

對

原發性高血壓症 應有之 基本認識與防治

中華民國心臟學會總幹事董玉京

原發性高血壓症約佔所有高血壓患者百分之八十六，舉凡不能以現有的方法查知其血壓升高之致因者，均應被稱為原發性高血壓患者。在這裏讓我們隨便談談對原發性高血壓症應有的基本認識。

(一)世界衛生組織曾於一九五九年在日內瓦召開的然世界心臟專家會議重新報告規定成年人之正常血壓高血壓及低血壓之診斷標準如后：

Hypertension：血壓高於160/95毫米汞柱

Borderl ine Hypertension：介於140~160/90~95

Normotension：血壓低於140/90毫米汞柱

Hypotension：血壓低於90/50毫米汞柱

(二)高血壓患者應作何種基本檢查？

對於原發性高血壓之患者，應作如下各項常規檢查，以初步決定其是否有續發性高血壓的可能性：

1. 詳細病史及體格檢查。
2. 血液常規檢查。
3. 小便常規檢查及VMA，17-Keto，17-hydrocorticosteroids。
4. 小便濃縮試驗及培養。
5. 血液檢查：包括尿素氮、尿酸、血鉀、鈉、氯及二氧化碳、膽固醇及飯後二小時血糖檢查。
6. 酚紅試驗及肌酸酐清除試驗。
7. 心電圖檢查。
8. 胸部X光檢查及腹部X光檢查。
9. 快速靜脈注射腎盂攝影術。

若上列各項結果均屬正常，患者方可被認為有原發性高血壓症。

(三)原發性高血壓之自然病史：

原發性高血壓患者若未接受治療，其自然病史可簡述如后：

高血壓前期

↓ 60%患者有家族病史，冷壓試驗顯示恢復時間加長，血液中之血管加壓素含量較多。

高血壓第一期（血壓波動時期）

↓ 大約自35~55歲開始有血壓忽高忽低現象。

此期患者無左心室肥厚現象，僅發生高血壓性血管病。

高血壓第二期（持續性高血壓期）

↓ 舒張壓呈持續性升高現象。

此期已伴左心室肥厚現象，患者已有高血壓性心臟病。

高血壓第三期

↓ 第二期患者發生右列任何一種或數種併發症此期均隨時有亡命之憂。

腦卒中：佔30%

冠狀血管病：佔15%

腎臟衰竭：佔2%

心臟衰弱：漸少

高血壓第四期——第二期或第三期患者加以眼底視經乳頭

（亦稱加速 水腫現象者屬之。

惡化期或惡 此期之患者如不予以治療，則其兩年內性高血壓）之死亡率為百分之百

(四)高血壓患者之病理生理：

高血壓的患者，最重要的便是舒張壓的增加與超常，舒張壓的增高均由周邊細小動脈血管之阻力加大而引致。我們可簡述高血壓症的病理演變於後：

細小動脈首先發生持續性之血管收縮及緊張度增加。

↓

引起舒張壓增高，

↓

進而發生不易恢復性之動脈狹小變化。

↓

再產生永久性之周邊血管阻力增加及細小動脈血管內壁細脈與肌肉屬細胞肥大而使血管壁增厚之現象。

（此時若能長期使用藥物來治療使其血壓長期降低，當可促使上述各步驟與過程漸次復原）

↓

假如上列之演變未能及時予以遏止，細小動脈之肥厚現象將繼續加重，則肌肉部份必形成慢性缺血現象，最後使發生纖維組織增生以減少其局部之氧消耗量，血管乃漸呈硬化。於此時，現有的治療方法已難以挽回其硬化之結果。雖如此，抗高血壓性藥物治療在控制血壓方面仍可獲得相當的療效。理由是細小動脈硬化部位與程度並非一元化，抗高血壓性藥物仍可對某些硬化較輕之血管產生擴張作用，以減低其阻力而使血壓漸次下降，亦可促使身體某些重要器官（如腦及心及腎等）之平均血流量增加，進而減緩或避免該器官組織因缺血而引起之併發症。

(四)高血壓患者之病徵：

高血壓患者病徵之輕重與多少，要看其血管損害程度及心臟、腎臟、腦及周邊血管等各種器官之侵犯與否而定。其常見者如：

①輕度及中度之原發性高血壓患者：可患病多年且血壓已升高到危險程度而毫無不適。而其最多見與最典型之症狀為晨起常覺後腦部不適或痛疼，這是由於一夜休息後血管恢復其收縮之病態、腦部稍呈血液供應不足現象晨起後則頓覺不適。

②腦血管意外現象：患者可發生一側肢體發麻，中風不語或腦出血致生昏迷等現象。

③心血管：如工作勞累或精神過勞時發生胸骨下發悶，呈窘迫感灼痛感而稍事休息後便即刻消失這就是心絞痛之典型症狀。至若急劇胸痛而色蒼白及休克或昏厥時，則最可能是心肌梗塞症的後果。

④心臟衰弱：可致心跳氣急、無法睡平、咳嗽、吐痰等

⑤腎臟衰弱：可引起尿閉，酸中毒及昏迷等。

⑥高血壓性腦病：因血壓之突升而發生極度頭痛視力及意識模糊、嘔心、嘔吐、抽筋、昏迷或暫時性神經失調現象。

⑦高血壓症所引起之異常現象如下：

高血壓性眼底病變：

第一度：輕度動脈管腔狹小。

第二度：中度動脈管狹小，呈現不規則。

第三度：重度動脈管狹小及不規則有出血及滲出物

第四度：第三度變化合併乳頭水腫。

腎臟病變：

(一)持久性蛋白尿。

(二)18小時濃縮試驗比重低於1.002

(三)持久性小便培養出有細菌侵犯之結果

心臟病變：

(一)體檢發現：心尖跳持久及遲緩，象徵左心室肥厚現象。

(二)胸部X光照像發現：

$0.5 \leq \frac{\text{心臟寬度}}{\text{胸廓寬度}} \leq 0.55$

則可疑性左心室肥大現象。

若心臟寬度與胸廓寬度之比 > 0.55

則為明確之左心室肥大現象。

(三)心電圖發現：

SV₁:-RV:超過波長之上限時為可疑性左心室肥厚現象，若此波長之變化更附加以T波變化（T波倒轉或ST波下降）則為左心室肥厚之證明。

(四)中樞神經病變：任何程度之腦卒中病史均為中樞神經系統已受侵犯之證明。

(五)原發性高血壓之分類：

第一類	第二類	第三類	第四類
1. 持續性舒張壓高過90~95毫米汞柱	1. 舒張壓持續性升高至100~110毫米高	各種現象與第二類者同，唯其舒張壓升至120毫米汞柱或更高。器官系之受侵犯現象更甚明確。	各種現象同第三類但應有舒張壓經常130~140毫米汞柱，眼底檢查有出血或滲出物視神經乳突水腫現象。氮質滯留現象。高血壓性腦病之症狀。
2. 眼底檢查僅見細小動脈狹小現象。	2. 有心、腎腦血管系之一或二受侵犯之現象：	一般眼底檢查發現細小動脈狹小及動靜脈壓迫現象及有滲出物及出血現象。	
3. 無器官系統受侵犯之現象。	①心臟擴大 ②心電圖異常 ③蛋白尿 ④有腦血管阻塞或出血病史 3. 眼底檢查可見細小動脈狹小甚或伴有動靜脈壓迫現象。		

(六)原發性血壓高症之患者為什麼會升高？

根據近年來文獻的報導可使血壓升高之機轉約可分為下述各類：

①「主動脈及頸動脈竇——血管運動中樞——交感神經系統：(Aortic & Carotid sinus—Vasomotor center—sympathetic nervous system)——或可解釋原發性高血壓。

②「腎酵素——高血壓素——丁醛脂醇」系統：(Renin—angiotension—Aldosterone system) 為腎性高血壓之重要機轉。

③「腦部下視丘滲透壓接受器及抗利尿荷爾蒙」與腎髓質血管收縮物質等機轉。(Hypothalamic Osmolality Receptors and Antidiuretic Hormone as well as「Renal medullary vasodepressor materials」mechanism)。現在我僅就可能與原發性高血壓有關之第一項機轉簡述如后：

在正常情況之下，當位於主動脈上之主動脈竇及頸動脈上之一對頸動脈竇內之壓力接受器受到血壓增加之膨脹而伸長時，其輸入神經纖維乃因壓力增加之神經波傳入延髓之血

性左室肥
波變化(T
厚之證明。
史均為中樞

第四類

種現象同
三類但應
舒張壓經
130~140
米汞柱，
底檢查有
血或滲出
視神經乳
水腫現象
氮質滯留
象。高血
性腦病之
狀。

約可分為下

一交感神經
Vasomotor

統：

system)

蒙」與腎髓
lamic Os
ic Horm-
depressor
就可能與原

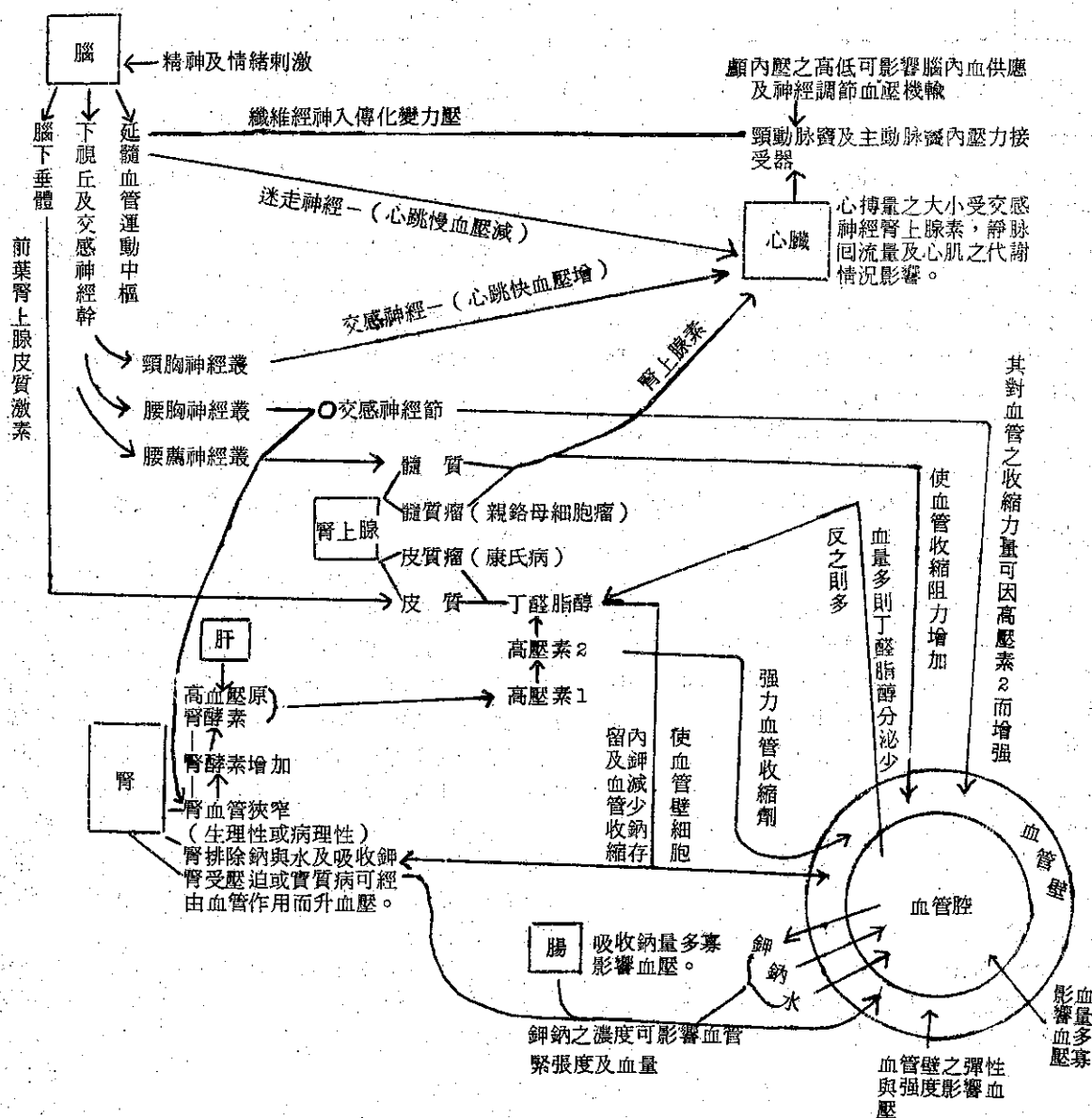
竇及頸動脈
之膨脹而伸
入延髓之血

管運動中樞，血管運動中樞則使交感神經至全身細動脈及靜脈血管之興奮波減少，使血管擴張或鬆弛，血壓減低。另一方面，此輸入神經纖維亦與中腦之迷走神經之背側核相聯接，因而使迷走神經之興奮增加，則脈搏減低，心室之工減少，心博量亦減少，血壓因而減低。反之亦反，即血壓降低時，此系統之活動結果可使血壓回升。

當這些主動脈及頸動脈竇內之肌肉細胞之離子濃度改變或將其傳入神經切斷時，因不能正確反應血壓之狀況及向血

管運動中樞作適切之報導，則可導致血壓之逐次升高而僅對更高之血壓產生反應與調整，病人則經常處於較高之「高血壓」病態。長期之血壓降低至正常情況，可使此種反常現象恢復正常。此種導致血壓升高之系統或可主要解釋原發性高血壓患者為何要長期接受抗高血壓性藥物治療。願讀者能三思而後信之。

至於人體內對血壓調節之個別與交互作用調素，亦可以下圖作簡明之闡述：



(四) 血壓升高後對人壽之影響如何?

依據美國國家人壽保險公司過去的統計結果，證實輕度的血壓增高便可嚴重的減少壽命。譬如一位四十五歲的男性，其血壓正常時應該再活卅二年，但假如其血壓已增高為 150/100，而不給予治療，那他最多祇能再活廿年半，他的壽命便在無形中減少了十一年半，試問這樣的損失究竟有多大？有誰算得清呢？茲將血壓之高低對壽命的影響簡述如下，萬望國人於瞭解之餘更能引以為警惕！

血 壓 對 人 壽 之 影 響

年 齡 (歲)	男 性			女 性	
	35	45	55	45	55
正 常	41.5	32	23.5	37	27.5
140/95	32.5 (少活 9年)	26 (少活 6年)	19.5 (少活 4年)	32 (少活 5年)	24.5 (少活 3年)
150/100	25 (少活 16.5年)	20.5 (少活 11.5年)	17.5 (少活 6年)	28.5 (少活 8.5年)	23.5 (少活 4年)

(b) 原發性高血壓症之治療面面觀：

對於一位原發性高血壓之患者，我們雖然已深知他（她）們會因血壓之遞增而壽命遞減，却又找不出其血壓增高的原因而予以根除，那該怎麼治療才好呢？我們只能也唯有使用種種心理與生理治療，飲食治療，加以藥物治療，長期將患者之血壓降至最理想程度，以延緩或避免其種併發症之發生進而保有其健康的生活與正常的壽命。

寫到這兒，我不禁想起了個人在應診時的實際觀察結果與患有高血壓症的親友們的親身體驗事實，這在原發性高血壓病的治療基本觀念上佔有着最重要的地位，那便是升高的血壓在藥物治療之後多半都會慢慢下降到正常範圍，但停藥相當相日以後總會逐次回升，甚至較治療前之血壓更為增高且益發危險。這是什麼道理呢？難道說原發性高血壓就永遠不會治愈嗎？我們究竟應該如何是好呢？要想對這些問題有一個正確的瞭解，我們必須先對抗高血壓藥物之基本藥理作用與使用原則有相當的認識。這樣才不會讓自己再繼續在黑暗裏摸索，更不會永遠朝着滿佈危險信號的方向前進！再前進！而猶不自知。

我們都知道高血壓症之主要問題是舒張壓的超常，所以抗高血壓性藥物之作用主旨均在於使舒張壓降至正常範圍。其作用機轉有二：

1. 減少交感神經系統之活動，使血管收縮度減少或消失
2. 直接作用於血管平滑肌，使血管放鬆。

抗高血壓性藥物之種類及製劑究竟有多少？我自愧未能盡述其詳，但可簡單分為下述二類：

藥 品 名 稱	每日劑量 (毫克)	作用時間 (小時)	劑量增加 間 隔 (日數)	副 作 用	注 意 處 項
利尿劑：Diuretics					
Chlorothiazide (Diuril or chlortride)	1000	8—12	—	1. 血鉀減少 血糖增加 尿酸增加 尿氮增加	應多食含鉀食物如扁豆、橘子、柳丁、花菜、香蕉、香菇、蕃茄、葡萄等
Hydrochlorothiazide	100-150			2. 紅、白血珠及血	

1. 溫性藥物：——如利尿劑、蛇根鹼類及直接血管擴張劑屬之。

一般說來，此類藥物均可產生更近於生理性之療效，適量的藥物可對絕大多數患者之縮張壓作良好之控制。

此類藥物之作用受下述兩因素之限制：

- (1) 血管硬化程度。硬化程度愈高則療效愈差。
- (2) 因其不能消除血管運動反射現象，作用不若烈性抗高血壓性藥物那樣強，故其治療所得的仰姿及立姿血壓大致相同。

2. 烈性藥物：——舉凡交感神經及交感神經節阻斷劑均屬之。

此類藥物常應於溫性藥物對高血壓療效不足時合併使用之。其對輕度高血壓患者常經由數種不同之作用機轉，僅產生如溫性藥物般之療效，使其降低後之仰姿與立姿之血壓仍甚相近。但其對重度高血壓患者使用高劑量之此類藥物治療時，因可產生細小動靜脈血管運動反射之完全阻斷，使患者於立位時，血液頓時因下肢及腹內之動靜脈繼續擴張而積於下體，致使回心之血液及心臟搏出量銳減，而血壓急劇下降，發生立姿性血壓過低，病人可突覺頭暈、眼黑或昏厥。此時，患者仰姿之血壓非但無降低之現象，反可較未治療時更高，故此類患者於治療期中，應取半坐體位，其血壓之控制應以立姿者為準。

茲僅以簡表列述抗高血壓性基本製劑數種，比較其每日最大劑量，作用時間，劑量增加間隔，副作用，及使用時應注意事項於后：

(Hydrodiuril, Esidrix or Dichlotride)				小板減少	
Trichloromethiazide (Fluitranor Doqua)	4-8			3. 皮膚發疹紫斑懼 光	
Navirex	0.5-1			4. 軟弱腸胃不適 臟炎肌無力	
蛇根性驗：(Rauwolfia)		2-6週	7	1. 鎮定心跳緩慢 充血易夢	抑鬱患者及消化性 潰瘍患者及應作手 術者應予注意使用 孕婦禁用。
Reserpine or Serpasil Whole Root(Raudixin)	0.5-1 50-100			2. 抑鬱	
Alseroxyton Fraction (Rauwiloid)	2-4			3. 增加胃酸度	
Rescinnamine (Rescitensina)	2-4				
直接血管擴張劑：(Vessel Dilators)				1. 頭痛、心悸、噁 心	心絞痛及心臟衰竭 患者禁用。
Hydrelazine (Apresoline)	100-250	6	2-3	2. 增加心絞痛 3. 類風濕性狼瘡反應。	
交感神經末梢阻斷劑： (Post-ganglionic sympathetic blockers)		8	3	精神不振、抑鬱、 水腫、陽萎、肝功 能異常，立位低血 壓。	肝病者禁用。
Methyldopa(Aldomet)	500-2500				
Guanethidine (Ismelin)	10-150 or more	10天	4-5	虛弱、腹瀉、陽萎 立位低血壓。	腎衰竭、心絞痛、 腦血管病者宜慎用 之。

抗高血壓性藥物之血流動力變化

藥 品 種 類	強 度	靜脈鬱血 程 度	腎 臟 血 量	心博出量	脈 博	週邊血管 之 阻 力
Quanethidine	+++	++	減 少	減 少	減 少	無變化或 稍增加
☆Hydralazine	++	無影響	開始增加 以後正常	開始增加 以後正常	開始增加 以後正常	減 低
Methyldopa	++	+	大致無變 化	無變化或 減少	減 低	減 低
☆Thiazides	+	無影響	開始減少 以後正常	開始減少 以後正常	無變化	開始減少 以後減低
☆Reserpine	+	+	無變化	無變化	減 低	減 低

+ (輕度) ++ (中度) +++ (強度) ☆較理想藥物

各種抗高血壓性藥物對於高血壓性心血管病之相關與無關之各項症狀之特殊適應與禁忌情況一覽表

症狀與病情	有利藥物	有害藥物
頭脹及偏頭痛	Aldomet Rauwolfia	Hydralazine
腹瀉	Ganglion-blocking	Ismelin
抑鬱	Pargyline	Rauwolfia
心悸	Ismelin & Rauwolfia	Hydralazine
焦慮症及失眠	Aldomet & Rauwolfia	Pargyline
直立性暈眩及腦血管功能不足		Ganglionic Blockers Ismelin & Pargyline
肝功能障礙		Aldomet & pargyline
痛風及血氣增高		Diuretics
心臟衰竭		Hydralazine
心血管功能不足		Hydralazine, Pargyline Ismelin & ganglionic blocking agents
消化性潰瘍		Rauwolfia

我們知道了藥物在體內作用的時間，便不難瞭解為何在藥物停止服用相當時日之後血壓便會逐次回升的道理。譬如患者曾接受血壓平 (Serpasil) 治療，在停藥二至六週後血壓再升高乃是合情合理的事，不該有什麼驚奇。當然每位患者停藥後其血壓之回升速度並不相同，此與下述各種情況有着密切的關係：

1. 用藥前病情之輕重：重者回升快，輕者較慢。
2. 用藥分量之多寡及時間之長短：量多時長者回升慢，量少時短者則快。
3. 男女有別：男性者回升較女性者為快。
4. 停藥之速度：停藥之速度大致與血壓回升之速度成正比。

從我個人在應診時粗淺的觀察裏，發覺接受抗高血壓性藥物治療之病患，其用藥之情況，可分為三派：

1. 認真行事派：此類患者，悉心遵從醫師之囑咐，認真服藥，一絲不苟，其血壓之控制程度大多合乎理想。彼等除按時服藥外，其生活與工作均如常，醫師與患者對治療之結果均甚滿意與樂觀。此認真行事派之患者，不但是醫師們最喜歡的病友，尤應為下述兩派患者之楷模。
2. 敷衍了事派：此類患者多數已經體認過停藥結果一定不妙的事實，但又不肯一直服藥，怕因藥多吃了會有害於身體。所以，當其自覺舒服時，便將藥量銳減或停服，稍覺不適時再將藥量予以增加，造成經常吃吃停停，停停吃吃，加減減，減減加加的忙碌狀態。這種人比上不足，比下有餘，雖不一定會吃大虧，却有着過多的莫須有的煩惱，誰又能說這不是自尋煩惱呢？我真不明白他們這樣的做法，竟然還敢沾沾自喜的同別人標榜。因為這樣將形成上上下下的血壓

波動方式，對其身心總是利少害多的呀！

3. 粗心大意派派：此類患者也許並不瞭解原發性高血壓症的前因後果，也許是沒吃過苦頭，也許是聽信了一些非專門性醫師的意見，以為升高了的血壓經藥物治療降低到正常範圍時，便算是治好了，就可以不必再用藥了。殊不知其血壓在停藥後遲早必定會回升，每回升一次，身心便得忍受一次病苦的折磨。設若某一次竟會因血壓之突升而導致腦血管破裂出血，丟失了這唯一的寶貴生命，那將是無法彌補的損失，怎不令其至親至友及醫師們感到無限傷悲與惋惜呢？！可是這些傷悲又於事何補呢？倘若患者都能由「敷衍了事」及「粗心大意」轉變為「認真行事」，那該多好哇！因為能這樣做，則一些要命的併發症便可減少或免除了，不是嗎？！

在這兒，一定有病友會提出申辯說，藥物均有其副作用，總該少服為妙，假若亂服藥把血壓降得太低或降沒了也是不得了的呀！不錯，過度的治療或不當的用藥都將帶給患者更多的不適，但決不會降沒的！祇是當血壓下降過快的時候，全身各器官系統來不及應變，因而可在腦、心、腎等部位發生血液供應不足現象。茲將各該部器官由血液供應不足而產生之病徵簡述於後：

1. 腦貧血現象：有頭暈、頭部敲擊感及眼前冒黑星等現象。
2. 心肌貧血現象：有心絞痛或心臟衰竭等現象。
3. 腎臟貧血現象：有尿量減少，尿氮增加及腎臟衰竭等現象。

因此，我覺得醫師與患者雙方均應對高血壓症之基本治療要則有相當的認識，方可避免自誤誤人的嚴重後果，此治療要則為：

(1)高血壓之治療應於症狀出現前即開始。尤以男性患者為然。不可等待心、腎、及腦等器官受損害後才給予治療。因為高血壓患者之第一個症狀往往便是要命的「中風」或「心臟衰竭」，故其治療主旨乃在於預防或免除其併發症之發生。

(2)抗高血壓性藥物之治療量，並無所謂最高劑量或最低劑量，應以其對血壓控制之效果來衡量，並作適度之調整，尤此以使用烈性抗高血壓性藥物者為然。

(3)當患者於治療生效後，千萬不可停止服藥，這一點應該特別強調，因為血壓之恢復正常並非疾病治癒之保證，唯有繼續藥物治療方可獲得永遠的血壓控制。偶而也可能有極少數之病患在血壓治療至正常相當年之後，藥物可永遠停服而血壓也永遠不再回升。

(4)不可以烈性藥物治療輕度高血壓患者，亦不可僅以溫性藥物治療重症高血壓患者。

(5)切勿使用烈性藥物與利尿劑之混合製劑，因極難把握其適當之劑量。但若以蛇根鹼與利尿劑等合併製劑，如市面上使用久之Supraduril, Seril-K, Serazide-k……以及Brinerdin或Esidri等等，來治療輕度或中度之高血壓，常可獲得意想不到的治療效果。

(6)對於腦出血、尿中毒及心絞痛之患者，如其舒張壓在一百廿度以上，仍應給予抗高血壓性藥物治療，但其收縮壓及舒張壓僅應降至150—170/90—100，否則將因腦、腎、及心臟之過度缺血而倍增患者之不適與危險，甚或招致最大不幸的來臨。

其次，我覺得還應該再簡述醫師與病友們需要遵循之一般治療原則：

1. 醫師們面對一位原發性高血壓的患者，應該花費五至十分鐘時間，詳述此病之前因後果，最要緊的是要讓病友們瞭解我們雖不能剷除其病根，但已可給予有效之抗高血壓性藥物治療以對其血壓作理想之控制。並告以藥物必須長期使用，藥量可減但千萬不可停止，藥物用穩後也不必換來換去。在治療初期，應囑病友每一、二週須來診察一次，二、三月後，若治療效果漸趨穩定，則可每月請醫師診察一次，繼續取藥以長期性之有效治療。

2. 告訴病人一般常規檢查均可於門診執行，病情嚴重或應作進一步特種檢查（如腎動脈攝影等）之患者，方可予以住院診療。

3. 病者應遵循之一般原則：

(一)去除心理上的緊張，很多患有高血壓的親友告訴我在醫院或診所裏所量得的血壓讀數常比家裏量的為高，這是什麼道理呢？這便是緊張與否的結果。患者應如何方可去除心理緊張因素對血壓的影響呢？我的意見是每位患者都應選定一位醫師，每次都請他為您診視，日久情生，看醫師如訪知友，心情自可輕鬆，其所測得之血壓當然也不會因過份緊張而增高了。

(二)飲食治療：其目的在於使病患保有其理想體重，因為

愈胖則血壓愈易增高，減胖則升高了的血壓也會逐漸下降。我所建議病友的飲食治療重點是這樣的：

(1)怎樣保有理想體重：

我們依照身高減去105差不多等於理想體重的算法，便可輕易說出某人之理想體重數字。譬如一位身高165公分的人，其理想體重大約是60公斤。我們知道了理想體重之後，便應該去買一個磅秤，每週或其他固定時日磅一次，以觀究竟。假若體重剛好合乎理想水準，保持它！假若超重了，減掉它！

(2)減體重保血壓的「三少」秘訣：——「油少、鹽少、量少」。人生本當盡情享受，佳餚當前，誰能不饒，偶有邀宴，當可盡歡。倘若日日迎嘉賓，自食應當心，青菜可多食，油膩莫太親。當記油少鹽少量少減胖秘訣，對於量少最須認真。

(三)油煙與喝酒對血壓高患者有妨礙嗎？

我常聽人家說寫文章的人「一隻煙在口，靈感永無窮」，或者說「飯後一隻煙，賽似活神仙」，我沒抽過煙，無從享它的「妙」處。我也聽人說過「閒茶悶酒無聊煙」引申其含義，無非表示這些都不能算作必需品罷了。至於煙與酒究竟對血壓高的人有妨礙嗎？事實這是樣的：煙裏面含的尼古丁具有強力收縮血管作用，猛抽幾口常可導致血壓之突增，煙當然對血壓硬化性心臟病患者一樣有害，常可引當心絞痛。煙更是呼吸系統病患的強力加重劑，它又與肺癌發生有着難解難分的關係，雖然我們也知道每天抽煙十幾二十隻並不一定對身體絕對有多大害處，但總應勸患者少抽一些，而且越少越妙，最好戒掉。至於酒，它是具有血管擴張作用的，適量的小飲常可稍稍增加全身之血液循環而令人有活力更加充沛的感覺，對於身心並無大礙。但若患者正在接受烈性抗高血壓性藥物治療時，酒常可加強藥物之作用，使其立委血壓更為降低，可產生腦貧血現象，此尤以對參與雞尾酒會者為然。此時如有頭暈或軟弱感，便應該趕緊找個位置坐下來，否則將造成昏厥的後果，假若您（妳）眼前一黑就直挺挺的倒在大廳廣眾之間，非但破壞了原有的歡樂氣氛，而且這場面該多尷尬呀！至於茶與咖啡也應以質淡量輕為原則。

(四)應否改變日常生活方式？

輕度與中度的高血壓患者，無須對其日常生活方式作任何之改變，仍可參與各種應酬及運動，但應以不引起身體不適為原則。對於重症高血壓患者，應避免身心過勞，保持充分的休息與睡覺，一俟其血壓被藥物控制正常之後，便可恢復其正常生活。否則，常可當三、五知友舉杯暢飲狂歡之際，由於情緒過份緊張或激動，而導致血壓急劇上升，即刻中風不醒人事，甚或因而病逝，這才是真正的休極生悲哩！若患者正在使用Ismelin治療，則更應避免激烈運動，及快速之體位變換，如欲於午夜起身入廁或晨起時，均應先坐起，醒一醒，然後再慢慢站起來，定定神，如無任何昏眩感，方可開始行動，如感微暈則應再坐一下或躺一躺，然後再徐徐起身以觀究竟，否則將因血壓之急劇下降而即刻昏倒在地，

雖不一定鬧出大禍，至少也得飽受一場虛驚，這又何苦來哉？！患者亦應注意該藥對性生活之影響，及時告訴醫師，看看可否換用其他藥品，若係病情較為嚴重，不用此治療，便會沒命，那也祇好暫時棄「性」保「命」或有「命」而無「性」了。

(四)誰應該接受治療？怎樣才叫做充分治療？

凡是舒張壓超過了正常範圍的，不論其有無自覺症狀或異常之檢查結果，均應接受「預防性之治療」或「治療性之預防」。至於怎樣才算是充分治療？到底要治療出怎樣的成果才算是大家所期望的治療終點呢？高血壓病的治療時間究竟要多長呢？三年五年够了嗎？還是要一輩子吃藥？這些問題到如今還沒有一個肯定的答案。不過，都認為治療的目標應該是長期控制舒張壓，使其永遠降至正常水準而維持之。因為過去研究的結果顯示原發性高血壓患者舒張壓之高低與壽命之長短成反比，舒張壓舒張壓愈高則壽命愈短，而從未經過治療之患者，其平均為五十二年。所以我們也應該說是祇要能控制血壓，抗高血壓性藥物的使用時間，也當然是越久越好了。假如您（妳）一定要「身試法」，隨意停藥，那結果常常是得不償失或後悔莫及的呀！在目前，對血壓高症之治療目標有二：

1. 對所有五十歲以下而無顯著腎臟侵犯之患者，應降低其仰姿及立姿之舒張壓至九十度以下。

2. 對年長而又有腦血管病、心臟血管病、及腎功能不足之患者，可維持其舒張壓在一百度左右，以收其長期治療效果而無不良之後果。

(五)高血壓患者應否在家自己測量血壓？

這是一個見仁見智的問題，但如果你有很好的血壓計及聽診器，又會測量及解釋你所量得的結果，當然可以在家自量。但我常見到有些患者每因血壓增高一兩度便嘆聲嘆氣；反之則過份欣喜，這都是因為他們對血壓時時刻刻都可能有較大幅度波動的道理沒有深切瞭解之緣故。譬如說血壓常隨種族、性別、年齡、體質、體重、運動、情緒、天候、測量時間之不同（早晨低下午高）睡眠之充足與否以及有無他種疾病有所差異的。

說實在的，我們應該瞭解三五度的血壓升降甚或十度八度的上下波動或高低差別，都是很平常的事，的確不值得過份的欣喜或擔憂。這種波動對病情的輕重及治療方案之釐訂並無任何影響。我們實在不必對其斤斤計較，更不必因血壓之些微升降而隨時急急的將藥物的種類及劑量予以增減。我們應該有「以不變應萬變，萬變不離其宗」的認識與決心，永遠把握着正確的治療計劃與目標，與醫師密切合作，方可永收萬無一失的理想效果。

至於應不應該在家自己量血壓，其一般結論有二：

(1)能在家中正確的測量血壓及解釋因果關係者，為數甚少。

(2)對於許多血壓已有良好的控制之患者，在家經常自量血壓，應該說是一件多此一舉，徒增煩擾的事。

因此，如果你（妳）覺得若能經常知道自己的血壓讀數方可倍增安全感與自信心，我當然不反對在合乎條件的情況下在家量量血壓，但大可不必像「晨昏三叩首，早晚一爐香」那樣的虔誠，否則便過份煩嗦了。其實，在血壓較為穩定之後，三五天或一個禮拜找找熟醫師或熟地方去量量，甚或每月作一次血壓測量及取藥，對大多數患者來說，也是儘够的了。

(六)結語

我們都知道高血壓是一種很常見的疾病，患有這種病的，在美國每年約有一百萬人，因而致死的，每年也有廿萬人。根據臺灣省衛生處及臺北市衛生局的統計資料，我國人因腦血管出血等意外而致死者，在十大死因中位居第一位，高血壓更為引發腦血管破裂之主因。我想不盡也數不清在我的親戚朋友裏，究竟有過多少位因患高血壓而喪失了他們的寶貴生命，更有多少個正在忍受着這種病苦的折磨。在醫學日益昌明的今天，我們已體認出高血壓病不是一種絕症，若能予以適時適切之診療，當可享有正常之生活與生命。從我拉拉雜雜的敘述裏，我們已對原發性高慢壓症之種種有了一個概括之認識，我們必需認定這些正確的治療方向與目標，摒除一切猶豫與遲疑，朝着它單往邁進，不達理想的目標，永不休歇。

我們更應以總統府張秘書長岳軍先生的「不老歌」：（起得早，睡得好，七分飽，長跑跑，多笑笑，莫煩惱，天天忙，永不老）與「一怒一老，一笑一少」以及「一日一生」的養生與處世之道，來培育自我的心理健康，期能對七情六慾作適度的協調，盡量減少不必要的身心負擔與煩惱，更進於「與人無爭，於事無爭」的寧馨境界。切不可再學傅斯年先生一氣之下腦出血便病逝於議會大廳，胡適之先生情緒過於激動而引發了心血管阻塞在中央研究院院士會上演說完畢便當場撒手西歸，以及先父董作賓先生的過份固執，怎樣勸也不肯多住一天醫院，退家後便引致腦血管阻塞而一病不起……再再都使「國」「家」蒙受到無可彌補的損失，但這些本來都是可以預防或避免的事情啊！設若醫師均能告訴患者必需長期服藥，病者也能對治療一絲不苟的去認真行事，那永遠「健康長壽」的目標，對原發性高血壓症患者而言，並不是一件高不可攀的事啊！我深切而誠摯的盼望每一位患有高血壓病的親戚朋友，千萬不可拿自己最有用的，唯一的寶貴生命來作賭注！來開玩笑！來輕易的把它丟掉！最後，讓我再用兩句由衷的話語獻給「您」與「妳」，就算是對大家的希冀與本章的結語：「我的話您（妳）要常常聽，莫當狂風吹耳邊。千萬！千萬！千萬！我的心總在祝福您（妳），身心康泰年復年。永遠！永遠！永遠！」