烈程度为转移。一个青年男子在剧烈运动以后，收缩压可上升2.7~6.7 KPa (20~50 mmHg)，舒张压只略为上升。原因是全身肌肉需血量增多，增加了心脏的排血量和肾上腺素的分泌量。但是，运动停止后，升高的血压很快回复到原来的水平。

2. 情绪：当人们焦虑、忧思或恐惧时，或长时期、反复的精神紧张，就会使大脑皮质和皮质下中枢的抑制和兴奋过程发生冲突，影响了血管的舒缩中枢，也能引起血压的显

著上升。此外，在情绪激动时，肾上腺素分泌增加，它能使心脏排血量增加，又能使小动脉收缩，因而血压增高。

2
3. 消化：进食时收缩压通常可增高 $0.7\sim 1.1\text{KPa}$ （ $5\sim 8\text{mmHg}$ ），且可持续1小时左右。舒张压通常不受影响或稍下降，这是因为在消化时，分布于腹腔内脏血管扩张的缘故。

4. 睡眠：睡眠时，血管的紧张程度降低，且肢体处于静止状态，血液的需要量减少，心跳减慢，因而每分钟心输出量减少，所以血压可比醒时低 $2.0\sim 4.0\text{kPa}$ （ $15\sim 30\text{mmHg}$ ）。

5. 季节和昼夜变化：许多临床医生早已注意到，无论是正常血压还是高血压者，冬天血压往往比夏天高。除了季节性波动外，更重要的是血压在昼夜24小时出现一种生理性波动。研究证明，处于一般节奏生活者在上午九、十点钟时血压最高，以后逐渐下降，于晚间睡眠中降至最低点。

6. 寒冷刺激、吸烟、饮酒等：均可使血压暂时升高。

（五）血压测量的理论和技术

血压测量有直接法和间接法二种。前者系直接插管于动脉内，通过溶有抗凝剂的液体与检压计相连，检测动脉内的压力。它是一种创伤性检测法，常用于研究工作和动物实验，不适用于临床病人的血压测量。目前国内外测量人体血压都是以水银柱血压计间接测量法为主，原理并不复杂，但正确的测压方法却很难统一。血压测量的准确性既取决于测压装置是否标准，也取决于测压人员的技术水平和是否认真操作，而后者往往是更重要的因素。

1. 血压间接测量法的原理：间接法测量血压的装置很简单。一条袖带，内置橡皮气囊，气囊连通带伐的充气球和