

中西医结合防治高血压

主 编 王克岭 王荣杰

中华工商联合出版社

96
R544.1
19
2

中西医结合防治高血压

X4931/03

主编 王克岭 王荣杰
编委 邢俊标 刘凤霞 张兰芹
程万里 王荣杰 王美兰
王秀珍 董景敏 陈瑞福
李忠香 王克岭



3 0109 3871 4

中华工商联合出版社

1996年2月北京



C

341676

(京)新登字 301 号

责任编辑:徐海鸿

封面设计:苏玉和

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合防治高血压/王克岭,王荣杰著,一北京:

中华工商联合出版社,1996.1

ISBN 7-80100-194-X

I. 中… I. ①王… ②王… II. 高血压-中西医结合疗法 IV. R544.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 01763 号

中华工商联合出版社出版 发行

北京市西城区地安门西大街 24 号 邮编 100009

石家庄教育印刷厂印刷

新华书店总经销

1996 年 2 月第 1 版 1996 年 2 月第 1 次印刷

787×1092mm $1/32$ 印张:9.25 196 千字

印数:1—2100

定价:12.00 元

内容提要

高血压病是当代世界各地最常见的疾病之一,我国总患病率为 13.58%,且有逐年增高的趋势。

本书共分十六章,主要包括高血压的基本知识,重点突出中西医结合治疗和预防高血压病,并对膳食、物理疗法、中药验方及单味中药的防治方法作了大量介绍,为高血压患者提供了方便。

编者的话

高血压病是国内外最常见的疾病之一,也是危害人类健康的疾病之一。在1991年全国抽样普查中,我国成年人高血压患病率为13.58%,严重影响着人民健康和劳动生产力,而且高血压又是冠心病、心肌梗塞、脑血管病和脑卒中的主要病因。

为了普及防治高血压病的有关知识,我们编写了《中西医结合防治高血压》一书。本书内容侧重介绍高血压病的基础知识,并采用中西医结合的防治原则,对高血压病的中西医结合治疗进行了较为详细的论述,特别是在预防和治疗中尽力通俗易懂,对高血压病的自我疗法和一些预防措施进行了详细的论述,以便高血压病患者能掌握对其的预防和自我治疗。

由于我们的水平有限,在编写过程中时间较为仓促,错误在所难免,望同道及读者不吝斧正。

王克岭 王荣杰

1996年元月于北京

目 录

第一章 一般概念	
第一节 高血压定义及高血压标准·····	(1)
第二节 血压测量的理论和技术·····	(6)
第三节 血压的影响因素·····	(8)
第四节 血压的波动性·····	(13)
第五节 测血压时间及环境之差别·····	(15)
第二章 高血压发病机制	
第一节 血压的生理学基础·····	(18)
第二节 高血压的发病机制·····	(20)
第三章 祖国医学对高血压病的有关记载	
第一节 发病理论·····	(35)
第二节 临床现象·····	(42)
第三节 临床中医分类·····	(43)
第四章 高血压的流行病学	
第一节 高血压的患病率及人群血压分布·····	(46)
第二节 高血压的发病因素·····	(48)
第三节 儿童血压流行病学概况·····	(54)
第四节 老年性高血压流行病学概况·····	(59)
第五章 高血压病的病理学基础	
第一节 血管的损害·····	(62)
第二节 肾脏的改变·····	(65)
第三节 心脏的改变·····	(66)
第四节 脑的改变·····	(67)
第六章 祖国医学对高血压病的认识	

第一节	高血压病性头痛	(71)
第二节	高血压病性眩晕	(73)
第三节	高血压病性中风	(74)
第七章 高血压的主要并发症		
第一节	高血压的心电图及超声心动图改变	(78)
第二节	高血压的影像学改变	(84)
第三节	高血压与动脉粥样硬化	(86)
第四节	高血压与心脏	(90)
第五节	高血压与脑卒中	(93)
第六节	高血压与肾脏	(97)
第七节	高血压与糖尿病	(103)
第八节	高血压与眼底改变	(106)
第九节	高血压与妊娠	(109)
第八章 继发性高血压		
第一节	肾实质性高血压	(116)
第二节	肾血管性高血压	(120)
第三节	原发性甲状旁腺机能亢进症	(125)
第九章 高血压病的辩病与辩证		
第一节	辩病	(129)
第二节	辩证	(142)
第十章 原发性高血压病的西药治疗		
第一节	降压治疗的目的及适应证	(145)
第二节	原发性高血压病的药物治疗	(146)
第三节	老年性高血压病的药物治疗	(179)
第四节	常见高血压并发症的处理	(182)
第五节	常见高血压急症的处理	(188)

第十一章	高血压病的物理疗法	
第一节	常用穴位·····	(201)
第二节	针法基本知识·····	(205)
第三节	灸法基本知识·····	(210)
第四节	拔罐法基本知识·····	(212)
第五节	按摩基本知识·····	(214)
第六节	针刺治疗高血压病·····	(219)
第七节	灸法治疗高血压病·····	(221)
第八节	拔罐法治疗高血压病·····	(222)
第九节	自我按摩治疗高血压病·····	(223)
第十二章	高血压病的自我疗法	
第一节	辩证论治·····	(226)
第二节	常用单味药·····	(237)
第三节	验方精选·····	(241)
第十三章	高血压病的饮食疗法	
第一节	常用中药疗法·····	(244)
第二节	高血压病的饮食调整·····	(246)
第十四章	调养与护理	
第一节	心理护理·····	(253)
第二节	高血压病常规护理·····	(255)
第三节	高血压危象的处理·····	(258)
第十五章	中药的煎服法	
第一节	煎药法·····	(261)
第二节	中药的服法·····	(265)
第十六章	高血压病的预防	
第一节	预防教育的目的·····	(272)

第二节	对高血压病人的教育·····	(274)
第三节	高血压的一级预防·····	(276)
附录一	主要参考文献·····	(282)
附录二	血压法定计量单位换算表·····	(283)
附录三	药品新旧译名对照表·····	(286)

第一章 一般概念

高血压病,无论在外国和国内都是一种常见的病证。目前国内外对本病的研究进展非常迅速,特别是在研究其流行病学及防治方面更为突出。但就现代医学与祖国医学相结合进行理论上探讨及开展防治工作方面还很少,故在中西医结合方面,对本病的认识很有必要进行深入探讨。

第一节 高血压定义及高血压标准

1 血压是指血管内的血液对于血管壁的测压

通常以毫米汞柱(mmHg)为单位,近年来国际通用以帕为单位,1mmHg=0.133kPa(千帕)。动脉血压的形成,是在循环系统平均充盈压的基础上,心室射血和外周阻力两者相互作用的结果。

高血压是一种以动脉血压升高为特征,可伴有心脏、血管、脑和肾等靶器官的功能性或器质性改变的一种全身性疾病。从目前国内外的流行病学调查结果证实,高血压不仅患病率高,同时心脑血管病的死亡率和危险性也随着血压的升高而逐渐增加。又由于人们的绝对血压水平随年龄、性别、种族和许多其它因素而有着一定的差别。高血压的任何一个定义都是根据从血压读数的连续分布中人为地选定的一个阈值,因此,所谓正常血压与高血压之间无明确分界线,迄今国际上尚无统一的标准。根据世界卫生组织(WHO)及我国历年制定

的标准分述如下。

1978年世界卫生组织(WHO)高血压专家委员会确定的高血压标准为:

正常血压:收缩压 ≤ 18.7 kPa(140mmHg)

舒张压 ≤ 12.0 kPa(90mmHg)

临界高血压:收缩压 18.9~21.2kPa(140mmHg)

舒张压 12.1~12.5kPa(95mmHg)

高血压:收缩压 ≤ 21.3 kPa(160mmHg)

舒张压 12.7kPa(95mmHg)

此后,人们对临界高血压的危险性逐渐有所认识,对上述标准进行重新评估,从而促使1984年美国第三次全国联合委员会制定如下标准。

舒张期高血压:

< 11.3 kPa(85mmHg)

正常血压

11.3~11.9kPa(85~89mmHg)

正常血压高值

12.0~13.9kPa(90~104mmHg)

轻度高血压

14.0~15.2kPa(105~114mmHg)

中度高血压

15.3kPa(115mmHg)以上

重度高血压

收缩期高血压:

< 18.7 kPa(140mmHg)

正常血压

18.9~21.2kPa(141~159mmHg)

临界纯收缩期性高

血压

≥ 21.3 kPa(160mmHg)

纯收缩期性高血压

诊断高血压时必须多次测量血压,至少有连续两次舒张血压的平均值在12.0kPa(90mmHg)或以上才能诊断为高血压(包括临界高血压)。仅一次血压升高尚不能确诊。

我国高血压的标准:

我国自 1959 年在西安及 1964 年在兰州, 1974 年在北京及 1979 年在郑州四次心血管会议上对我国高血压诊断标准进行反复修订。

1974 年北京高血压普查工作会议修订的血压升高及确诊高血压的标准如下。

1.1 血压升高的标准。

1.1.1 凡舒张压超过 12.0kPa(90mmHg), 而收缩压无论如何, 均列为血压升高。

1.1.2 若舒张压不超过 12.0kPa(90mmHg), 而收缩压按不同年龄超过以下标准者, 均列为血压升高。

39 岁以下血压 $>18.7\text{kPa}(140\text{mmHg})$ 。

40~49 岁血压 $>20.0\text{kPa}(150\text{mmHg})$ 。

50~59 岁血压 $>21.3\text{kPa}(160\text{mmHg})$ 。

60 岁以上血压 $>22.7\text{kPa}(170\text{mmHg})$ 。

1.2 确定高血压的标准。

1.2.1 过去确诊为高血压者(包括本次普查血压正常者)。

1.2.2 本次普查舒张压在 13.3kPa(100mmHg)者。

1.2.3 除以上两项外的其它血压升高者, 应再复查两次非同日血压, 如有两次血压升高, 即确诊为高血压。

1.2.4 凡舒张压在 11.5kPa(86~90mmHg), 或者普查时血压升高但两次复查时血压均正常者。可列为随访对象。

1979 年于郑州召开的心血管病流行病学及人群防治心血管病流行病学及人群防治讨论会上制定“常见心血管病流行病学研究及人群防治工作 1979~1985 年规划”时, 对高血

压的诊断标准进行了修改。收缩压 $\geq 21.3\text{kPa}$ (160mmHg)或舒张压 $\geq 12.7\text{kPa}$ (95mmHg),二者有一项者经核实即可确诊为高血压。规定为凡舒张压 $> 12.0\text{kPa}$ (90mmHg),并 $< 12.7\text{kPa}$ (95mmHg),或收缩压 $> 18.7\text{kPa}$ (140mmHg)并 $< 21.3\text{kPa}$ (160mmHg)者均定为“临界高血压”。

2 高血压的分类

2.1 按病因学分类:

2.1.1 原发性高血压。

2.1.2 继发性高血压。

2.1.2.1 肾性高血压:①肾血管性高血压;②肾实质性高血压。

2.1.2.2 内分泌性高血压:①库卡氏综合征;②嗜铬细胞瘤;③原发性醛固酮增多症;④甲状腺机能亢进症;⑤甲状旁腺机能亢进症。

2.1.2.3 器质性神经系统疾患所致的高血压、脑瘤、大脑炎间脑病变、脊髓灰质炎、铊中毒、卟啉症,多发性神经炎等。

2.1.2.4 妊娠期高血压及服用内分泌性避孕药所致的高血压。

2.1.2.5 药物引起的高血压:如生胃酮、皮质类激素等药物所致。

2.1.2.6 所谓心血管性高血压。

2.2 根据血液动力学指标进行分类。

2.2.1 高阻力型高血压。

2.2.2 高排血型高血压。

2.2.3 弹力型高血压。

- 2.3 按病程经过分类。
 - 2.3.1 良性高血压。
 - 2.3.2 恶性高血压(进行性)。
- 2.4 按血液变化分类。
 - 2.4.1 稳定型高血压。
 - 2.4.2 不稳定型高血压。

3 高血压分期

高血压分期国内外标准很多,且各不一致,有的单纯根据血压值,有的则以眼底改变为准,有的根据血压与器官病变程度分期,各有其优缺点。综合各分期标准,应根据:血压水平及波动程度;因血压升高引起靶器官损害程度;症状。其中又以以前两者为主。因为血压升高是高血压病存在的必要条件,且血压高度与血管病变、靶器官受损程度和预后是密切相关的。国际上大部分国家是以血压和靶器官受损程度综合分期,仅个别国家有些学者则将血压值和靶器官受损程度分别进行分期。现分述如下:

3.1 世界卫生组织(WHO)高血压分期标准:

I 期:高血压而无心血管病器质性改变者。

II 期:高血压且伴心血管病器质性改变者(如左心室肥大或眼底动脉扭曲,动、静脉交叉压迫等)。

III 期:高血压且合并器官器质性及功能失代偿者(心力衰竭,心脏扩大,脑血管病,一时性麻痹或感觉障碍,高血压脑病,眼底渗出,视网膜水肿、出血,眼底血管血栓形成,乳头水肿,氮质血症等)。

3.2 我国高血压分期标准先后经过两次修订。

1974 年分期标准:

I 期:(分甲乙)

甲:舒张压大部分时间在 12.0kPa (90mmHg) 以上和 13.3kPa (100mmHg) 以内,有时可降至正常,或收缩压大部分时间在各年龄组正常高限以上,但无或基本无高血压造成的心、脑、肾器质性损伤。

乙:舒张压持续在 13.3kPa (100mmHg) 或以上,但无或基本无高血压造成的心、脑、肾器质性损伤。

Ⅰ期:舒张压持续在 12.0kPa (90mmHg) 或收缩压持续在各年龄组的正常高限以上,同时合并因高血压造成的心、脑、肾器质性损伤。(物理检查:X 光射线检查有左心室扩大,心电图示左心室肥厚或合并劳损;脑器质性损伤,目前主要根据眼底改变,如眼底达Ⅰ级;尿常规持续出现蛋白“+”,红细胞“+”以上等一项或一项以上者)。

Ⅱ期:血压持续升高,合并由高血压引起的心、脑、肾器质性及功能性损伤的一项或一项以上,如心力衰竭,脑血管并发症,高血压脑病,一过性脑供血不足,眼底Ⅱ级或氮质血症而无其它病因者。

急进型高血压病(需同时符合以下两项):病情急骤发展,舒张压持续在 17.3kPa (130mmHg) 以上,眼底出血,渗出或视神经乳头水肿。

第二节 血压测量的理论和技术

血压测量有两种方法,一种是创伤性即直接测量法,另一种是无创伤性即间接测量法。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。常用于

研究工作和动物实验,不适用于病人的血压测量,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。

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,内装橡皮气囊,气囊连接带阀的充气球和水银柱检验计。用气球向气囊内充气,使其压力超过肱动脉压力,肱动脉被紧压,使血流不能通过,桡动脉脉搏也消失。然后放松气囊,袖带压力逐渐下降,降到略低于左心室收缩压时,肱动脉内血流开始间断性通过并产生与心脏搏动同步的敲击声。袖带内压力继续下降,声音的质量和强度也逐渐变化,当压力降到心脏舒张压以下时,整个心动周期内血流完全畅通,声音也随之消失。

第一时相,袖带压力下降中听到的第一次轻而清晰的敲击声。

第二时相,随着气囊放气,声音变大,成为较响的钝浊音。

第三时相,声音变的更响,出现较清脆的抨击音。

第四时相,声音突然变小,短促而低沉,往往带有柔和的吹风样性质。

第五时相,随袖带压力下降,声音最终消失。

气囊放气过程中,首次听到声音时的血压即为收缩压。舒张期血压应是指二次收缩期最高血压之间的动脉腔内剩余压力。在儿童以第四时相(声音较为低沉)作为舒张压最为适宜,而在成人则以第五时相(声音消失)为准。

2 测量血压的标准步骤

2.1 袖带缠于上臂应平服紧贴,气囊中间部位正好压住肱动脉,气囊下缘应在肘弯上2.5cm。

2.2 快速充气,待触知桡动脉脉搏消失后再加压4kPa

(30mmHg)。

2.3 快速稳定地放气,等 15~30 秒钟后再次充气。

2.4 将听诊器置于袖带下肘窝处肱动脉上,轻按使听诊件和皮肤全部接触,不能压得太重,否则影响声音。

2.5 快速稳定的充气到 2.2 所规定的压力水平。

2.6 放松气阀,使压力以每秒钟 0.67~4kPa (2~3mmHg)的速度下降。

2.7 收缩压应是清晰听见第一次心搏时的压力读数。

2.8 舒张压成人则应取声音消失时压力。

3 血压测量的国际单位

有些国家和杂志已将血压的国际单位替代了公制单位,在血压表示中用帕斯卡(pascad)替代 mmHg,即 $1\text{mmHg} = 133.33\text{kPa}$,它们之间的换算是乘以或除以 7.5,如 $12.0\text{kPa} = 12 \times 7.5 = 90\text{mmHg}$ 。

第三节 血压的影响因素

1 血压的影响因素

血压的调节主要通过神经体液因素,可分为短期及长期两方面。此外,心血管系统本身尚有自身的调节机制。

1.1 血压的短期影响因素:心肌和血管平滑肌接受交感神经和副交感神经所支配。与心血管平滑肌活动有关的神经元广泛分布在中枢神经系统自脊髓至大脑皮层的各级水平。心血管中枢是指连续分布在下丘脑,中脑,桥脑和延脑中的各级心血管神经元以及它们之间的复杂联系。机体对心血管活动的神经调节是通过各种心血管反射完成的。