

高血压病住院患者 81 例临床分析

李晋平 杨巧翠 王 江 蔚小平 曹 春

摘 要 总结了自 1994 年 3 月至 1998 年 11 月间平朔医院内科 81 例与高血压病有关的住院患者。这些患者或以高血压危重症而入院,或以高血压并发症及与之密切相关的糖尿病等疾病入院。较为系统地对有关问题进行了探讨,论述了高血压及高血压病,高血压病及其心脑血管并发症,糖尿病及吸烟、饮酒、高盐饮食、遗传等方面的相互关系与相互影响,指出了这些疾病防治中存在的问题及应采取的措施。

关键词 高血压病 并发症

高血压及高血压病是常见病、多发病,对人类健康危害较大。其中,高血压病是最常见的心血管疾病之一,与造成人类死亡的主要疾病如冠心病、脑血管意外等密切相关,因此,世界各国对高血压病的防治均十分重视。大量医学统计资料证明,近年来我国高血压病的发病率呈逐年升高趋势,如 1959 年我国部分地区统计高血压病的发病率为 5.11%,1979 年上升为 7.93%,1991 年更高至 11.88%。许多文献报道也证明,高血压、糖尿病、心肌梗塞、脑出血与脑梗塞,这些疾病不但互为因果而且在发生、发展及预防治疗等诸多方面都有着千丝万缕的联系。有鉴于此,我们总结了从 1994 年 3 月~1998 年 11 月期间我院的部分患者,从中找出 81 例与高血压病有关的住院患者,就其临床特点进行了较为系统地分析,以提高我们的诊治水平,并引起对患者的足够重视。

1 临床资料

在我们收治的 81 例住院患者中,男性 39 例,女性 42 例,年龄 33~84 岁,平均 58.5 岁;其中 50 岁以上患者 66 人,占 81.5%;60 岁以上 41 人,占 50.7%;70 岁以上 17 人,占 20.9%;81 例患者中,以头晕、头痛、肢体麻木活动障碍等神经系统症状为主诉入院者 60 例,占 74.1%,以心慌、气短、胸闷等心血管疾病表现为主诉入院者为 15 例,占 18.6%,以腹痛、恶心、呕吐等消化系统症状和以咳嗽、气短等呼

吸道症状为主诉入院者各 3 例,占 3.7%,以多饮、多尿等糖尿病症状为主诉入院者 2 例,占 2.5%。入院后以高血压病为第一诊断者 18 例,占 22.2%,以高血压性心脏病及脑卒中为第一诊断者 52 例,占 64.2%,以糖尿病等其他疾病者 11 例,占 13.6%。81 例中,入院首次发现高血压 22 例,占 27.2%,入院前有 1~3 年高血压病史者 24 例,占 29.6%;4~10 年者 17 例,占 21%;10 年以上病史者 18 例,占 22.2%。

2 讨论

2.1 我们统计的 81 例病人尚未包括在门诊就诊的高血压病患者

从就诊原因分析,真正以高血压住院的患者仅占 22.2%,而 64.2%的人是以长期高血压所致心、脑、肾等各种并发症而入院。文献统计,从一期高血压病发展为三期高血压病,一般要经历 10~15 年以上的时间^[1]。而这 81 例中,52 例是以冠心病、心绞痛、心肌梗塞、脑出血、脑梗塞等心脑血管并发症而入院,入院前高血压病史长短不一,最长者高血压病史可达 30 年以上,短者为入院首次发现高血压,52 例中有 10 年以下高血压病史者为 39 例,占 75%,这些病人发展到三期高血压所经历的时间,明显少于文献上的一般数据,说明这些病人病情进展较快。按照

1979 年我国修订的高血压临床分期标准^[2],我们收治的 81 例病人均为二期以上的高血压病人。多数病人存在病史时间短、并发症多、病情严重等特点,说明我们对高血压病的防治工作从患者自身到医院均存在着严重缺陷,许多防治问题亟待解决。

2.2 关于高血压病的诊断问题

目前,我们仍采用世界卫生组织对高血压病的诊断标准^[3],问题是测量血压常常被门诊医师所忽略,从而造成部分无症状高血压患者漏诊,因此而未得到及时治疗。这也许是这些高血压患者病史短且并发症出现较早的原因之一。因为据近年国内外调查,高血压病患者中,仅有 50%有症状,这就大大增加了高血压病患者漏诊的可能性。所以不能仅凭有无症状而决定是否需测量血压,而应提倡每个医师在诊病时都要将测量血压作为一项常规检查。

2.3 关于高血压病与症状性高血压鉴别

通过我们所进行的常规物理检查及有关的肾功能、B 超、头颅 CT 等检查,81 例患者基本上排除了由肾脏疾患、内分泌疾患、血管病变及颅脑肿瘤等造成的症状性(即继发性)高血压。

2.4 高血压病与遗传的关系

资料表明,高血压的发病有较明显的家族集聚性,国内调查发现,与无高血压家族史者比较,双亲一方有高血压者的高血压者患病率高 1.5 倍,双亲均有高血压病者则高 2~3 倍,在我们这一组资料中,有 6 例有明显的高血压病家族史。

2.5 关于高血压病、高脂血症、吸烟及糖尿病之间的关系

大量文献资料证明,上述四者之间存在着密切的关系。研究表明,高血压作为最常见的心血管病之一在未来将成为包括我国在内的发展中国家的主要流行病。这是因为:①这些国家人口迅速增加,人口老龄化,高出生率与平均寿命也在增长;②生活水平逐日提高,对于平衡膳食,预防高血压与冠心病、糖尿病的知识不够丰富,以致高脂肪和高胆固醇饮食过多,加上平时缺乏运动,生活节奏紧张等伴之而来,吸烟、饮酒无节制,于是心血管病不可避免地随之而来^[5]。血压增高时,组织对胰岛素的敏感性降低(此现象称为胰岛素抵抗),使血糖不能有效地从循环中移除,从而导致糖尿病的发生。而在糖尿病史时,由于脂质、糖及蛋白质代谢的紊乱,而导致动脉粥样硬化及微血管基膜增厚,甚至出现肾小球硬化和心肌纤维灶状坏死,这些病变反过来又可加重高

血压,加速心肌梗塞及脑卒中的发生。长期使用噻嗪类利尿剂, β 受体阻滞剂也会增加冠心病、脑血栓和糖尿病的患病机率^[4]。高血压与高血脂互为因果,高盐饮食、吸烟与饮酒可增加高血压病的患病率并使症状加重^[2]。北方由于气候寒冷,冬季时间长,所以食用腌菜较多,加上一些不良的生活习惯,使朔州地区食盐量普遍较高。在我们这 81 例中,合并糖尿病患者 5 人,有高脂血症者 10 人,大量吸烟(20 支以上/日,吸烟时间超过 20 年)者 16 人,大量饮酒(白酒半斤/日以上,饮酒时间超过 10 年以上)者 9 人。这些数据反过来也验证了上述观点的正确性。

2.6 关于高血压病的治疗

文献统计,在高血压病患者中,接受治疗者仅占 50%,而血压下降至正常者也仅占 50%左右^[3]。观察表明,在这 81 例中大多数患者的治疗极不规律,也不规范,血压高时服药,低时即停,造成血压经常波动,多数人使用的是复方降压片、复方罗布麻片、心痛定、卡托普利这四种药物,存在用药品种单一,剂量不稳定,更新换代品种不多,甚至存在药物有的质量难以保证等诸多问题,这也是造成并发症过早出现的原因之一。降压治疗的目的是:①将血压控制在目标血压以下,即舒张压 $<85\text{mmHg}$,收缩压 $<140\text{mmHg}$;②通过使用降压药物达到对组织的保护作用,以最大限度地减少心脑血管意外事件^[6]。表 I 为 1999 世界卫生组织国际高血联盟制订的高血压分期标准^[5]。

表 I 高血压分期标准(who1999)

判断	收缩压/mmHg	舒张压/mmHg
最佳	<120	<80
正常	<130	<85
正常高限	130~139	85~89
高血压 I 级	140~159	90~99
高血压 II 级	160~179	100~109
高血压 III 级	≥ 180	≥ 110

关于高血压的药物治疗,1997 年美国全国联合委员会(Joint National American Committee,JNC)首先提出高血压病的阶梯治疗药物选择方案,即第一阶梯:利尿剂;第二阶梯:加肾上腺能抑制剂(心得安,甲基多巴或利血平);第三阶梯:胍乙啶。1978 年 WHO 提出 β 阻滞剂或利尿剂为第一线;第二线治疗为 β 阻滞剂+利尿剂, β 阻滞剂+血管扩张剂或

者利尿剂+肾上腺能抑制剂;第三线为 β 阻滞剂+利尿剂+血管扩张剂;仍然无效时,再加神经节阻断剂如:胍乙啶。但近年来医学界通过大规模临床试验提出降压药物“个体化”的治疗方案,即对不同的个体,针对不同的病情,选择不同的药物,而且大多数病人采用联合用药^[7]。相加不同类药物的有效联合使用可以因药物的主要作用机制不同产生相加的降压效果,同时最大限度地减少了限制血压降低的代

偿反应。作用机制相似的药物联合运用通常价值有限,因它们的降压作用不能相加,或者因这些药物的副作用相似反而增加不良反应。以下推荐几种有效联合用药组合:①利尿剂+ β 阻滞剂,②利尿剂+ACE抑制剂(或血管紧张素拮抗剂),③钙拮抗剂(二氢吡啶类)和 β 阻滞剂,④钙拮抗剂+ACE抑制剂,⑤ α 阻滞剂+ β 阻滞剂^[5]。

表 2 为选择抗高血压药的原则

药物分类	强适应症	可能适应症	禁忌症	能禁忌症
利尿剂 代表药:寿比山	心力衰竭 老年患者收缩期高血压	糖尿病	痛风	血脂异常 性功能旺盛的男性
β 阻滞剂 代表药:倍他乐克	心绞痛 心肌梗塞后快速心律失常	心力衰竭 妊娠 糖尿病	哮喘和慢性阻塞性 肺部疾病 后心脏传导阻滞	血脂异常 运动员和体力充沛的患者 周围血管疾病
ACE 抑制剂 代表药:开博通、洛丁新	心力衰竭 左心室功能异常 心肌梗塞后糖尿病肾病		妊娠高钾血症	双侧肾动脉狭窄
钙拮抗剂 代表药:络活喜和 氨氯地平	心绞痛 老年患者收缩期高血压	周围血管疾病	心脏传导阻滞	血性心力衰竭
α -阻滞剂 代表药:压宁定	前列腺肥大	糖耐量异常 血脂异常		直立性低血压
血管紧张素 II 拮抗剂 代表药:代文	ACE 抑制剂引起	力衰竭	妊娠 双侧肾动脉狭窄高钾血症	

在近期我国一次全国性高血压病“三率”(知晓率、治疗率、控制率)抽样调查类报告中,血压控制率在城市仅 4.1%。农村 1.2%与美国的 29%相比差距极大。为更好地防治高血压病,医生应全面掌握好联合用药的知识,指导好病人,在短期内使血压迅速平稳地降到正常,这样才能提高病人对治疗的信心,从而积极配合,坚持服药,降低由于高血压病引起的心脑肾各种并发症的发生,这是摆在我们每个医务人员的神圣职责。

主要参考文献:

1. 都本治. 高血压与高血压病.《临床荟萃》,1997.12(11). 525—529
2. 陈灏珠主编.《实用内科学》第 10 版.北京:北京人民卫生出版社,1998.1283—1299

3. 都本治. 高血压与高血压.《临床荟萃》,1997.12(12). 572—576
4. 李萍等. 心血管病、糖尿病、高脂血症的相互关系.《临床荟萃》,1997.12(11). 514—515
5. 刘力里. 高血压流行的全球趋势和国内现状. 高血压治疗指南.《第二期全国高血压、高压脂高级专题报告会文集》,1999,7,1—7
6. 张维忠. 降压治疗策略的研究进展.《第二期全国高血压高级专题报告会文集》,1999,7,13—15
7. 郭冀珍. 高血压降压治疗中联合用药的重要性.《中华内科杂志》,1999,5,346—348

作者简介 李晋平,内科主任、副主任医师;杨巧翠,内科主治医师;王江,内科主治医师;尉小平,内科医师;曹春,内科医师