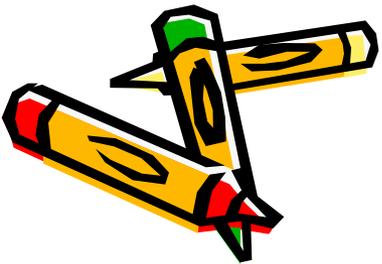
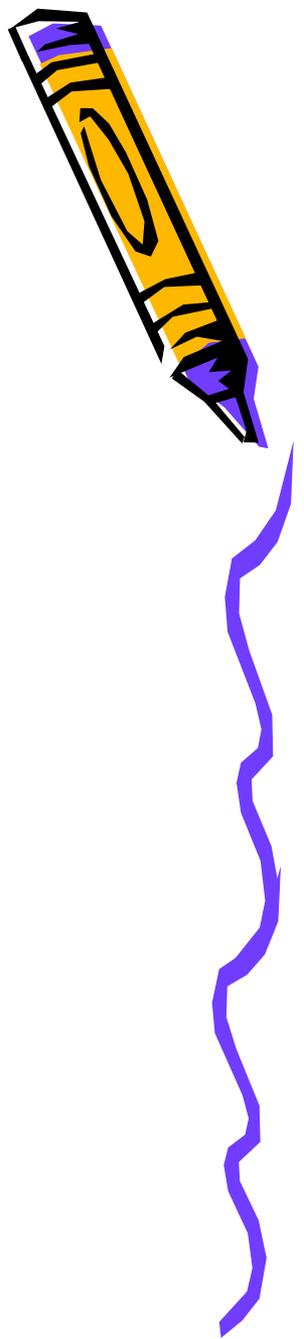
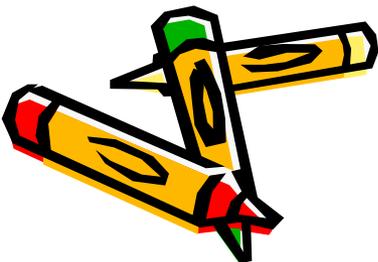


# 关于高血压药物治疗与急症高血压处理

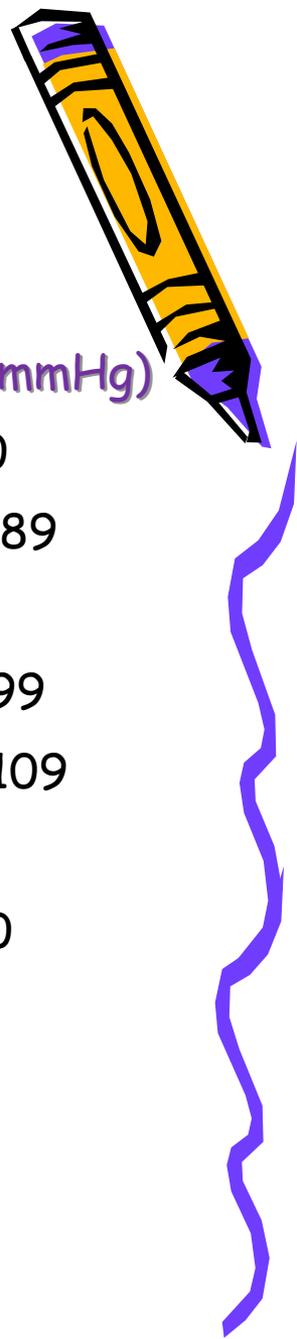


# 高血压的诊断标准

- 在未用抗高血压药的情况下，非同日三次测量，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，可考虑诊断为高血压。
- 患者既往有高血压史，目前正在用抗高血压药，血压虽低于 $140/90\text{mmHg}$ ，也应诊为高血压。

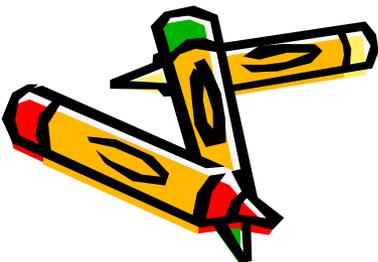


# 血压的定义和分类



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

※ 当收缩压和舒张压分属于不同分级时，以较高的级别为标准



# 我们对高血压的重视远远不够！

## 高血压三 高

患病率高(18.8%)

致残率高

死亡率高

## 高血压三 低

知晓率低(30.6%)

治疗率低(24.7%)

控制率低(6.1%)

## 高血压三 不

不爱用药

不规律服药

不难受不吃药

《中国居民营养与健康现状调查2002》

# 我国高血压人群的特点

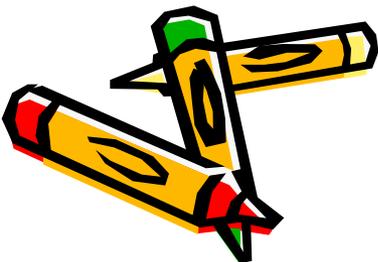
- ▶ 绝大多数是轻、中度血压升高(90%)，轻度血压升高占60%以上
- ▶ 正常血压(<120mmHg)人群比例不到1/2
- ▶ 正常高值血压人群比例为34%
- ▶ 老年人占的比例较高
- ▶ 合并血脂和/或糖代谢异常的比例较高
- ▶ 高钠低钾膳食是发病最主要的危险因素
- ▶ 最主要的心血管风险是脑卒中



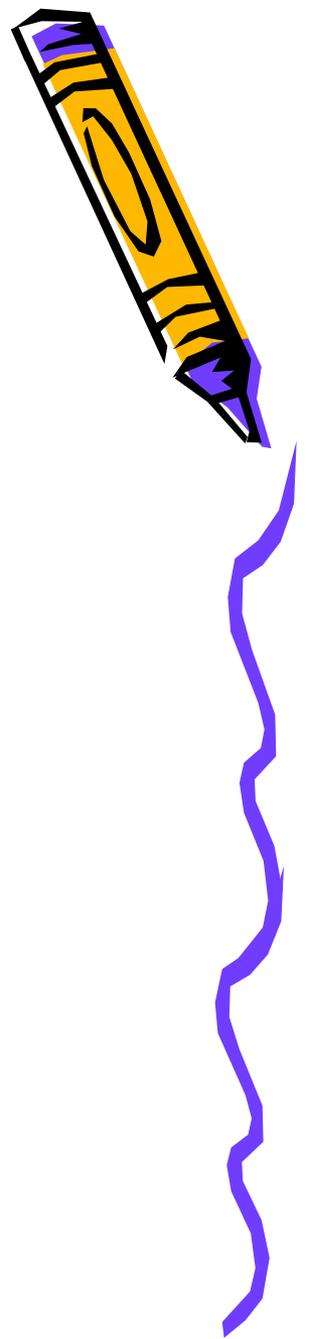
# 高血压非药物治疗

## 改善生活行为

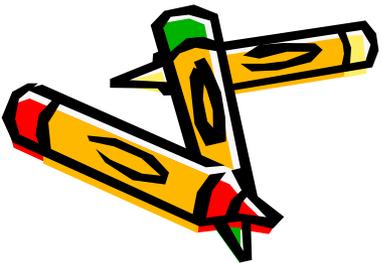
- 减轻体重
- 减少钠盐摄入
- 补充钙和钾盐
- 减少脂肪摄入
- 限制饮酒
- 增加运动



# 常用降压药的种类



1. 利尿剂
2. 血管紧张素转换酶抑制剂
3. 血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB)
4.  $\beta$  - 阻滞剂
5.  $\alpha$  - 阻滞剂
6. 钙拮抗剂

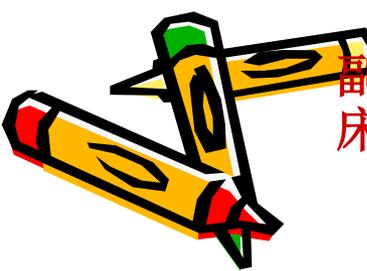


# 1、利尿剂

- 增加肾脏对盐和水的排泄，因此减少血浆容量，细胞外液容量和心输出量

- 相关副作用
  - 低钾血症
  - 高尿酸血症
  - 高脂血症

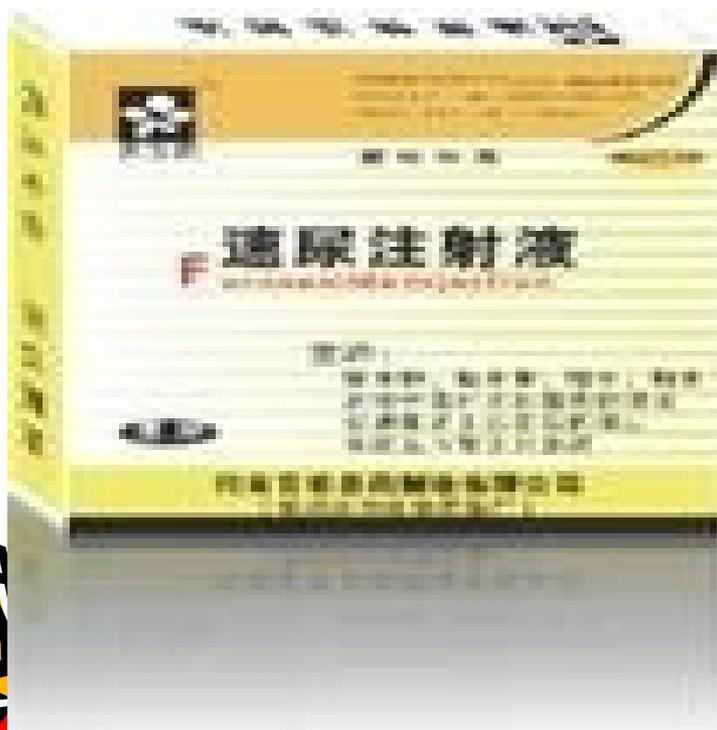
- 用于如下治疗
  - 高血压病
  - 心力衰竭
  - 水肿
- 禁忌症：
  - 痛风
  - 肾功能不全



副作用往往发生在大剂量时，因此现在推荐使用小剂量。噻嗪类临床推荐剂量12.5~25mg/d。

# 分类

高效利尿剂（速尿、利尿酸）



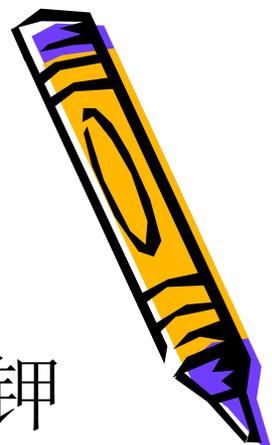
## 中效利尿剂（双氢克尿噻、氯噻酮）



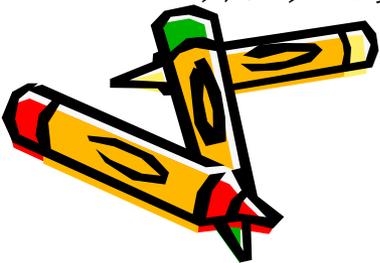
## 低效利尿剂（安体舒通、氨苯喋啶）



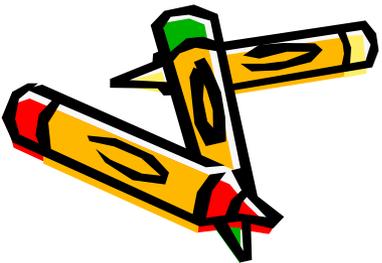
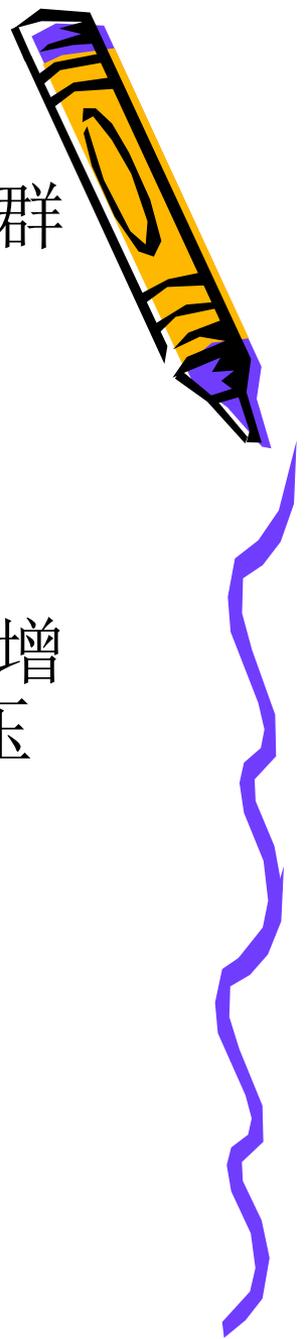
# 适应人群和使用注意 事项



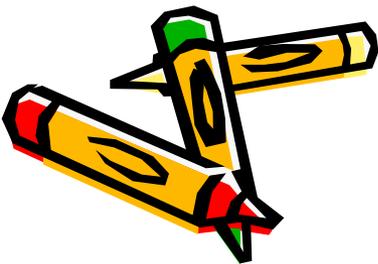
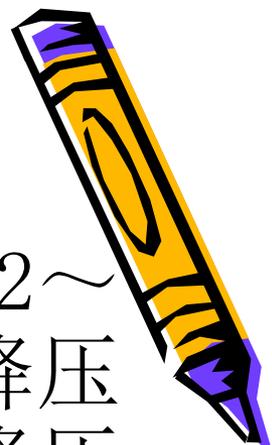
- 主要有噻嗪类利尿药、袂利尿药和保钾类利尿药。
- 噻嗪类利尿药，如氢氯噻嗪，其适应人群是：合并心力衰竭、老年人、单纯收缩期高血压人群。痛风患者不建议使用；使用的过程中应注意低血钾的发生；妊娠妇女慎用。



- 袢利尿药，如呋塞米、托拉塞米、其适应人群是合并心力衰竭和肾功能不全的患者。
- 保钾类利尿药，如螺内酯，其适应人群是充血性心力衰竭、心肌梗死后的患者，但是，使用过程中应注意高血钾。
- 利尿药治疗开始时限制饮食中盐的摄入量可增加利尿药的降压作用，否则即使合用其他降压药物，血压也不容易下降满意。

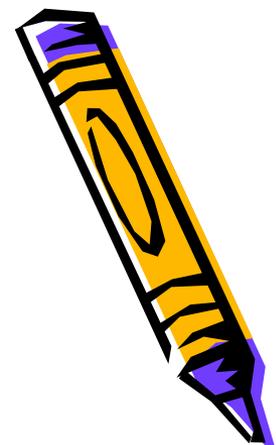


- 利尿药类降压药物的作用缓和，服药后2~3周药效达高峰，如配合其他降压药，降压作用在1周内即很明显，利尿药与其他降压药物合用时能增强合用降压药物的降压效应，将来最有可能作为其他降压药物的“增敏”药使用。
- 目前利尿药在降压治疗中建议使用小剂量，多和其他降压药物合用。



# 使用利尿药应监测血钾

- 排钾利尿药如氢氯噻嗪及呋喃帕胺等可能引起血钾降低；
- 保钾利尿药如螺内酯应注意是否有高血钾情况的发生；
- 氢氯噻嗪，在剂量超过25 mg/d时效应不再增加，氢氯噻嗪12.5~25 mg/d对血糖及血脂无不利影响，而每日用量超过50 mg可能增加不良反应。



## 2、ACEI

### • 作用机制

1. 抑制ACE的作用和血管紧张素 II 的形成；
2. 抑制激肽酶的作用和缓激肽的降解；
3. 降低周围血管阻力和减低血压

### • 用于如下治疗

- 原发性高血压
- 肾性高血压
- 心力衰竭

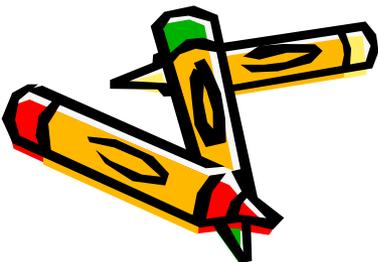
### • 相关副作用

- 咳嗽
  - 体位性低血压
  - 血管神经性水肿
  - 血钾升高
- ### • 禁忌症：
- 高血钾
  - 妊娠
  - 双侧肾动脉狭窄

是高血压合并心力衰竭和糖尿病理想的首选药物。

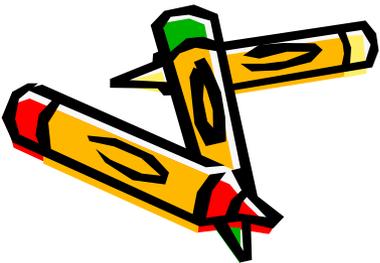
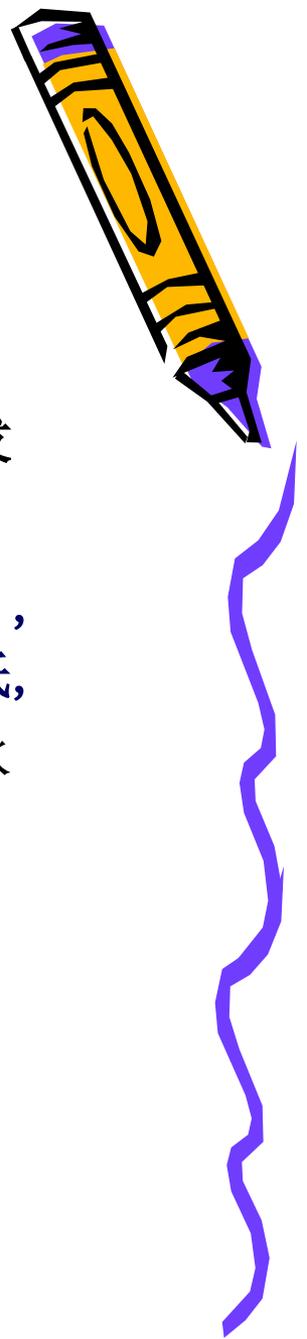
# 临床应用

- a) 适用于各型高血压，降压时不伴有反射性心率加快；
- b) 长期应用不易引起电解质紊乱和脂质代谢障碍；
- c) 防止和逆转高血压患者血管壁的增厚和心肌肥大
- d) 改善高血压患者的生活质量，降低死亡率。
- e) 迄今此类药物已有20多个品种，已公认为一线抗高血压药物之一。单用疗效不佳时可与利尿剂、钙拮抗剂合用。
- f) 常用于伴有心衰、糖尿病、高血脂老年性中、重度高血压，但肾功能不全妊娠高血压慎用。



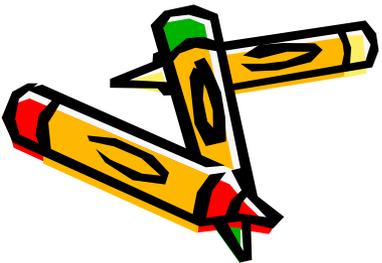
# • 适应人群和使用注意事项

- 妊娠、高血钾、双肾动脉狭窄是其绝对禁忌证。
- 怀孕6~9个月时应用可引起羊水过少、新生儿无尿、颅骨发育不全、肺发育不全和(或) 胎儿或新生儿死亡。
- 刺激性干咳是ACE I常见的不良反应，其发生率估计在0~44% ，亚洲人群较西方人群发生率高；血管神经性水肿，发生率较低，可发生嘴、舌头和上呼吸道的特异性改变以及肠道的血管性水肿。



- ACE I及ARB 类药物的最大优势是在降压同时，脏器保护的证据最多。因此，也是近年来选择较多的降压药物。
- 另外，噻嗪类利尿药可以预防ACEI引起的高钾血症，而ACE I则可改善利尿药引起的糖耐量减低。

因此，ACEI和噻嗪类利尿药构成了一对理想的、具有协同作用的组合。





### 3、ARB

#### • 作用机制

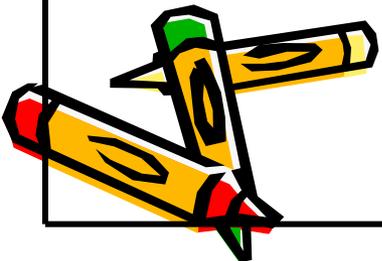
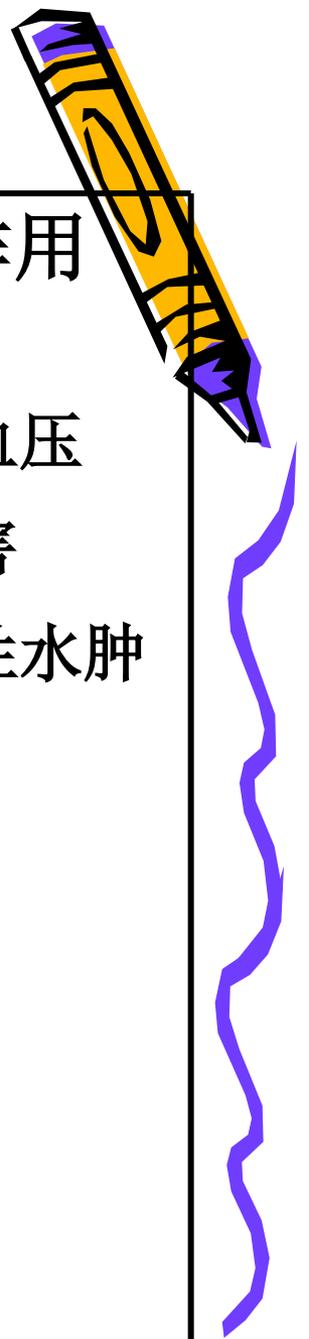
1. 阻滞血管紧张素 II 与受体结合，降低外周阻力及血容量，使血压下降。
2. 扩张血管，减少水钠潴留

#### • 用于如下治疗

- 原发性高血压
- 肾性高血压
- 心力衰竭

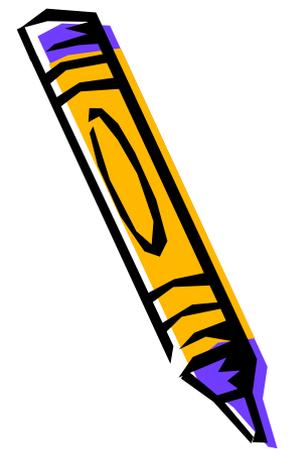
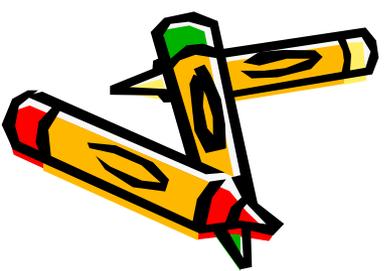
#### • 相关副作用

- 症状性低血压
- 肾功能损害
- 血管神经性水肿



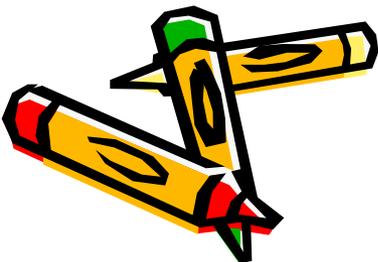
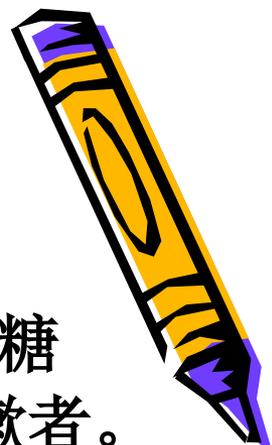
# “沙坦”系列

最早应用的是**氯沙坦**，以后不断开发的有缬沙坦、依贝沙坦等。



# • 适应人群和使用注意事项

- ARB类药物其适应人群是2型糖尿病肾病，蛋白尿、糖尿病微量蛋白尿、左心室肥厚、服用ACE I发生咳嗽者。绝对禁忌证同ACE I类药物。
- ESH /ESC 高血压指南将ARB的强适应证增加至8种：即心力衰竭、心肌梗死后、糖尿病肾病、蛋白尿/微量蛋白尿、左室肥厚、房颤、代谢综合征、ACEI导致咳嗽。
- ACE I及ARB 类药物的最大优势是在降压同时，脏器保护的证据最多。因此，也是近年来选择较多的降压药物。



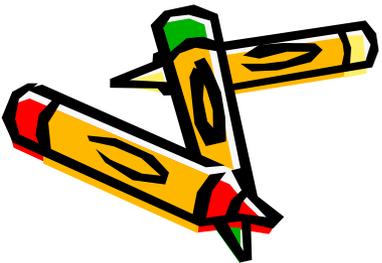
# 4、 $\beta$ 受体阻滞剂



- 阻滞交感神经肾上腺能递质的作用，主要在心脏周围血管和肾脏

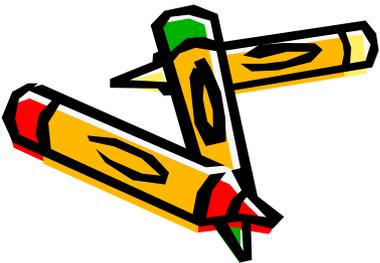
- 用于如下治疗
  - 各种程度的高血压病
  - 多种心血管疾病
  - 心律失常

- 相关副作用
  - 疲乏、抑郁
  - 加重支气管哮喘
  - 加重低血糖反应
  - 对血脂有影响



# • 适应人群和使用注意事项

- $\beta$  受体阻滞剂适应人群是冠心病心绞痛、心肌梗死心力衰竭(CHF)、快速心律失常。基础心率快的患者或使用钙拮抗剂致心率过快的患者,合用此类药物较好。
- 高交感激活的患者,如精神紧张、容易激动或肥胖的患者都是较好的应用人群。
- 心动过缓或 II ~ III 度房室传导阻滞、哮喘急性发作、急性心力衰竭期等患者禁用。





- 长期使用 $\beta$ 受体阻滞剂类药物后不能突然停药，而应逐渐减量后停用，否则可引起药物的反跳作用，导致血压反跳性升高，并可能诱发冠心病患者发生心绞痛或心肌死。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/128023030014006052>