

常见病偏验方与食疗系列

高血压病 偏验方与食疗

● 侯天印 崔德民 侯书灵 编著



金盾出版社

常见病偏验方与食疗系列

高血压病偏验方与食疗

侯天印 崔德民 侯书灵 编著



本书收录了大量治疗高血压病的有效偏方、验方和食疗方,每方包括用料、制作、用法和功效。其内容丰富,用料采集方便,制作介绍详细,用法交代清楚,患者可根据自身病情对症选方试用。

图书在版编目(CIP)数据

高血压病偏验方与食疗/侯天印,崔德民,侯书灵编著. -- 北京:金盾出版社,2012.1

ISBN 978-7-5082-7214-6

I. ①高… II. ①侯…②崔…③侯… III. ①高血压病—验方—汇编②高血压病—食物疗法 IV. ①R289.5②R247.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 203091 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 83219215

传真:68276683 网址:www.jdcbs.cn

封面印刷:北京精美彩色印刷有限公司

正文印刷:北京三木印刷有限公司

装订:北京三木印刷有限公司

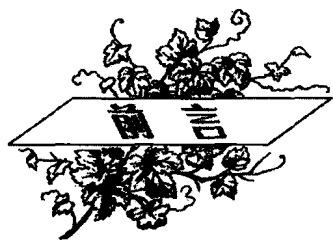
各地新华书店经销

开本:850×1168 1/32 印张:8.5 字数:183 千字

2012 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:1~8 000 册 定价:20.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)



中医学博大精深，源远流长。它是几千年来，中国人民在长期的生活实践中，追求防病强身，疗疾延寿的经验总结和积累，从

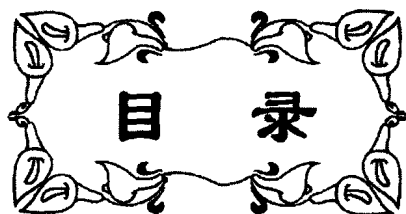
而产生了久传不衰的偏方、验方、食疗方。这些疗法以其药味精，药效广，取之易，用之效，而深受广大病人的喜爱，故在民间享有“偏方验方治大病”之美誉。

而今中医药事业蓬勃发展，学术思想百家争鸣，医家实践不断创新，新医新方层出不穷，中西医结合的硕果累累。为了发掘和弘扬中医学，促进学术交流，使中医偏方、验方、食疗方得到更广泛的普及、推广和应用，造福芸芸众生，我们不揣简陋，编写了《高血压病偏验方与食疗》等系列书。书中广泛收集了民间流传，医家常用，以及一些报刊书籍所载的验方，并以中医药理论为依据，以辨证施治为原则，依托中医证型，进行分门别类，去粗存精，避免了众方杂汇，莫衷一是的弊端，使之更加贴近临床，贴近病人，贴近生活。以期达到读之能懂，学而致用，用之有效的目的。书中每个方剂均详细介绍了来源、用料、制作、用法及功效，并力求收集一些用料易取，价格低廉，制作简便，疗效可靠的偏验方与食疗方，为广大患者提供经

济实用的治病调养方法。由于病有轻重缓急之分，证有表里虚实之别，故在使用时，宜遵医师之嘱，以免贻误病情。

当今医界，名医辈出，著述丰富，内容广泛。但本部常见病的偏验方与食疗系列丛书，是从实效出发，在众多良方中精选辑册，奉献给读者，以冀抛砖引玉。为了便于阅读，避免一名多方和多方一名的现象，我们对原始资料做了适当的修改。由于我们的水平和掌握的资料有限，书中尚存一些不尽善美之处，敬请广大读者批评指正。

侯天印



第一章 概论.....	(1)
一、血压的形成	(2)
(一)血压形成的基础.....	(2)
(二)影响血压的因素.....	(3)
二、血压的调节	(4)
(一)血压的短期调节.....	(4)
(二)血压的中期调节.....	(6)
(三)血压的长期调节.....	(7)
三、高血压病的发病原因	(8)
(一)中医对高血压病病因的认识.....	(8)
(二)西医对高血压病病因的认识.....	(9)
四、高血压病的病机变化.....	(11)
(一)中医对高血压病病机的认识	(11)
(二)西医对高血压病病机的认识	(12)
五、高血压病的转归和预后.....	(15)
六、中医对高血压病常用的治法	(16)
(一)疏肝解郁法	(16)

(二)清肝泻火法	(16)
(三)滋阴潜阳法	(17)
(四)平肝熄风法	(17)
(五)补阴益阳法	(17)
(六)益气补血法	(18)
(七)祛湿化痰法	(18)
(八)活血化痰法	(18)
(九)调理冲任法	(19)
第二章 针对高血压病主要症状的偏验方与食疗方	(20)
一、头痛	(20)
(一)肝阳上亢头痛	(20)
(二)肾虚头痛	(32)
(三)血虚头痛	(38)
(四)痰浊头痛	(43)
(五)瘀血头痛	(51)
二、眩晕	(56)
(一)肝阳上亢证	(56)
(二)气血亏虚证	(69)
(三)肾精不足证	(76)
(四)痰浊中阻证	(82)
(五)瘀血内阻证	(90)
三、心悸	(99)
(一)肝肾阴虚证	(99)

(二)心脾两虚证·····	(108)
(三)痰浊阻滞证·····	(115)
(四)血脉瘀阻证·····	(122)
四、失眠·····	(131)
(一)心脾两虚证·····	(131)
(二)阴虚火旺证·····	(140)
(三)心肾不交证·····	(148)
(四)肝郁化火证·····	(153)
(五)痰热内扰证·····	(159)
第三章 针对高血压病的偏验方与食疗方·····	(166)
一、肝气郁结型·····	(166)
二、肝火上炎型·····	(171)
三、肝经风热型·····	(179)
四、肝阳上亢型·····	(187)
五、肝风内动型·····	(199)
六、肾虚型·····	(209)
(一)肾阴虚证·····	(209)
(二)肾阳虚证·····	(217)
(三)肾阴阳两虚证·····	(225)
七、气血两虚型·····	(233)
八、痰浊中阻型·····	(240)
九、瘀血阻络型·····	(250)
十、冲任失调型·····	(259)

第一章 概 论

高血压是指以动脉收缩压和(或)舒张压增高,常伴有心、脑、肾和视网膜等器官功能性改变为特征的全身性疾病。高血压本身是个症状,可由多种发病因素和发病机制所致,继发于某种疾病的高血压称为继发性(症状性)高血压,迄今病因尚未完全阐明的高血压称为原发性高血压病。据统计,原发性高血压在所有的高血压病人中占90%以上。本篇主要介绍原发性高血压病的治疗。

根据1978年世界卫生组织(WHO)高血压专业委员会确定的高血压标准为:在静息时,若成人收缩压 ≥ 21.3 千帕(160毫米汞柱),及/或舒张压 ≥ 12.7 千帕(95毫米汞柱),可诊断为高血压;若收缩压在18.9~21.2千帕(140~159毫米汞柱),及/或舒张压在12.1~12.5千帕(91~94毫米汞柱),称“临界性高血压”;收缩压 ≤ 18.7 千帕(140毫米汞柱),舒张压 ≤ 12.0 千帕(90毫米汞柱)则为正常血压。但在我国的高血压诊断标准中,WHO定义的“临界性高血压”仍划入高血压范畴。

高血压病是最常见的心血管病之一。据世界卫生组织报告,欧美国家的患病率为10%~20%,全世界平均患病率为10%。据我国1979年至1980年全国高血压抽样普查结果,20岁以上成人血压升高率为5.8%,临界高血压为3.3%,合计20岁以上成人血压升高患病率为9.1%。高血压患者中大部分是高血压病,约占所有高血压病人的90%以上。调查还表明,城市居民的高血压患病率明显高于农村居民,并由南向北呈逐渐增高趋势,脑力劳动明显高于体力劳动者,男女之间无明显差异,但随年龄增长而增长,尤以女性为显著,以40~50岁及以上较多见。故中年以上的人应

及时检查血压,进行早期防治,对降低发病率,减轻高血压对健康的威胁,具有积极的意义。

中医学中无高血压这一名称,但对此病的认识和记载颇多。根据其临床表现,高血压病属于中医学“眩晕”、“头痛”“肝风”等病证的范畴。

一、血压的形成

(一)血压形成的基础

一般所说的血压指在大动脉上测得的血压数值,即血压及血液作用于血管壁的侧压强,单位为毫米汞柱或千帕(1毫米汞柱=0.133千帕)。形成血压的两个因素为循环系统平均充盈压和心脏搏动。

循环系统平均充盈压(MFP)又称静态血压。当不存在心脏搏动时,整个身体的血液将逐渐停止流动。血管内各点的压力达到一个相同值,该值为循环系统平均充盈压。它反映整个循环系统被充盈的程度,并取决于血量和循环系统容量的相对大小,正常人循环系统平均充盈压为6毫米汞柱。当容量血管收缩并将其储存的血液释放出来时,会使循环系统充盈压有所升高。循环系统平均充盈压是影响血液回流右心房的重要因素。由于心房压力很低,因而循环系统平均充盈压的升高会增加由静脉流入右心房的血量,从而使心室的排血量也随之增加。

形成血压的另一基本因素是心脏搏动射血。心室收缩时,主动脉压急剧升高,在收缩期的中期达到最高值,这个血压值称为收缩压。心室肌收缩时,所释放的能量可分为两部分:一部分用于推动血液流动,是血液的动能;另一部分形成对血管壁的侧压,并使血管壁扩张,这部分是势能,即压强能。心室舒张时,主动脉压下

降,左心室舒张末期动脉血压的最低值为舒张压。在心室舒张期,大动脉发生弹性回缩,将一部分势能转变为推动血液的动能,使血液在血管中继续向前流动。由于心脏射血是间断性的,因此在心动周期中,动脉血压发生周期性的变化。另外,由于血液从大动脉流向心房的过程不断消耗能量,故血压逐渐降低。在身体处于安静状态时,体循环中毛细血管前阻力血管部分血压降落幅度最大。

收缩压与舒张压之差称为脉压,它反映一个心动周期中血压波动的大小。如果把血压曲线对时间积分,求出血压在一个心动周期中的平均值,则该值即为平均血压或平均动脉压。平均动脉压是血液流动的动力,它可利用收缩压与舒张压估算出来。一般来说,主动脉的管壁弹性大,心脏射血时可储存较多血液,所以在心室收缩时压力升高的小些,但当心室舒张时靠主动脉的弹性回缩可较长时间地维持动脉压于较高水平。而在外周动脉,由于管壁弹性纤维相对减少,心室收缩时动脉压上升较为剧烈。但由于其弹性储器的能力较弱,在心室舒张时动脉内压力便很快下降,血压曲线高而窄,将动脉压积分求出的平均压更靠近舒张压;此时,平均血压=1/3 收缩压+2/3 舒张压。人的血压随年龄增长而增高,其原因在于随年龄的增长,动脉壁弹性下降。

(二)影响血压的因素

血压=心排出量×总外周阻力。因此,凡能影响这两个参数的因素均可影响血压。

1. 心功能状态 当交感神经兴奋或其他刺激引起心率加快,心室收缩力增强时,便可增加心排出量。反之,迷走神经兴奋等因素可抑制心脏活动,使心排出量降低。

2. 阻力血管收缩状态 阻力血管收缩决定了总外周阻力的大小,当血管因交感神经兴奋或受血管紧张素Ⅱ等收缩血管物质刺激而收缩时,总外周阻力明显增强。

3. 血管充盈度 它可通过两个环节调节血压:①循环血量的增加提高了循环系统平均充盈压,使静脉回心血量增加,心排出量增多。②心排出量的增加使流经组织的血量增加,通过外周阻力的自身调节机制,使血管收缩,外周阻力升高。由此可见,循环血量相对于循环系统容量的增加具有升高血压的作用,当静脉发生收缩时,可将其储存的血液释放出来,使循环血量增加。

二、血压的调节

(一)血压的短期调节

1. 心血管系统的主要神经支配 目前认为支配血管并与血压有关的神经主要是交感神经缩血管纤维,而心脏则同时受交感神经与副交感神经的支配。在人体中,除毛细血管外,其他大小血管均受交感神经支配,其中尤以肾脏、消化道、脾脏及皮肤处的血管为重。这些交感神经平时保持一定的紧张性冲动,使得血管保持一定的基础收缩。当支配小动脉与微动脉的交感神经兴奋性提高时,可使上述血管收缩增强,从而使总外周阻力提高或使不同器官间血液供给的比例发生变化。当兴奋大静脉的交感神经时,使得大静脉收缩从而增加循环血量,通过增加心排出量和总外周阻力间接地升高血压。因此,交感神经对血管的支配是血压神经调节的基础。心脏除受交感神经支配外,还受副交感神经的支配。兴奋副交感神经可使心跳变慢,心肌收缩减弱。

2. 延髓血管运动中枢 研究证实,延髓及脑桥下 1/3 部分的网状结构在血管活动中是必不可少的,在动物实验中看到,若在该部位以上将脑桥横断,动物血压可基本维持正常。如果在延髓的网状部将其横断以阻断延髓的下行传导,则动物血压立即降至 40 毫米汞柱左右。这表明正常血压的维持需要这部分脑干的参与,故

称血管运动中枢。血管运动中枢在调节血管运动的同时,也调节心功能。实验发现,血管运动中枢的外周部分可通过交感神经增强心肌的收缩力,而中间部分可通过迷走神经降低心率。因此,心脏与血管的活动便可在延髓水平被协调起来。

3. 压力感受器 压力感受性反射的感受器被称为压力感受器,位于大动脉的血管壁中,当血压升高时血管壁受到牵张,压力感受器发放的冲动便增多。虽然颈、胸部各大动脉中均发现有压力感受器的存在,但目前研究的较为透彻的且作用最为重要的压力感受器位于两个部位:颈动脉窦和主动脉弓。颈动脉窦压力感受器的传入冲动经窦神经后再通过舌咽神经进入延髓的孤束核,主动脉弓压力感受器传入冲动则由迷走神经传入孤束核。

当动脉压因某种原因升高后,压力感受器的传入冲动增多,从而兴奋孤束核中的神经元,再通过它们兴奋血管运动中枢,并兴奋迷走中枢。因此,心肌收缩力减弱,血管舒张。阻力血管的舒张使总外周阻力降低,而容量血管的舒张使有效循环血量减少,心排出量与外周阻力均降低。同时,迷走神经的兴奋使心率降低,这些变化的总结结果是血压下降。当动脉血压因某种原因降低时,又可发生相反的变化。

压力感受性反射既可对抗血压升高,又可对抗血压降低,故又称缓冲反射。支配压力感受器的神经称缓冲神经。压力感受性反射具有压力重调的特点,即当血压位于正常值时,围绕这个点通过负反馈调节使血压维持恒定。但是,当窦内血压维持在升高的水平上,经1~2天后压力感受性反射的闭环工作点将逐渐向新的水平靠近,并逐渐在新的水平上发挥作用。此特点可能与感受器本身出现某种适应性有关,中枢神经也可能有一些作用。

4. 化学感受性反射 化学感受性反射的通路与压力感受性反射基本相同。它们的感受器位于两侧颈动脉体和主动脉体,是若干个1~2毫米大小的器官,有丰富的血液供给。化学感受器对

血液中的氧、二氧化碳及氢离子浓度的变化很敏感。当血液降至低于某一水平使流经该处的血流减少时,氧分压下降,二氧化碳分压上升,氢离子浓度的升高都可以激活化学感受器,使其发放的冲动通过窦神经、舌咽神经与迷走神经传入延髓,在兴奋呼吸中枢引起呼吸加剧的同时,兴奋血管运动中枢,从而使心跳加快,外周血管收缩,血压升高。与压力感受性反射不同的是,化学感受性反射在正常血压时并不被激活,而只有当血压降至低于 80 毫米汞柱后才发挥作用。它的功能在于防止血压出现大的下降。

5. 中枢缺血反应 当血压下降至头部供血不足时,血管活动中枢本身便可被激活。激活血管运动中枢的直接原因是脑细胞代谢产物因供血不足而堆积。其结果是使交感血管中枢强烈兴奋,血压急剧升高,即中枢缺血反应。在此期间,一些外周血管可完全关闭以保证脑部血液供给。

(二) 血压的中期调节

1. 跨毛细血管的容量转移 血液流经毛细血管时,要经过一个滤过和重吸收的过程。在毛细血管靠近动脉一侧,血浆中除大分子蛋白外,其余成分可在毛细血管滤过压的驱使下由毛细血管滤出到组织间隙中,在静脉一侧,受血浆胶体渗透压的驱使,又可将一定的组织液重吸收到毛细血管中来,部分组织液以淋巴的形式返回血液循环。正常情况下,滤出量与重吸收量基本保持平衡,从而使循环血量维持在一稳定水平。当动脉血压升高时,毛细血管滤过压也会增加,滤过量增加,重吸收量减少。从而使回心血量减少,心排出量及外周阻力均降低,血压下降。当动脉内血压下降时,又会发生相反的变化使血压回升。

2. 牵张所致的血管扩张 研究发现,把一段血管封闭并向其中注入额外的血液后,血管内压力会出现快速增加,但随后又逐渐下降。若干分钟后尽管血管内血量仍维持在变化后的水平,但其

血管内压力已基本恢复变化前水平,其原因在于血管平滑肌细胞中粗细肌丝发生重排,使肌细胞长度增加,血管腔扩大,这一反应被称为牵张所致的血管扩张。血管的这一特性称为延迟顺应性,它在容量血管中表现尤为突出。由于延迟顺应性的存在,使容量血管在血压升高时可通过多容纳血液来降低系统的充盈压及动脉血压,而在血压降低时又可以释放出部分血液来提高系统的充盈压,并有助于动脉血压的回升。

(三) 血压的长期调节

调节循环血量的根本途径在于调节水的摄入与排出的平衡,而不是调节体液在血管内外的分布。正常情况下,肾脏是排出体液的最主要的途径,因此通过肾脏对循环血量的调节便成为血压长期调节的核心内容。

1. 盐摄入量对血压的影响 日常生活中,人体体液的补充主要靠水和盐的摄入。但在改变体液容量方面,盐摄入量远比水摄入量重要,这主要因为水在被人体吸收后很快便会以尿的方式排出,因而在体内存留时间短。而盐的排泄比水慢,因此可以在体内蓄积,并可通过两种方式增加体液容量;盐的增多使体液渗透压增高,刺激下丘脑的饮水中枢,从而增加饮水;体液渗透压的增高还使下丘脑的视上核和视旁核释放抗利尿激素,其可极大的促进肾脏远曲小管和集合管对水的重吸收。因此,盐的摄入量是影响体液容量乃至血压的重要因素。

2. 肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)对血压的影响 在长期的调节中,RAAS通过肾脏对体液容量的调节远比RAAS对总外周阻力的调节重要,因为RAAS增加了血压对盐摄入量变化的耐受性。

正常情况下,人体的盐的摄入量变化很大。高盐饮食可增加体液容量从而提高血压,而低盐饮食则降低体液容量从而降低血

压。RAAS可使水盐的摄入与排出保持平衡,由此来维持正常的体液容量。当盐摄入量增加时,体液增加,血压升高,这便抑制了RAAS的活性,使肾脏对水盐的排泄增加,体液容量因而减少,血压恢复正常。当盐的摄入量降低时,则会发生与上述相反的变化。

3. 抗利尿激素在调节体液容量中的作用 当循环血量增多时,回心血量增加,心房受到牵张,激活低压感受器,从而引起下丘脑垂体后叶释放的抗利尿激素减少,从而减少远曲小管与集合管上皮对水的重吸收,也使尿量增加,循环血量逐渐恢复正常。除快速的血量增加外,高盐饮食导致的血量增加可在10~20分钟内抑制抗利尿激素的分泌,使肾脏排水、排盐增加,从而纠正容量异常。低盐饮食则出现相反的变化。

4. 交感神经对肾脏体液调节机制的影响 肾脏有着丰富的交感神经,其节后神经元胞体位于腰部交感神经节,末梢神经经肾神经进入肾脏,支配入球小动脉、出球小动脉、进球细胞及肾小管。交感神经兴奋时,肾脏入球小动脉与出球小动脉收缩,肾血流减少;进球细胞肾素释放增加;近曲小管与髓袢升支粗段上皮细胞对钠的重吸收增加,结果是血压在更高水平达到与盐负荷的平衡。当交感神经兴奋时,又会发生相反的变化。

三、高血压病的发病原因

(一)中医对高血压病因的认识

中医学根据本病的临床特点,主要是将其归属于“眩晕”、“头痛”、“中风”等来认识其病因病机的。一般认为,引起高血压病的病因主要有如下几个方面。

1. 情志失调 情志活动是人体对客观事物的不同反应。人的情绪变化有七种,即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。在正常情况下,七

情活动是机体的精神状态,属于生理现象。只有七情过度,即突然、强烈或长期持久的情志刺激,超过了人体本身的正常生理活动范围,使人体气机紊乱,脏腑阴阳气血失调,才会导致疾病的发生。由于过度恼怒、长期忧思及恐惧紧张和情绪波动等,破坏了人体的阴阳平衡,使脏腑气血功能失调,肝气郁滞,郁久化火,致肝阳上亢而产生高血压病。

2. 饮食不节 饮食是人体生存和保持健康的必要条件,倘若饮食不节或偏食也会导致疾病的发生。引起高血压的饮食因素主要是恣食肥甘厚味,或过量饮酒,损伤脾胃,健运失职,气血生化不足,清窍失充;或酿生痰浊,阻遏气机,清阳不升,浊阴不降,均可导致本病的发生。

3. 久病过劳 久病不愈,病程日久;或劳倦过度,老年体衰,常可伤及正气,使阴阳偏衰、失调,脏腑、气血功能低下,体内代谢产物积聚,而出现头晕、头痛。如劳神过度,伤及心脾,使得气血不充,出现头晕、头痛;房劳过度,肾精亏虚,不能上充脑髓,出现头晕、头痛;热性病后期,伤及阴液,出现阴虚火旺,火热上扰,也可出现头晕、头痛,产生高血压病。

(二) 西医对高血压病因的认识

1. 遗传与基因因素 高血压病有明显的遗传倾向,据估计人群中 20%~40% 的血压变异是由遗传决定的。流行病学研究提示高血压发病有明显的家庭聚集性。双亲均有高血压,其子女高血压发病几率为 46%。单卵双生的同胞血压一致性较双卵双生同胞更为明显。高血压病的遗传可能存在主要基因显性遗传和多基因关联遗传两种方式。在遗传表型上,不仅血压升高发生率体现遗传性,而且在血压高度、并发症发生,以及其他有关因素方面,如肥胖,也有遗传性。

2. 环境因素 环境因素很早就起了作用:胎儿营养不良导致