

科学用药，防高血压危象

刘 权

珙县人民医院 644500

【中图分类号】R544.1

【文献标识码】A

【文章编号】1002-3763 (2023) 02-082-01

高血压危象，是指血压突发异常升高而产生的一系列不良后果。我国高血压患病人数约 2.7 亿左右，其中 1% ~ 5% 曾发生高血压危象。其发生往往与高血压患者治疗依从性差，不按时按量用药，自行减量、停药等有关。此外，情绪波动、缺氧、疼痛、药物干扰（如避孕药、可乐定突然停药、类固醇激素等）也是相关诱因。在这些诱因作用下，体内激素、神经递质分泌增多，使得小动脉血管剧烈收缩，血压升高，心脏容量负荷加重，为了减轻心脏负担，肾脏被迫增加滤过，进行“压力性利尿”，这进一步使得外周血管收缩，血压进一步升高，周而复始形成恶性循环。时间一长，就会造成血管内皮的损伤，血中血小板及纤维蛋白聚集，血管丧失调节能力。一旦血管自身调节受损，对于脑、心、肾等脏器影响巨大，以大脑为例，如果脑细小动脉发生持续痉挛或者广泛微血栓，就会出现急性脑供血障碍；而脑内小动脉异常扩张，则会导致脑水肿、颅内高压。这些都会导致头痛、烦躁，严重者甚至出现意识障碍、偏瘫失语等表现。

1 比一般高血压更危险

高血压危象住院率约 37%，其发病后 3 个月内死亡率约 11% 左右。我们把高血压危象根据有无引起急性靶器官（如心、脑、肾、视网膜等）损伤，分为高血压急症和高血压亚急症，区分标准并不是血压异常升高的程度，部分患者可能血压中度升高，但并发心肌梗死、急性肺水肿等，也应该作为高血压急症诊治。

高血压急症：指高血压患者由于某些因素，血压突然升高（ $\geq 180/120\text{mmHg}$ ），同时患者出现明显临床表现，比如头痛呕恶、视物模糊、肢体活动障碍、胸闷胸痛、少尿等，检查后发现存在急性靶器官受损，比如新发脑出血、脑梗塞、视网膜出血、不稳定性心绞痛、急性肾功能障碍等。对于高血压急症患者，需要心电监护监测血压，快速平稳降压，完善头颅 CT、心电图、心脏超声、生化检验（心肌酶、肾功能等）、眼底镜检查明确靶器官损伤情况，积极对症处理减轻损害，改善预后。

临床上碰到血压异常升高，医生会予以复测血压，如排除测量误差后，仍发现患者血压升高至 $180 \sim 270/120 \sim 160\text{mmHg}$ ，就会考虑高血压危象可能，会告知相关危险性及可能出现的并发症及不良预后，治疗上会予以吸氧、心电监护，解除疼痛、缺氧等相关诱因，并给予药物干预。完善实验室及辅助检查后，再根据受损器官选择合适有效药物，比如滴注扩血管降压药物硝酸甘油、乌拉地尔等，滴注、推注降颅压、利尿药物甘露醇、呋塞米等。其中扩张血管药物有静脉滴注速度的要求，期间需要严密监测血压，根据血压调整滴速。还要注意，治疗过程中不能过快过低降压，以免短时间血压骤降，造成心脏、脑、肾脏等重要脏器灌注不足，加重缺血缺氧，使病情进一步恶化。降压要求，在最初 1 小时内，平均动脉血压下降不能超过治疗前水平的 25%，随后的 2 ~ 6 小时逐渐下降至安全血压水平 $160/100\text{mmHg}$ 。如可以耐受，在其后 24 ~ 48 小时逐渐降压到正常水平。

常见高血压急症血压处理：（1）假如高血压急症并发急

性脑梗（缺血性脑卒中），准备溶栓治疗的患者，血压控制到 $180/110\text{mmHg}$ 以下即可。急性脑梗塞患者 24 小时内高血压应谨慎处理，不必要求理想水平，以免影响脑灌注，加重缺血缺氧，影响脑组织的功能恢复。可以优先处理伴随出现的头晕、恶心呕吐等症状。（2）高血压急症并发急性脑出血患者，应积极药物控制血压，必要时静脉药物降压， $160/90\text{mmHg}$ 可作为降压目标。（3）高血压急症并发急性心力衰竭患者，在纠正心衰的同时，需要积极降压，一般建议静脉予以血管扩张药物及利尿剂，如硝酸甘油、硝普钠、乌拉地尔、呋塞米、托拉塞米等。（4）高血压急症并发肾脏损伤患者，如出现蛋白尿、血肌酐升高，目标血压则为 $<130/80\text{mmHg}$ 。

高血压亚急症：患者血压急剧升高，经相关检查后无明显靶器官损伤的称之为高血压亚急症。对于高血压亚急症患者，一般用口服药干预，临床常用的包括几大类：钙离子拮抗剂（硝苯地平）、 β 受体阻滞剂（美托洛尔）、血管紧张素转换酶抑制剂（卡托普利）、血管紧张素 II 受体拮抗剂（厄贝沙坦等）。当口服降压药物无效时，才考虑静脉降压药物。值得注意的是，由于高血压亚急症发病时不少患者无临床表现，故而忽视、怠慢，不及时就诊，导致进一步加重，进展到靶器官受损。

2 控制高血压危象，需从根源做起

对于高血压危象，经处理待患者病情稳定后，可追溯引起血压异常升高的诱因，予以解除或者规避，定期门诊随访，适时调整降压方案，加强综合管理，建立健康档案，强调规律服药，普及患者对于高血压危象的认知，鼓励培养良好的生活方式，比如低脂、富纤维饮食，减少钠盐摄入，轻中强度运动，戒酒，舒畅情志等，从而减少高血压危象的发生。

中医对于血压调控也有显著疗效，中医古籍对于高血压的记载散见于“眩晕”“头痛”“中风”等论述中，一般认为高血压的发病机制为肝阳上亢、痰湿中阻、肝肾阴虚、阴阳两虚等。治标可平肝潜阳、活血化淤、宁心安神等；治本则以补益肝肾、阴阳并补为主。现代中药药理研究发现，不少中药单味有确切降压作用，如白蒺藜、钩藤、石决明、丹参、白芍、葛根、车前子等。有些患者自行对号入座、单味冲泡或者反复续方却没有效果，因此质疑中医药。其实中医一直强调整体辨治，注重证病结合，以人为本，不同个体有不同表现，比如有的患者可以归纳为一个证型，有的患者则可能兼夹数个证型表现，疾病会发展演变，证型又有阶段性，加之地域、季节等外界因素，中医提倡天人合一整体观，强调辨证论治，其实也契合现今提倡的整合医学观（生物学、人类学、社会心理学、环境学等）。全国名老中医徐敏华教授就提出高血压的调治需遵从调和求平的大原则，人体气血阴阳脏腑都是相互联系、相互制约协调，以达到生理上的平衡点，中医治疗调理的目标是使得失衡的机体重新恢复中正平和，重回健康状态。

总之，规范诊治，做好血压日常监测，定期门诊随访，适时调整降压方案，改善生活方式，才能从根本上减少高血压危象的发生。