

## 前言

高血壓是常見的疾病之一，為引起心臟血管疾病、腦中風、腎功能不全的重要原因。長期的高血壓可以引起心臟肥厚、心肌病變及心臟衰竭；對血管而言，可以引起腦血管硬化、腦中風、冠狀動脈疾病、心肌梗塞、主動脈血管剝離及腎血管疾病等嚴重併發症，造成永久傷害或死亡。近年來由於公共衛生教育的推廣，大家對健康的重視及自測血壓日漸普及，高血壓已成民眾求診的最常見疾病之一。雖然高血壓已得到大家的重視，但是根據美國的研究報告，大約只有 12 至 21% 的人能良好的控制血壓。而與血壓有關的疾病如腦血管疾病、心臟疾病、腎臟疾病及高血壓疾病分別佔最近幾年台灣十大死亡原因的第二、第四、第八及第九位，由此可知，高血壓的防治仍需我們大家的努力。

## 高血壓的定義

人體的血壓易受多種因素影響，因種族、性別、年齡而不同，其罹患心臟血管疾病的危險性亦隨著血壓的升高而升高。所謂正常血壓與高血壓的分際，事實上是人為界定的。以前高血壓定義為收縮壓 160 毫米汞柱，舒張壓 95 毫米汞柱以上；西元 1993 年，世界衛生組織國際高血壓協會及美國監測評估及治療高血壓國家聯合委員會第五次會議，均將收縮壓 140 毫米汞柱，舒張壓 90 毫米汞柱以上定義為高血壓，並將高血壓分為輕、中、重度之高血壓、邊緣性高血壓及單獨收縮性高血壓。1997 年美國監測評估及治療高血壓聯合委員會第六次會議及 1999 年世界衛生組織及國際高血壓協會修訂的高血壓治療指引均作修訂，取消輕、中、重度高血壓的名稱，而改為第一級、第二級、及第三級高血壓，並更著重於高血壓患者之心臟血管疾病危險因子的評估及治療，以及生活型態的改變對高血壓之預防與治療。最新定義的高血壓分類如(表一)：

高血壓分類	收縮壓 (毫米汞柱)	舒張壓 (毫米汞柱)
理想血壓	< 120	< 80
正常血壓	< 130	< 85
正常偏高型血壓	130~139	85~89
高血壓		
第一級(輕度)	140~159	90~99
亞型：邊緣型	140~149	90~94
第二級(中度)	160~179	100~109
第三級(重度)	≥ 180	≥ 110
獨單收縮性高血壓	≥ 140	< 90

## 血壓的流行病學

高血壓的流行率，隨著年齡之增加而升高。美國曾做過大規模的流行病學調查，於 1976~1980，1988~1991 的國家健康與營養調查發現高血壓的盛行率隨年齡增加而顯著升高，至 65 歲時，高血壓之患者已佔六成。我國於 1993 年至 1996 年台灣第一次營養與健康普查發現，

若將高血壓定義為收縮壓大於 140 毫米汞柱，舒張壓大於 90 毫米汞柱，則大於 18 歲年齡群的高血壓盛行率，男性為 28·5%，女性 19·6%，年齡大於 45 歲的年齡群，男性 44·4%，女性 41·8% 有高血壓。這些患者中，知道自己有高血壓者、已接受治療者、及高血壓已獲良好控制者，在大於 18 歲年齡群之男性為 24·8%、16·9%、2·7%，而女性則為 39·3%、29·7%、與 5·1%。大於 45 歲年齡群者，此比率男性為 38·9%、28·2%、4·9%，女性為 48·3%、38·3%、7%。由以上之資料可知，民眾自己知道有高血壓者不到一半，接受治療者約四分之一，而得到良好控制者大約只有百分之五，是以高血壓之治療及預防之觀念仍需加以推廣。

## 高血壓的分類

高血壓的分類，傳統上將之分為原發性高血壓及次發性高血壓。原發性高血壓為原因不明者，仍佔 90~95%。其餘為次發性高血壓，是由特定疾病所引發者。近年來，對於高血壓發生機轉的研究與日俱進，使我們了解到所謂原發性高血壓可能包含著一群不同的疾病，也許在不久的將來，部份原發性高血壓可能會被歸納為次發性高血壓。次發性高血壓有腎實質性疾病引起者，如：急、慢性腎絲球腎炎、多囊腎、慢性腎盂炎，有糖尿病性腎病變引起者，有腎血管疾病、產生腎素之腫瘤引起者，有內分泌引起者如：口服避孕藥、肢端肥大症，有腎上腺疾病如：庫欣氏症、高醛固酮血症、先天性腎上腺增生、嗜鉻細胞瘤引起者，有甲狀腺功能異常引起者，有神經性異常引起者，如：顱內壓升高、鉛中毒、及其他如：主動脈窄曲、酒精、類固醇、懷孕妊娠毒血症、高血鈣症……等引起者。次發性高血壓需對其原因特別治療，才能控制血壓或根治。但原發性高血壓則只能用改變生活型態的非藥物或以藥物治療控制血壓。

## 高血壓的臨床表徵及臨床評估

有些病人會問醫師說：我有高血壓怎麼沒有感覺？高血壓一般病人並沒有感覺明顯的病狀，可是一段時間之後，有些病人有一些非特異性的症狀，如頭重、頭痛、耳鳴、眼花、失眠、頭頸部酸痛、肩膀酸硬或呼吸急促等症狀。如前面所述，45 歲以上年齡層的人約有百分之四十罹患高血壓，而只有百分之三十左右的人接受治療，大約只有百分之五到七的人有良好的控制血壓。高血壓的自然史可以分為高血壓前期、高血壓早期及高血壓確定期。而高血壓的確定期介於 30 歲至 50 歲之間，若 50 歲以後才發生高血壓，需排除續發性高血壓之可能性。

血壓很容易因外界環境因素如心情、情緒、運動等而變動，因此不能依據單次血壓測量數值即診斷為高血壓，初診時要測量二到三次血壓，數天後再測量之，如持續偏高才能診斷為高血壓。一但確定高血壓，需判定高血壓的程度及是否為續發性高血壓；其次要檢查腦、眼底、心臟血管及腎臟是否因高血壓而出現臟器障礙；有沒有合併心臟血管疾病的危險因子，及是否有糖尿病、高血酯、心臟肥大、心臟擴大、心律不整、蛋白尿、腎功能不全等。

## 高血壓的治療與預防

高血壓治療的目標，在於使用最少之介入性治療，來降低高血壓的死亡率及罹病率，此目標可藉由控制及維持收縮壓低於 140 毫米汞柱及舒張壓低於 90 毫米汞柱，與同時改善其他心血管疾病之因子來達成。將血壓控制在更低數值不僅可以預防中風、保持腎功能、更能減緩心臟衰弱之進展。高血壓之治療首先應使用非藥物療法，或同時合併藥物治療。

非藥物治療及預防高血壓是由改善日常生活型態做起，(1)要保持理想體重，(2)飲酒要適當，(3)增加有氧運動量（一天 30 分至 45 分，每週至少三天），(4)減少鹽分的攝取量，每天不超過 2.4 公克，(5)每日由飲食攝取足夠的鉀、鈣及鎂，戒菸及減少攝取飽和脂肪酸及膽固醇之食物。藥物治療一般由低劑量開始，並根據病患之年齡、需要及治療反應，逐漸往上調整藥物。最理想的藥物劑型，是採用一天服用一次可提供二十四小時療效之長效型製劑。目前高血壓治療的藥物有利尿劑、乙型交感神經阻斷劑、甲型交感神經阻斷劑、血管張力素轉化酶抑制劑、血管張力素接受器阻斷劑、鈣離子阻斷劑及其他中樞性阻斷劑、周邊血管擴張劑等可以選擇。藥物治療的原則如下：無合併症之單純高血壓以利尿劑或乙型交感神經阻斷劑為主，糖尿病合併蛋白尿以血管張力素轉化酶抑制劑為佳，心臟衰竭以血管張力素轉化酶抑制劑及利尿劑為佳，心肌梗塞之高血壓患者以乙型交感神經阻斷劑不含 ISA 者及血管張力素轉化酶抑制劑為佳，老年人獨立性收縮性高血壓以利尿劑及長效型之鈣離子阻斷劑為佳，懷孕婦女不宜使用血管張力素轉化酶抑制劑，痛風之病人避免使用利尿劑。

### 賴文源醫師簡歷

學歷：國防醫學院醫學士

經歷：三軍總醫院心臟內科主任

中華民國心臟學會秘書長

現任：桃園榮民醫院內科主任

中華民國心臟專科指導醫師