



常见病医方·医案·医论系列丛书

丛书主编 高新彦

高血压病

中医诊疗经验集

主 编 高新彦 郭建队



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS



常见病医方·医案·医论系列丛书

丛书主编 高新彦

高血压病

中医诊疗经验集

主 编 高新彦 郭建队
编 委 田正良 苗 琦 张麦芳 张玉英 于克慧
魏敏惠 武俊英 王 妮 郭小青 韩丽萍
洪建华 高新彦 郭建队



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

高血压病中医诊疗经验集/高新彦主编. —西安:西安交通大学出版社, 2011. 1

SBN 978-7-5605-3609-5

I. ①高… II. ①高… III. ①高血压-验方-汇编②高血压-医案-汇编-中国 IV. ①R289.5②R259.441
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 119386 号

书 名 高血压病中医诊疗经验集
丛书主编 高新彦
本册主编 高新彦 郭建队
责任编辑 李 晶 秦金霞
文字编辑 赵 阳

出版发行 西安交通大学出版社
(西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)
网 址 <http://www.xjtpress.com>
电 话 (029)82668357 82667874(发行中心)
(029)82668315 82669096(总编办)
传 真 (029)82668280
印 刷 陕西元盛印务有限公司

开 本 727mm×960mm 1/16 印张 11.625 字数 205 千字
版次印次 2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5605-3609-5/R·133
定 价 21.80 元

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。
订购热线:(029)82665248 (029)82665249
投稿热线:(029)82665546
读者信箱:xjtu_mpress@163.com

版权所有 侵权必究

前言

扁鹊曾曰：“人之所病病疾多，医之所病病道少。”就是说人们最苦恼的是所患疾病太多，而医生最苦恼的是治疗疾病的方法太少。可见，自古以来，人们都在不断探索和研究治疗疾病的效用之药。

随着工业化、全球化、人口老龄化进程的加快，人类社会和经济在迅速发展的同时，不利于健康和生存的社会因素也日益增多。一些古老的传染病逐渐复苏，而新的传染病也开始出现并流行。据统计，近几十年来，全球新增传染病 40 多种，而老传染病如结核、疟疾等疾病发病率也呈上升趋势。人们在生活逐渐富裕以后，复杂的生物、社会及心理等综合因素引起的“现代文明病”亦随之而来。当前疾病谱已从感染性传染性疾病向非传染性疾病演变，不良生活方式引起的疾病越来越多，慢性病比例越来越大，意外伤害也有所增加，尤其是心脑血管疾病、癌症、糖尿病等已成为常见病、多发病，并成为威胁人类健康的主要杀手。

清代名医徐灵胎曾说：“一病必有一主方，一方必有一主药。”长久以来，对专病进行全面深入研究是医疗工作者面临的重要课题。特别是近几十年来，医学文献信息迅速增多，及时总结研究对于专病防治具有重要意义。广大患者也迫切需要了解所患疾病的专门知识和防治方法。有鉴于此，我们组织编写了《常见病医方·医案·医论系列丛书》，本套丛书专病专书，突出中医，突出医方，突出实用。首批出版有《高血压病中医诊疗经验集》、《高脂血症中医诊疗经验集》、《冠心病中医诊疗经验集》、《糖尿病中医诊疗经验集》、《乳腺增生病中医诊疗经验集》、《痛风病

中医诊疗经验集》。

高血压病是目前临床最为常见的疾病之一,通过流行病学调查可知,其发病率呈逐年上升趋势。高血压病本身并不可怕,但是由此引发的心、脑、肾、眼等部位的并发症,对健康危害深重,严重影响生活质量,使人谈之色变。故而我们必须加大对其的重视力度,勤于总结临床经验,做好早期的预防工作,把高血压病的危害控制在最小范围之内。

本书通过高血压病“基本知识”,力图使人们对高血压病有一个比较全面的认识。全书重点在于高血压病的“医方”,包括内治、外治、针灸、推拿、食疗药膳、名医方、单验方等,突出实用性。列举若干名医“医案”与“医论”,目的在于对高血压病临床诊疗辨证论治思维方法的借鉴与应用。全书力求做到专病一本通,给医者以启示,给患者以指导。但疾病是复杂的,患者必须经过医生诊治,绝不可按图索骥,以免贻误病情。

本书编撰过程中,广泛查阅了有关文献资料,在此对原作者表示衷心的感谢。由于我们学术水平、编写时间以及收集资料所限,书中不足之处在所难免,敬请同道和读者不吝赐教。

高新彦

目 录

一、高血压病的流行病学	01
二、血压的形成与高血压病	01
(一) 血压的概念及血压的形成	01
(二) 高血压与高血压病	02
三、血压的测量	02
(一) 动脉血压的测量	02
(二) 测量血压的条件与要求	03
(三) 血压测量误差的原因	04
(四) 血压波动的影响因素	05
四、高血压病的病因、发病机制和病理变化	06
(一) 病因	06
(二) 发病机制	08
(三) 病理变化	09
五、高血压病的临床表现	10
(一) 高血压病常见症状	10
(二) 缓进型高血压病及其表现	10
(三) 急进型高血压病及其表现	11
(四) 高血压病危重症及其表现	11
六、高血压病的诊断	12
(一) 血压水平的定义和分类	12

(二)高血压病分类	13
(三)高血压病的危险分层	13
(四)高血压病的检查	13
七、高血压病的西医治疗	14
(一)治疗目标	14
(二)治疗原则	14
(三)药物治疗策略	15
(四)非药物治疗策略	16
(五)降压药物的基本知识	18
(六)并发症和合并症的降压治疗	20
(七)特殊人群降压治疗	22
(八)相关危险因素的治疗	24
(九)常用降压药物及选用的临床参考	24
八、高血压病的中医诊疗	26
(一)历代中医对高血压病相关病证的认识	26
(二)高血压病的中医病因病机	28
(三)高血压病辨证论治	29
(四)高血压病的中医治疗方法	30
(五)具有降压作用的中药	31
九、高血压病的三级预防	32
(一)高血压病的一级预防	32
(二)高血压病的二级预防	33
(三)高血压病的三级预防	34
十、高血压病患者养生保健	34
(一)精神调养	34
(二)饮食调养	34
(三)起居调养	34

(四)运动健身	35
(五)高血压病“十怕歌”	35

内 治

一、辨证施治	37
(一)基本辨证分型	37
(二)二型论治	39
(三)三型论治	39
(四)四型论治	41
(五)五型论治	42
(六)六型论治	44
(七)七型论治	45
(八)八型论治	46
(九)十型论治	48
二、名医方	49
三、单验方	59
四、中成药	65

外 治

一、药枕	76
二、敷贴	77
三、浴足	80
四、熏洗	82
五、沐浴	82
六、滴鼻给药	82
七、擦剂降压	82
八、耳穴贴压	83

九、刮痧	84
------------	----

针 灸

一、鼻针	84
二、百会针	84
三、项针	84
四、三穴刺络	85
五、平衡针	85
六、药线穴位注入	85
七、刺血	86
八、当归穴注	87
九、菖香灸脐	87
十、电子灸	87

推 拿

一、按揉太阳穴	88
二、按揉百会、四神聪穴	88
三、按揉风池、风府穴	88
四、按揉曲池穴	88
五、按揉内关穴	88
六、按揉足三里	88
七、搓擦涌泉穴	88
八、点揉太溪、三阴交	89
九、按揉太冲穴	89
十、推降压沟	89
十一、捏手掌心	89
十二、擦胸腹部任脉	89
十三、擦背腰部督脉	89
十四、按摩胁肋部	89

气 功

一、降压功	90
二、入静降压功	90
三、意念降压功	90
四、放松功	90
五、站桩功	91
六、禅密降压功	91

音 乐

食疗药膳

一、降压食物	94
二、降压药茶	95
三、降压药酒	97
四、降压药膳	98

多法联用

一、压耳针奇穴配合药枕	103
二、针刺配合耳穴贴压	103
三、磁圆梅针配合耳穴贴压	104
四、电针配合耳穴贴压	104
五、针刺结合运动疗法	104
六、针刺结合气功疗法	105
七、针刺配合轻音乐	105
八、眼体联刺	105
九、刺血配合拔罐	106
十、穴位离子导入配合药物	106
十一、耳穴贴压结合穴位敷药	106
十二、耳穴按摩结合耳穴贴压	106

十三、直肠滴注与多法合用	107
--------------------	-----

其他方法

一、蜂胶疗法	107
二、松弛——默想法	107
三、洗耳恭听法	108

一、程志清医案	113
二、盖国忠医案	114
三、顾仁樾医案	114
四、关思友医案	115
五、郭长青医案	116
六、金东明医案	116
七、李柏龄医案	117
八、罗铨医案	118
九、钱海凌医案	118
十、石海澄医案	119
十一、王艳春医案	119
十二、夏翔医案	120
十三、徐贵成医案	121
十四、邓光远医案	121
十五、杨少山医案	122
十六、张国伦医案	123
十七、钟坚医案	124
十八、周文泉医案	124
十九、王文远医案	125
二十、蒲辅周医案	125
二十一、章次公医案	126

二十二、张赞臣医案	126
二十三、邢锡波医案	127
二十四、祝谌予医案	128
二十五、刘渡舟医案	128
二十六、冉雪峰医案	129
二十七、董建华医案	130
二十八、赵绍琴医案	130
二十九、何任医案	131
三十、颜德馨医案	131
三十一、周仲瑛医案	132
三十二、陶根鱼医案	132
三十三、李继昌医案	133
三十四、李介鸣医案	134
三十五、刘惠民医案	134
三十六、黄一峰医案	135
三十七、沈宝藩医案	135
三十八、薛伯寿医案	136
三十九、王仲英医案	136

一、罗铨医论	139
二、时振声医论	141
三、赵淳医论	143
四、顾仁樾医论	145
五、朱良春医论	148
六、叶景华医论	149
七、邓铁涛医论	149
八、盛国荣医论	151

九、祝谌予医论	153
十、董建华医论	155
十一、孟景春医论	157
十二、陈可冀医论	159
十三、周超凡医论	160
十四、詹文涛医论	161
十五、宋一亭医论	162
十六、张国伦医论	163
十七、吕仁和医论	163
十八、陶根鱼医论	164
十九、岳美中医论	165
二十、卢尚岭医论	165
二十一、柴浩然医论	166
二十二、曹玉山医论	167
二十三、刘渡舟医论	168
二十四、张炳厚医论	169
二十五、钱海凌医论	171



第一章 高血压病基本知识

一、高血压病的流行病学

高血压病是当今社会严重危害人类健康的常见病和多发病。随着社会经济的发展 and 人们生活方式的改变,我国人群高血压病患病率呈持续增长趋势,已成为世界上高血压病危害最严重的国家之一。据调查,60岁以上老年人中,高血压病患病率高达40%~45%。我国防治高血压病的任务十分艰巨。2002年全国居民营养和健康状况调查结果显示,我国成人高血压病患病率达18.8%,估计全国有高血压病患者1.6亿。2009年西安市居民健康状况报告显示,西安市体检人群高血压病(按照中国高血压防治指南2005年修订版的标准)患病人数比例为19.7%(2008年为13.0%)。

当前,我国高血压病普遍存在着患病率高、死亡率高、病残率高、知晓率低、治愈率低、控制率低的“三高”、“三低”特征。高血压病可使心、脑、肾、眼等器官遭到损害,引起严重的并发症,是脑卒中和冠心病的重要危险因素。但由于一部分高血压病人通常无明显症状,一些人并不知道自己患有高血压病,在不知不觉中成了高血压病的牺牲品。因此,高血压病又被称为“无形杀手”。

为此,我国卫生部从1998年起确定每年10月8日为“全国高血压日”。世界卫生组织与国际高血压学会以及美国和欧洲于2003年都相继制定了高血压防治指南,中国高血压联盟在2005年制定了《中国高血压防治指南》。

二、血压的形成与高血压病

(一)血压的概念及血压的形成

1. 血压:是指血液在血管内流动时,对血管壁产生的侧压力。血管分为动脉、静脉和毛细血管,因而血压也有动脉血压、静脉血压和毛细血管血压之



分。我们通常所说的血压,都是指动脉血压而言,包括收缩压和舒张压。收缩压是指心脏在收缩时,血液对血管壁的侧压力;舒张压是指心脏在舒张时,血液对血管壁的侧压力。血压的单位为毫米汞柱(mmHg)或千帕(kPa)^①。

2. 血压的形成因素:循环血液之所以能从心脏搏出,从大动脉依次流向小动脉、毛细血管,再由小静脉、大静脉返流入心脏,是因为血管之间存在着递减性血压差。要保持一定的血压,需要有三个基本因素:①心室收缩力和外周阻力是形成血压的基本因素;②大动脉管壁的弹性是维持舒张压的重要因素;③足够的循环血量是形成血压的前提。

(二)高血压与高血压病

高血压只是一个症状,不能算是一种独立的疾病。许多疾病如急慢性肾炎、肾盂肾炎、甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤、柯兴综合征、原发性醛固酮增多症等,都可以出现血压升高的现象。但由于这种高血压是继发于上述疾病之后,通常称为继发性高血压或症状性高血压。

高血压病是一种独立的疾病,又称原发性高血压,约占高血压患者的90%以上。其发病原因目前尚不完全清楚,临床上以动脉血压升高为主要特征。高血压病是临床最常见的一种慢性心血管病,常随着病情加重,使心、脑、肾等脏器受累,是导致脑卒中、冠心病、肾功能衰竭的最危险因素。

三、血压的测量

(一)动脉血压的测量

1. 直接测量法:是一种创伤性的血压测量法,常用心导管插入血管内,尾端连接特殊的压力传感器,在X线透视的监控下将心导管送入血管,测量血管腔内的压力。直接测量法所得的结果准确,但是有创伤,并需无菌操作,不能多次重复检查。

2. 间接测量法:是临床常用的方法,也称无创测定方法,一般使用水银柱式血压计、弹簧式血压计或电子血压计等,主要测量上臂的动脉血压。

正常人双上肢血压可有微小的差别,右上肢血压较左上肢高,一般不超过5mmHg,部分人双上肢差别可达10mmHg。

^①注:1mmHg=0.133kPa。本书血压的单位统一用mmHg表示。



此外,尚有随机零点血压计测定、动态血压检测仪测定以及适宜于新生儿或婴儿的多普勒超声测压仪测定等无创测定方法。

(二) 测量血压的条件与要求

1. 选择合适的血压计: 一般最常用的有水银柱式血压计、弹簧式血压计和电子血压计。血压计设备要性能完好无损而精确,并定期检测校准,选用合适的袖带。

小贴士

水银柱式(盒式)血压计测定 袖带式水银柱血压计是目前临床常用的标准血压计。其测压值与动脉内直接测压较为接近,是目前广泛使用的一种血压测量方法。

弹簧式(气压表式)血压计测定 外形如小钟表,体积轻巧,便于携带,无水银外漏问题,适宜家庭、室外和野战时使用。但其气压表为机械装置,难以保证测压数据的准确,故至少应每6个月校准1次。

电子血压计测定 外形轻巧,便于携带,无水银外漏问题,灵敏度高。但抗干扰性能较差,易受检查的体位、袖带位置及袖带松紧度等因素的影响,因而准确性、可重复性较差。适宜家庭、旅途中随时测量血压。

2. 选择合适的测压环境: 要求测压环境安静明亮、温度适宜,理想温度为 $20^{\circ}\text{C}\sim 24^{\circ}\text{C}$ 。

3. 采取正确的测压步骤: 患者取坐位,被测的上臂应裸露,手掌向上平伸,肘部位于心脏水平,上臂与躯干呈 45° 角,袖带下缘与肘窝横纹间距为 $2\sim 3\text{cm}$,充气至桡动脉搏动消失后再加压 $20\sim 30\text{mmHg}$,此时为最大充气水平。然后逐渐放气,速度为 $2\sim 6\text{mmHg/s}$,第1听诊音为收缩压,搏动音消失时为舒张压(旧制单位血压读数应精确到 2mmHg)。如果加压过高会得到收缩压过高的结果;如果充气到达 300mmHg 水平时,即会导致“气囊充气性高血压”。充气压迫的时间不宜过长,否则易造成血压升高的假象。

4. 对受检者的要求: 应在安静、温度适当的环境里休息 $5\sim 10\text{min}$;检查前 5min 内不要做体位变动;测血压前 30min 停止进食、吸烟、饮酒、饮茶、喝咖啡



及刺激性饮料,避免患者处在应激状态下,如膀胱充盈、精神紧张或受寒等。

5. 对测压者的要求:测压者应受过严格的专业培训,熟悉和掌握正确的血压计使用方法和测量方法,有良好的听力、视力,精神放松,情绪稳定,避免主观因素的影响。

6. 注意事项

(1)充气时看袖带是否从一旁鼓出,若鼓出应重新缠紧,以免产生误差。

(2)对脑血管意外偏瘫患者,应在健侧上肢测量。因患肢血管可能不正常,以致测量血压不准确。

(3)初诊患者应根据病情分别测左、右两上肢血压,以作对照。

(4)青年高血压病患者可测量上、下肢血压,以便比较。

(5)血压测量结束后,整理好袖带、听诊器,把水银柱恢复至零点关闭,以备再用。

(三)血压测量误差的原因

1. 测压者因素:测压者可因操作不规范或视力、听力的误差等因素而影响血压测量值的准确性。

(1)测量血压缺乏耐心:按世界卫生组织专家的建议,测量血压前应让患者先休息几分钟,而且测量结束后隔几分钟再复测血压,如此反复3次,才能确定可供临床参考的血压值。现在很少有人这样“不厌其烦”地给患者测量血压,多是“一锤定音”,因此,很难排除许多因素干扰出现的假象或误差。

(2)偏离听诊点:许多测压者在捆好袖带后,并不是仔细触摸动脉最强搏动点,然后再放听诊器胸件,而是估摸着找个听诊位置。因为偏离最佳听诊点,听到的血压变音和由此作出的判断难免不出误差。

(3)袖带减压过快或过慢:按规定应在阻断血流听不到动脉搏动音后,再缓缓放气减压,使水银柱徐徐下降,读数应精确到2mmHg。如放气减压太快,使水银柱迅速下降,判断误差至少有6~8mmHg;而放气减压太慢,使水银柱下降速度过缓,常常使舒张压偏低。

(4)视、听差异:测量者的视力、听力差异,可使血压出现10~20mmHg的误差。

(5)尾数偏爱:人们常有取消读数尾数而靠近“0”习惯,使血压读数尾数出现过多的“0”,影响测定结果。

(6)终点规律:目前,测量血压对舒张压是采用柯氏第Ⅳ(变调音)时相,还