

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 10 期

问题索引：

一、【问题】原发性高血压诊断和分级。

二、【问题】高血压分层表。

三、【问题】原发性高血压治疗与预防。

四、【问题】高血压急症的临床表现和处理。

具体解答：

一、【问题】原发性高血压诊断和分级。

【解答】

(一) 诊断

主要根据诊所测量的血压值，采用经核准的水银柱或电子血压计，测量安静休息坐位时上臂肱动脉部位血压。如果左、右上臂血压相差较大，要考虑一侧锁骨下动脉及远端有阻塞性病变。必要时，如疑似直立性低血压的患者还应测量平卧位和站立位（1 秒和 5 秒后）血压。是否血压升高，不能仅凭 1 次或 2 次诊所血压测量值来确定，需要一段时间的随访，观察血压变化和总体水平。

(二) 分级

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

【医学教育网原创】

二、【问题】高血压分层表。

【解答】

其他危险因素和病史	高血压		
	1 级	2 级	3 级
无	低危	中危	高危
1~2 个其他危险因素	中危	中危	很高危
≥3 个其他危险因素或靶器官损害	高危	高危	很高危
临床并发症或合并糖尿病	很高危	很高危	很高危

三、【问题】原发性高血压治疗与预防。

【解答】

(一) 治疗

1. 治疗原则

(1) 治疗性生活方式干预：①减轻体重；②减少钠盐摄入；③补充钾盐；④减少脂肪摄入；⑤戒烟限酒；⑥增加运动；⑦减轻精神压力，保持心态平衡；⑧必要时补充叶酸制剂。

(2) 降压药物治疗对象：①高血压 2 级或以上患者 ($\geq 160/100\text{mmHg}$)；②高血压合并糖尿病，或已有心、脑、肾靶器官损害和并发症者；③凡血压持续升高，改善生活行为后血压仍未获得有效控制者。从心血管危险分层角度，高危和极高危者必须使用降压药物强化治疗。

(3) 血压控制目标值：目前一般主张血压控制目标值至少 $< 140/90\text{mmHg}$ 。糖尿病或慢性肾脏病合并高血压者，血压控制目标值 $< 130/80\text{mmHg}$ 。老年收缩期性高血压的降压目标水平，收缩压 (SBP) 为 $140\sim 150\text{mmHg}$ ，舒张压 (DBP) $< 90\text{mmHg}$ 但不低于 $65\sim 70\text{mmHg}$ 。

(4) 多重心血管危险因素协同控制：降压治疗方案除了必须有效控制血压和依从治疗外，还应顾及可能对糖代谢、脂代谢、尿酸代谢等的影响。

2. 降压药物治疗

(1) 降压药物应用基本原则：①小剂量；②优先选择长效制剂；③联合用药；④个体化。

(2) 降压药物种类及作用特点

1) 利尿剂：有噻嗪类、袢利尿剂和保钾利尿剂三类。

2) β 受体拮抗剂：有选择性 (β_1)、非选择性 (β_1 与 β_2) 和兼有 α 受体阻断三类。常用的有美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔、卡维地洛、拉贝洛尔。

3) 钙通道阻滞剂：分为二氢吡啶类和非二氢吡啶类，前者以硝苯地平为代表，后者有维拉帕米帕米和地尔硫草。

4) 血管紧张素转换酶抑制剂：根据化学结构分为巯基、羧基和磷酸基三类。常用的有卡托普利、依那普利、贝那普利、赖诺普利、西拉普利、培哚普利、雷米普利和福辛普利等。

5) 血管紧张素 II 受体拮抗剂：常用的有氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦、坎地沙坦和奥美沙坦。

(3) 降压治疗方案：比较合理的两种降压药联合治疗方案是：利尿剂与 β 阻滞剂；利尿剂与 ACEI 或 ARB；二氢吡啶类钙通道阻滞剂与 β 受体阻滞剂；钙通道阻滞剂与利尿剂或 ACEI 或 ARB。三种降压药合理的联合治疗方案必须包含利尿剂。对于有并发症或合并症患者，降压药和治疗方案选择应该个体化。

(二) 预防

1. 控制热量摄入、加强体育锻炼、减轻体重。
2. 低盐、低脂、补充适量蛋白质（食盐每日不超过 5g），多吃蔬菜和水果，摄入足量的钾、钙、镁。
3. 控制饮酒、戒烟。
4. 减轻精神压力和抑郁，保持健康心理状态。【医学教育网原创】

四、【问题】高血压急症的临床表现和处理。

(一) 临床表现

高血压急症是指短时期内（数小时或数天）血压重度升高，舒张压 $>130\text{mmHg}$ 和/或收缩压 $>200\text{mmHg}$ ，伴有重要器官组织如心脏、脑、肾脏、眼底、大动脉的严重功能障碍或不可逆性损害。高血压急症可以发生在高血压患者，表现为头痛、烦躁、眩晕、恶心、呕吐、心悸及视物模糊等症状，血压以收缩压显著升高为主，也可伴有舒张压升高。发作时间短暂，控制血压后病情很快好转，但易复发。

(二) 处理

1. 治疗原则

- (1) 及时降低血压：选择适宜有效降压药物，静脉滴注给药，同时监测血压。
- (2) 控制性降压：即开始的 24 小时内将血压降低 20%~25%，48 小时内血压不低於 160/100mmHg。

(3) 合理选择降压药：要求起效迅速，短时间内达到最大作用；作用持续时间短，停药后作用消失较快；不良反应较小。另外，最好在降压过程中不明显影响心率、心输出量和脑血流量。

(4) 避免使用的药物：利血平肌内注射的降压作用起效较慢，短时间内反复注射可导致难以预测的蓄积效应，发生严重低血压，引起明显嗜睡反应。治疗开始时也不宜使用强力的利尿药，除非有心力衰竭或明显的体液容量负荷过重。

2. 降压药选择与应用

(1) 硝普钠：能同时直接扩张动脉和静脉，降低前、后负荷。开始时以 $10\mu\text{g}/\text{min}$ 静滴，一般临床常用最大剂量为 $200\mu\text{g}/\text{min}$ 。

(2) 硝酸甘油：扩张静脉和选择性扩张冠状动脉与大动脉。开始时以每分钟 $5\sim 10\mu\text{g}/\text{min}$ 速率静滴，然后每 $5\sim 10$ 分钟增加滴注速率至 $100\sim 200\mu\text{g}/\text{min}$ 。

(3) 尼卡地平：开始时从 $0.5\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉滴注，逐步增加剂量到 $10\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。

(4) 拉贝洛尔：开始时缓慢静脉注射 $20\sim 100\text{mg}$ ，以 $0.5\sim 2\text{mg}/\text{min}$ 速率静脉滴注，总剂量不超过 300mg 。【医学教育网原创】