



JIATING KANGFU YU HULI XILIE

家庭康复与护理系列

高血压

家庭用药、配餐与护理

屠燕 王莉慧 主 编
黄莹 孟江南 副主编



化学工业出版社





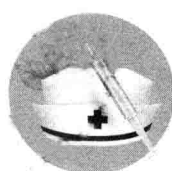
JIATING KANGFU YU HULI XILIE

家庭康复与护理系列

高血压

家庭用药、配餐与护理

屠 燕 王莉慧 主 编
黄 莹 孟江南 副主编



化学工业出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

高血压家庭用药、配餐与护理/屠燕, 王莉慧主编.
北京: 化学工业出版社, 2014. 6
(家庭康复与护理系列)
ISBN 978-7-122-20510-0

I. ①高… II. ①屠…②王… III. ①高血压-用药
法②高血压-食物疗法③高血压-护理 IV. ①R544.105
②R247.1③R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 082648 号

责任编辑: 傅四周
责任校对: 王素芹

装帧设计: 史利平

出版发行: 化学工业出版社 (北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 刷: 北京云浩印刷有限责任公司

装 订: 三河市前程装订厂

710mm×1000mm 1/16 印张 14 字数 272 千字 2014 年 9 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686) 售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 35.00 元

版权所有 违者必究

编写人员名单

主 编 屠 燕 王莉慧

副主编 黄 莹 孟江南

参编人员 (按姓名汉语拼音顺序排列)

杜娟花 房 洁 黄 平 黄 莹

黎健勇 刘 朋 马立勤 孟江南

屠 燕 王莉慧 王 颖 谢燕燕

张洁容 郑 华





前言

随着人们生活水平的日益提高,工作、学习压力逐渐增加,加之不良生活方式的影响,高血压在我国的发病率呈逐年上升的趋势。高血压目前也是全球范围内的重大公共卫生问题,常引起心、脑、肾等多器官病变,是影响人类健康的“沉默杀手”。高血压每年在全球造成的死亡人数超过700万例,已成为居主导地位的致人类死亡的风险因素。我国是高血压大国,估计全国现患病人数已超2亿,比1991年增加1亿多。高血压危害远不止高血压本身,它还是脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病的重要危险因素,脑卒中的50%~60%、心肌梗死的40%~50%的发生与血压升高有关。作为发病率最高的心血管疾病之一,高血压已经构成了我国社会的沉重负担。控制高血压是预防心脑血管疾病的主要环节,也是降低心脑血管疾病的发病率、致残率和死亡率最有效的措施。临床研究表明,降低收缩压10mmHg、舒张压5mmHg,发生脑卒中的危险会下降40%~50%,发生冠心病的危险会下降15%~20%,发生心力衰竭的危险减少50%左右。

我国民众对高血压的知晓率为30.2%,治疗率为24.7%,控制率仅为6.1%。大多数患者不知道引起高血压病的危险因素:如高血压家族史、长期大量饮酒、饮食过咸、超重和肥胖、缺乏体力活动等,也不了解如何避免这些危险因素,不了解高血压的主要治疗手段,如药物治疗、饮食治疗、运动治疗等方法。高血压作为一种慢性病,一旦确诊,多需终身与之抗衡。高血压的治疗、预防保健等知识应该在全社会大力普及,以启发和动员全民积极参与,最大程度预防和治疗高血压,以降低发病率、致残率和死亡率。为了让大家更好地了解高血压,同时也使高血压患者能够更好地防病治病,我们特别组织专家编写了这本《高血压家庭用药、配餐与护理》。

本书以实用为目的,本着科学严谨的态度,采取通俗易懂的语言和生动的图解,介绍了高血压的相关基本常识,其中包括高血压的发现和预防、药物治疗、日常护理和运动锻炼、穴位按摩降压等多方面的知识。指导高血压患者从生活一点一滴做起,掌握高血压的“宜”和“忌”。除系统地介绍高血

压病的危险因素、主要并发症及药物治疗外，还从专业的角度出发，着重介绍科学饮食，从饮食上给予高血压患者科学的指导和建议。书中列举了与高血压紧密相关的各类营养美味食谱，既满足患者的健康需求，又能达到预防和控制高血压的目的，解除患者的后顾之忧。

本书内容丰富、涉及面广、实用性很强，希望能指引您走出高血压的防治误区，用科学知识作指导，为您和您的家人筑起一道健康防护墙。

编者

2014年6月



目录

第一章 ○ 认识高血压 1

第一节 高血压的现状	1
一、我国高血压及其治疗的现状	2
二、我国高血压发病特点	4
第二节 认识高血压	4
一、高血压的定义	6
二、高血压的分类	6
三、易导致高血压发生的因素	22
四、易导致高血压的其他发病因素	27
五、高血压患者初次体检项目	34
六、高血压诊断	37
七、高血压治疗的基本原则	38
八、高血压的治疗目标	38
九、高血压对重要器官的危害	39

第二章 ○ 高血压家庭用药 43

一、高血压常规用药的分类	43
二、服用降压药物需遵循的原则	55
三、常见的不规范使用降压药的情况	56
四、能导致血压升高的药物	58
五、高血压患者服降压药物存在的误区	60
六、高血压急救用药	60
七、高血压合并其他疾病的治疗	64

第三章 ○ 高血压患者的饮食与配餐 74

一、高血压患者的饮食原则	74
二、高血压伴随症状的饮食防治原则	82
三、高血压患者合并其他疾病的饮食原则	104
四、对高血压患者有益的食物	121
五、高血压患者的配餐食谱	137

第四章 ○ 高血压患者的护理 157

第一节 高血压的预防	157
一、预防高血压从小开始	157
二、预防高血压从社区开始	159
三、高血压的三级预防	165
第二节 高血压患者血压的测量	168
一、血压测量的主要方式	168
二、特殊人群的血压测量	175
三、家庭自测血压的优点	179
四、家庭测血压的注意事项	180
五、家庭自测血压的仪器选择与检测	181
第三节 高血压患者的日常护理	182
一、服用降压药物的护理	182
二、高血压患者的心理护理与干预	184
第四节 高血压患者的日常运动	191
一、高血压患者长期合理运动的好处	191
二、高血压患者运动方式的选择	192
第五节 高血压患者的中医保健方法	209
一、中药泡脚	209
二、自我穴位按摩	212
三、自我推拿	215

参考文献 ○ 216

第一章

认识高血压

第一节 高血压的现状

高血压，常被称为“沉默的杀手”，其引发的心脏病和脑卒中，每年可导致全球 940 万人死亡。2013 年 4 月 7 日，世界卫生组织总干事陈冯富珍在该组织成立 65 周年纪念日警告称，高血压正在引发全球性的健康危机。防控高血压，各国都在行动中。

据世界卫生组织估计，全球约有 15 亿成年人正在受到高血压病的影响，占全世界成年人口的 1/3 以上，且这一比例随年龄增长而升高，在超过 50 岁的人群中高达 50%。陈冯富珍说，高血压除了会引发可直接致死的心脏病和脑卒中外，还会增加肾衰竭、失明以及其他疾病危险。经常与高血压伴随出现的肥胖、糖尿病以及高胆固醇血症等疾病，也进一步增加了人们的健康风险。

20 世纪 70 年代以来，全球各地就十分重视高血压的防治工作，并建立了“世界高血压联盟”这个全球性的组织，旨在教育全民包括患者和医务人员要有一个科学合理的生活方式，预防高血压的发生；宣传治疗高血压的重要性等。而我国为提高广大群众对高血压危害健康严重性的认识，引起社会各界对高血压的重视，动员全社会都来参与高血压的预防和控制工作，普及高血压防治知识，增强全民的自我保健意识，卫生部决定自 1998 年开始，每年的 10 月 8 日定为全国高血压日（图 1-1）。

国家心血管病中心专家、中国高血压联盟副主席兼秘书长王文教授认为，虽然我国高血压病的防治工作取得了很大进步，但形势仍比较严峻。20 世纪 80 年代，我国高血压病发病率为 7.7%；到了 2002 年，迅速上升到 18.8%；而近 10 年，高血压的患病率增长了 31%。数据显示，目前我国高血压病患者高达 2.6 亿人，即每 5 个成人就有 1 人患有高血压病。每年心脑血管病死亡约 350 万人，其中一半以上死亡与高血压有关；高血压病的医药费每年约 400 亿元，已经成为



图 1-1 全国高血压日现场

重大的公共卫生问题。更为严重的是，这一趋势仍会继续，短时期内不太可能出现逆转，如果再不加以控制，今后会更严峻（图 1-2）。

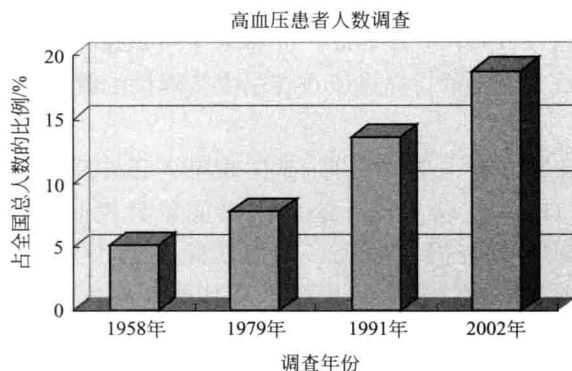


图 1-2 高血压病患者占全国总人数的比例

一、我国高血压及其治疗的现状

我国高血压及其治疗存在“三高”、“三低”、“三个误区”的特点。

1. “三高”

(1) 患病率高 据我国 1991 年 15 岁以上标准化人口高血压普查结果，我国的高血压患病率达 11.88%，2004 年 10 月 12 日国务院新闻办新闻发布会上发布的“中国居民营养与健康状况调查报告”中指出：我国成人高血压患病率为 18.8%，估计全国现患病人数为 1.6 亿，原来发病率较低的农村其高血压患者也正在日益增多。

(2) 死亡率高 高血压患者常因无任何症状而不去求医，许多人直到出现并

发病才就医，失去了最佳治疗时机，而引起了心、脑、肾三大重要器官的功能受损（医学上称受损器官为“靶器官”），包括左心室肥厚、心绞痛、心肌梗死、充血性心力衰竭、心源性猝死；脑卒中致半身不遂（偏瘫）、高血压性脑病、肾衰竭等，由此而致死者占我国首位。

（3）致残率高 每年因高血压可新发约 150 万脑卒中患者，现幸存的 600 万脑卒中患者中，有 75% 不同程度地丧失了劳动能力。

2. “三低”

（1）知晓率低 了解自己患高血压的，还不到高血压患者的 1/3，我国高血压患者中，知晓率仅为 30.2%（图 1-3）。

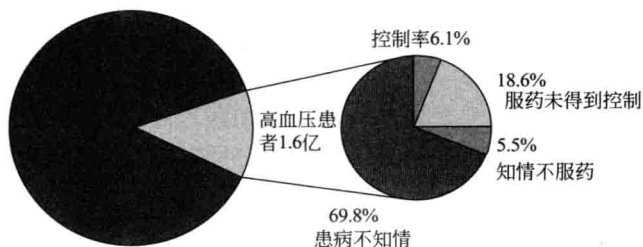


图 1-3 2002 年高血压患者占全国人口比例及患者类型

（2）服药率低 是指知道自己患高血压需要服药，但能遵医嘱服药的还不到 1/4；我国高血压患者中服药率为 24.7%（图 1-3）。

（3）控制率低 我国高血压控制率落后于发达国家（图 1-4）。由于不遵医嘱服药等原因，高血压发病的控制率仅为 6.1%（图 1-3）。

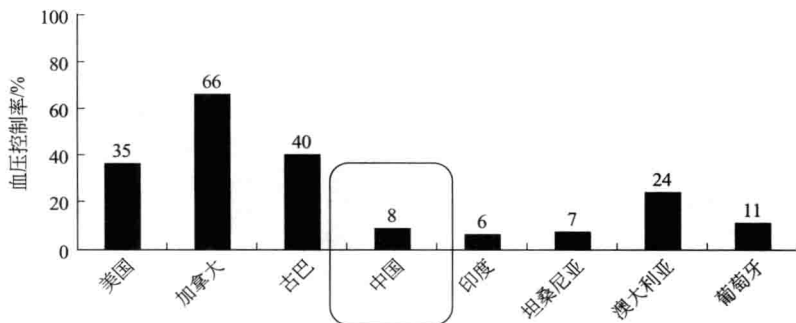


图 1-4 我国高血压控制率与其他国家的比较

3. “三个误区”

在高血压治疗过程中患者或不愿服药，或不难受不服药，或不按病情科学地服药，这是非常不对的。因为，提高服药率及控制率，是当前治疗高血压成败的关键因素。

二、我国高血压发病特点

我国高血压发病率北方高于南方；不同民族之间患病率有差异，如藏族、蒙古族和朝鲜族等较高，而壮族、苗族和彝族等较低；男性高于女性，但女性在更年期后患病率迅速升高，甚至高于男性；另外，我国农村高血压发病率正在快速上升，“城乡差别”明显减少；更令人担忧的是，高血压患病率的增加趋势，年轻人群比老年人更明显。35~44岁人群高血压患病增长率男性为74%，女性为62%。在我国，每五个成年人中就有一个高血压患者。

高血压是如此普遍，对我们的危害又是如此之大。面对高血压我们要做到：加强知识宣教、及早进行疾病普查、早期规范治疗、控制危险因素、防治并发症。而这一切都需要我们从自身做起，从源头加强预防，加强自我保健意识。自身的正确认识就是开启高血压防治大门的钥匙，只有掌握了这把钥匙，我们才能开启防治高血压的大门，为我们的健康打开这扇希望之门。

第二节 认识高血压

首先我们先认识一下什么是血压？我们的心脏像水泵般操作，血液压迫血管壁，其压力的数据就是血压（图1-5）。心脏收缩时的血压是最高血压（收缩期血压），心脏回复原状时的血压是最低血压（舒张期血压）。

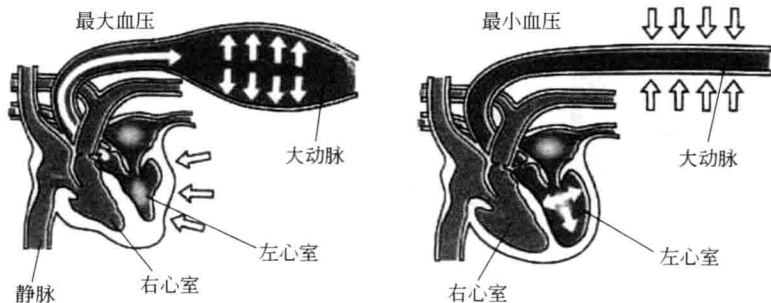
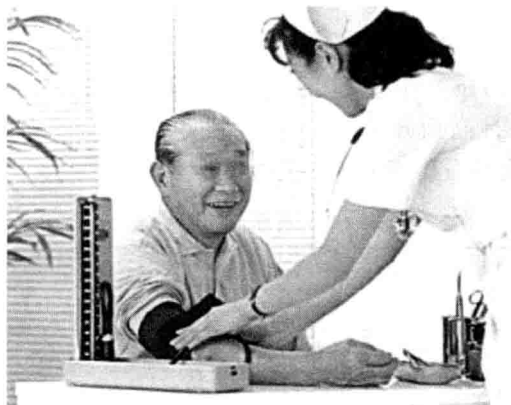


图 1-5 血压的产生

高血压是最常见的慢性病之一，其主要并发症有脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等。这些并发症致残、致死率高，生存质量低，给家庭、社会、国家带来沉重的负担。如何降低高血压的患病率，把高血压控制在疾病早期、提高生存质量成为全球一个共同的目标。而我们知道高血压的

防治效果很大程度上取决于患者个人，若我们想控制好它，就必须充分认识它。下面就来好好认识它——高血压，这个危害人类健康的最主要的慢性病之一，是心血管疾病的重要杀手。



只要人活着，心脏就得不工作。心脏就像一个压力泵，不停地将血液回收、送出，不停地通过舒张的方式收集外周的血液，再通过收缩的方式给血液加压后射入血管（图 1-6）。只要心脏在跳动，血管中就始终有压力存在。虽然大部分高血压的发病原因不明，仅有部分继发性高血压能追查到发病原因，但目前研究认为大部分高血压是在一定的遗传背景下由多种后天环境因素作用形成的。只有我们正确地认识了高血压、了解了高血压，才能很好地从源头上预防高血压的发生、发展，避免并发症的发生，把它的威力减小。

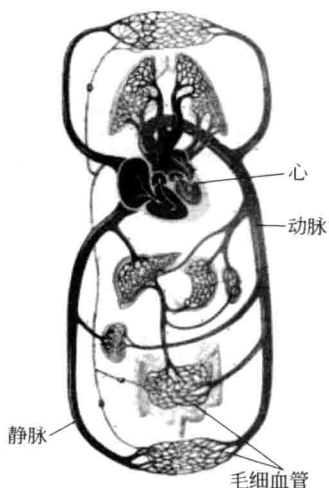


图 1-6 全身血液循环图

一、高血压的定义

(1) 在未用抗高血压药的情况下, 非同日三次测量, 收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$, 可考虑诊断为高血压。

(2) 患者既往有高血压史, 目前正在用抗高血压药, 血压虽低于 $140/90\text{mmHg}$, 也应诊为高血压。如表 1-1 所示。

表 1-1 高血压诊断标准

收缩压/mmHg	舒张压/mmHg	高血压类型
≥ 140	≥ 90	收缩压和舒张压(双期)高血压
≥ 140	< 90	单纯性收缩期高血压(ISH)
< 140	≥ 90	单纯性舒张期高血压

二、高血压的分类

高血压可按不同的方法来分类, 经仔细对比后, 多数患者觉得我既是这类又是那类, 这是对的吗? 是对的, 因为根据不同的标准划分, 同一位患者的情况可能会在不同的分类中找到。所以不用紧张, 下面让我们来细述高血压的分类。

(一) 按血压水平分类

根据《中国高血压防治指南》(2010 年修订版) 分类, 如表 1-2 所示。

表 1-2 血压水平分类和定义

分类	收缩压/mmHg		舒张压/mmHg
正常血压	< 120	和	< 80
正常高值	$120 \sim 139$	和/或	$80 \sim 89$
高血压:	≥ 140	和/或	≥ 90
1 级高血压(轻度)	$140 \sim 159$	和/或	$90 \sim 99$
2 级高血压(中度)	$160 \sim 179$	和/或	$100 \sim 109$
3 级高血压(重度)	≥ 180	和/或	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

注: 当收缩压和舒张压分属于不同级别时, 以较高的分级为准。

看到这个表您可能会觉得很复杂，下面我们来解读一下。当血压低于 120/80mmHg 时您的血压是正常的，但低于 90/60mmHg 时就属于低血压了。如果血压在 (120~139)/(80~89) mmHg 时，您就需要多关注您的血压了，因为它已经处于正常的高值了，但也不能过分紧张激动甚至过于担忧而影响休息。因为精神过度紧张也是高血压发病的危险因素。当血压达到收缩压（即常说的高压）140mmHg 或舒张压（即常说的低压）90mmHg 时，您已步入高血压的行列，要根据血压的高低程度来判断自己属于哪一级的高血压。当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高的分级为准，并不是以收缩压为主的，如当患者行动态血压检查示血压波动于 (138~159)/(104~120) mmHg 时，这位患者的血压分级就应该是 3 级高血压。记住了，当高血压分级时应该以高值为主，切忌为了自我安慰以低值为标准。虽然高血压的分级由医生来评定，但正确的自我认识是正视问题的关键，漫不经心、侥幸忽略往往会让疾病加剧，让高血压有机可乘。

（二）按病因分类

随着全球对高血压这一疾病的重视，全球各地都在加强对高血压的研究，包括病因、诱因、治疗等，这些研究让我们掀开了高血压神秘的面纱。根据目前的医学研究发现，引起高血压的病因各有不同，一般可将高血压分为原发性高血压及继发性高血压，而继发性高血压又可根据引起的原因分为六大项。

1. 原发性高血压

原发性高血压是以血压升高为主要临床表现的综合征，通常简称高血压。据统计有 90%~95% 的高血压患者属于原发性高血压。简单地说：在每一百位高血压的患者里面就有 90~95 人是原发性高血压，也就是说这部分的患者引起高血压的原因不明，或者说是找不出原因，只有血压升高。所以他们就是要控制好血压，防止并发症的发生就可以了。

2. 继发性高血压

继发性高血压是由于某种疾病在其发展过程中产生的，也就是说此类高血压是血压跟随原来的某种疾病而升高的。继发性高血压是病因明确的高血压，当查出病因并有效去除或控制病因后，作为继发症状的高血压可被治愈或明显缓解。换句话说，当原有的疾病治愈后，血压也会随之下降，甚至恢复到正常的血压水平，而这类高血压患者仅占高血压总患者中的 5%~10%。肾实质性、内分泌性、肾血管性、主动脉狭窄、睡眠呼吸暂停综合征及药物性是继发性高血压的常见病因。

继发性高血压与原发性高血压有着许多不同的特点，掌握这些特点有利于两者的鉴别，以便更早地发现继发性高血压，从而去除病因，早日使患者恢复健康。以下是继发性高血压与原发性高血压的不同（图 1-7）：①发病年龄较年轻，

或在儿童时就发生血压增高；②高血压的进展较快；③与年龄相比，舒张压相对较高；④应用一般降压药效果往往不佳，甚至无效；⑤以往有肾脏病或大动脉炎病史。

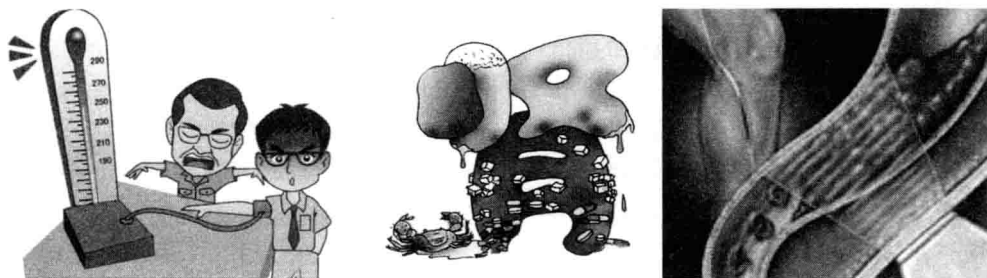


图 1-7 继发性高血压的表现

(1) 肾实质性高血压

① 肾实质性高血压的病因。肾实质性高血压是最常见的继发性高血压。病因多为原发或继发性肾脏实质病变，以慢性肾小球肾炎最为常见，其他包括肾间质纤维化、多囊肾、肾囊肿、慢性肾盂肾炎和梗阻性肾病等。肾实质性高血压血压升高往往难以控制，以青少年多见，往往是造成青少年高血压急症的主要原因。所以应对所有高血压患者初诊时进行尿常规检查以筛选出肾实质性高血压。

② 肾实质性高血压的诊断

a. 肾脏实质性疾病病史：蛋白尿、血尿及肾功能异常多发生在高血压之前或同时出现。

b. 体格检查往往有贫血貌（所谓贫血貌就是贫血在人体上的表现，主要是指肉眼能观察到的，如眼睑苍白、口唇及指甲苍白等，重度贫血还可以表现出皮肤蜡黄）、肾区肿块（体检时双侧上腹部触及块状物）等。

c. 血（电解质、肌酐、尿酸、血糖、血脂、血常规）、尿常规、24h 尿蛋白定量或尿白蛋白/肌酐比值检查。一般来说，肾性高血压患者的检查：电解质紊乱，肌酐、尿酸、血糖、血脂升高，血常规显示红细胞计数减少、血红蛋白降低，24h 尿蛋白定量或尿白蛋白/肌酐比值是增高的。

d. 肾脏 B 超为初步检查，如发现肾脏的大小、形态有异常，应进一步予以 CT（电子计算机 X 射线断层扫描技术）或 MRI（磁共振成像技术）检查。

e. 眼底检查。

f. 有条件的医院可行肾脏穿刺及病理学检查。

(2) 内分泌性高血压 内分泌性高血压一般是指由内分泌组织增生或肿瘤所致的多种内分泌疾病，其相应激素（醛固酮、儿茶酚胺、皮质醇）分泌过度，导致血液动力学改变而引起血压的升高。这类由内分泌系统改变引起的高血压也是较常见的继发性高血压。如能发现增生组织或肿瘤并切除，去除病因，高血压即

可被治愈或缓解。

① 原发性醛固酮增多症。原发性醛固酮增多症表现为高血压、低血钾、血浆醛固酮增高、血浆肾素活性受抑制。常见原因是肾上腺腺瘤、单侧或双侧肾上腺增生。高度怀疑此病的患者可行 CT/MRI 检查，以便于确诊。检测血钾、尿钾水平作为筛查方法。停用影响肾素的药物 [如 β -受体阻滞剂、ACEI (血管紧张素转化酶抑制剂) 等] 后，血浆肾素活性显著低下 [$<1\text{ng}/(\text{mL} \cdot \text{h})$]，且血浆醛固酮水平明显增高提示该病。血浆醛固酮 (ng/dL) 与血浆肾素活性 [$\text{ng}/(\text{mL} \cdot \text{h})$] 比值大于 50，高度提示原发性醛固酮增多症。当血钾 $\leq 3.5\text{mmol}/\text{L}$ ，而 24h 尿钾 $>30\text{mmol}$ ，高度提示醛固酮增多症。而 24h 尿醛固酮诊断意义较大。

② 嗜铬细胞瘤。嗜铬细胞瘤是一种少见的继发性高血压，是一种起源于肾上腺嗜铬细胞过度分泌儿茶酚胺，引起持续性或阵发性高血压和多个器官功能及代谢紊乱的肿瘤。其起源于肾上腺髓质和交感神经组织，能分泌去甲肾上腺素、肾上腺素、多巴胺等多种血管活性物质。肾上腺嗜铬细胞瘤、异位嗜铬细胞瘤及肾上腺髓质增生均分泌儿茶酚胺，临床表现相似，统称为儿茶酚胺增多症。嗜铬细胞瘤 90% 以上为良性肿瘤，80%~90% 发生于肾上腺髓质，其中约 90% 为单侧单个病变。起源于肾上腺以外的嗜铬细胞瘤约占 10%，恶性嗜铬细胞瘤约占 5%~10%，可造成淋巴结、肝、骨、肺等转移。嗜铬细胞瘤间断或持续地释放儿茶酚胺作用于肾上腺素能受体，引起持续性或阵发性高血压，伴典型的嗜铬细胞瘤三联征 (图 1-8)，即阵发性“头痛、多汗、心悸”。嗜铬细胞瘤同样可造成严重的心、脑、肾血管损害，可能导致剧烈的临床症状。高血压、低血压、休克交替发生，血压和心率急骤变化的原因可能与肿瘤释放的缩血管物质 (去甲肾上腺素、肾上腺素) 和舒张血管物质 (肾上腺髓质素) 的比例变化有关。

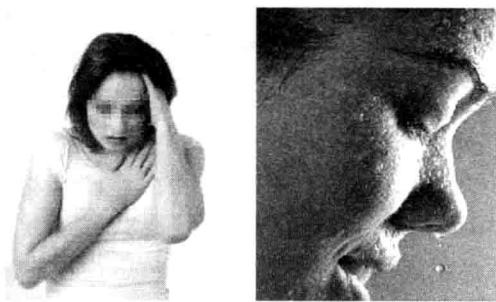


图 1-8 嗜铬细胞瘤三联征

尿与血儿茶酚胺检测可明确是否存在儿茶酚胺分泌增多。近年来测定血、尿中的儿茶酚胺及其代谢产物对诊断嗜铬细胞瘤特异性、敏感性均较高，不受药物及嗜铬细胞瘤症状发生与否的影响。超声或 CT、MRI 检查可做出定位诊断。如能尽早正确诊断，并及时行手术予切除肿瘤，嗜铬细胞瘤将是临床少数可治愈的