

诊治高血压病 医生最容易犯哪些错

□杨天伦

型高血压相比,非勺型高血压病患者的血管事件、肾脏和血管靶器官损害更重,预后更差。有研究证实,非勺型和反勺型血压较其他类型血压的心脑血管事件发生率更高。因此,高血压病治疗不仅需关注日间血压下降,更应该重视平稳控制夜间血压,确保全天血压达标与正常节律模式,最大限度地降低高血压病带来的危害。

“清晨危险”6时~10时是交感神经系统、肾素-血管紧张素-醛固酮系统和儿茶酚胺分泌活跃的关键时段。交感神经系统活性增强,使心率加快、血压上升;肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活,血浆儿茶酚胺、血管紧张素Ⅱ水平升高,使血管收缩、血压上升。清晨血压急剧升高易发生心脑血管事件,即所谓的“清晨危险”。相关研究证实,约60%诊室血压得到控制的高血压病患者,其清晨血压并未得到有效控制,卒中和心肌梗死的发生率在清晨时段明显高于其他时段,即清晨高血压显著增加心脑血管事件风险。清晨危险不仅发生在勺型高血压病患者,在非勺型高血压病患者中发生率更高。

医生必须重视患者的清晨血压情况,通过24小时动态血压监测可以发现清晨高血压,医生可依据高血压的时间治疗学原理调整降压药物应用,将24小时血压控制在正常范围并恢复正常勺型模式,减少心脑血管事件的发生。

对整体心血管病风险关注不足

《中国高血压防治指南(2010年修订版)》明确指出,高血压是一种临床“心血管综合征”。2007年,欧洲高血压学会也将血压以外的多种危险因素作为高血压病治疗的重要参考指标,包括高龄、肥胖、缺乏体力活动、高脂血症、糖尿病、早发心血管疾病家族史等。

上述建议均提示临床医生,高血压病的治疗不仅应针对血压本身,同时应评估患者的整体心血管病风险。但遗憾的是,我们的调查对象中仅有15%的临床医生做到了这一点。

明确危险分层 诊治前,临床医生应根据患者的各项危险因素、靶器官损害以及合并症情况对其进行危险分层,评估出高、中、低危。中低危患者经数周生

活方式改变,血压仍未正常者,应启动药物治疗;高危患者初始即予药物治疗。国内外高血压病防治指南一致推荐,高危和极高危患者应接受更严格的血压控制,合并糖尿病、肾功能不全、卒中和心肌梗死的高血压病患者的血压应严格控制。

推荐使用长效降压药 临床医生应根据患者自身特点选择适宜药物、配伍及剂量。通常推荐使用循证医学证据充分证实有效的长效降压药物,因为其不仅稳定降压,而且具有心、脑、肾等重要靶器官保护作用。同时,临床医生应根据高血压病患者的具体情况使血压控制逐步达标(至少4周),简单地说,即病程长、血管硬者达标时间长;病程短、血管软者达标时间短。

纠正其他危险因素 值得注意的是,所有降压药物在降低心血管事件风险方面的获益基本相似,降压治疗的主要获益其实来自降低血压本身,即“血压达标才是硬指标”。但是除了降压以外,纠正其他危险因素也同样重要。因为高血压病患者并存在这些危险因素时,血压异常与代谢性危险因素常常互相促进,对心血管病风险产生叠加作用,即整体心血管病风险大于单个危险因素的总和。因此,只有综合控制各项危险因素,严格实现血压达标,才能达到保护靶器官、减少心脑血管事件发生的最终目标。

专家结语

笔者开展有关临床医生高血压病认知度的调查结果提示,目前部分医生对高血压病的诊断和治疗存在一些误区,成为国人高血压病控制率低下的重要原因之一。临床医生要全面了解患者的24小时血压变化情况,充分掌握并应用动态血压监测和家庭自测血压这两个重要“武器”。目前,治疗高血压病的两大重要的目标是控制24小时血压和维持昼夜血压正常节律。因此,临床医生在治疗过程中应根据患者的血压特点调整用药,同时根据其其他危险因素及靶器官损害情况选择合理的药物配伍,实现个体化综合治疗,以降低患者的整体心血管病风险,达到高质量降压的目的。

(作者供职于中南大学湘雅医院心内科)

出现漏诊的原因之一。研究显示,隐匿性高血压与持续性高血压对心、脑、肾等重要靶器官的损害程度相似。如果临床医生没有认识到这一临床情况的重要性,就可能出现漏诊、漏治现象,产生严重后果。

医生必须全面掌握患者的全天候血压情况与变化规律。目前,动态血压或家庭自测血压已成为高血压病诊治的重要辅助手段,尤其是动态血压监测能更为准确、全面地评估患者的真实血压水平及昼夜节律特征。能有效鉴别“白大衣高血压”,检出隐匿性高血压。以此为基础指导降压治疗,有助于进一步提高全天候血压达标率,从而最大限度地降低心脑血管事件,具有重要的临床应用价值。因此,临床医生只有充分掌握了这一“武器”,才能变“盲区”为“明区”,给予患者准确的诊断及恰当的治疗。

不够重视夜间高血压和血压晨峰

血压节律异常 许多医生不关注血压勺型和反勺型曲线。正常血压呈勺型,夜间血压比白天降低10%~20%;非勺型血压(夜间血压下降<10%)、深勺型血压(夜间血压下降>20%)和反勺型血压(夜间血压不降反增)等为异常血压节律模式。

非勺型高血压和夜间高血压与多种临床事件相关,如慢性肾功能不全、顽固性高血压病、糖尿病、自主神经功能紊乱、睡眠呼吸暂停综合征、代谢综合征等。与勺



尽管人们对高血压病发病机制的认识在不断提高,药物、器械的研发在不断进展,但高血压病防控仍是当代人类健康事业的“世纪之战”。基层医生应当对治疗和防控高血压病的新理念、新技术多一些了解,增加对靶器官保护的重视程度,熟练地掌握最基本的血压测量手段和方法,同时,还要提高对动态血压监测及家庭血压自测的重视。

诊治理念与方法存在不足

目前,我国近2亿高血压病患者的血压达标率<10%(2002年中国居民营养与健康状况调查结果仅为6.1%),而在美国、日本等发达国家,近些年高血压病的控制率已逐步提高至30%~50%。这不禁让人思索:我国高血压病的控制率何以如此低?尽管原因是多方面的,但是从医生的角度考虑,诊治高血压病的理念与方法是否存在不足呢?

笔者对全国部分三级甲等、二级甲等及基层医院的3125名医生进行了问卷调查研究,旨在了解国内医生在临床高血压病诊治中的认知和方法情况,如对高血压病的判断正确与否,是否深入关注血压曲线以及高血压病患者的整体心血管病风险等。结果显示,绝大部分医生(80%)仅依靠诊室血压诊断高血压,只有少部分医生使用动态血压或家庭自测血压对高血压病患者进行诊断(20%)或疗效评价(9%);仅13%的医生密切关注患者的全天候血压,以及血压曲线特征(勺型或非勺型);仅15%的医生在对高血压病患者治疗前,根据各项危险因素进行综合评估和危险分层。

由此可见,目前许多临床医生对高血压病的认知度仍远远不够,在临床诊治过程中存在诸多误区,对高血压病的预防与治疗十分不得力,这也成为国人高血压病控制率低下、心脑血管事件发生率居高不下的的重要原因。

仅凭诊室血压判断血压水平

临床医生在诊室中测量到的只是患者的即刻血压,但即刻血压往往不能反映患者的真实血压状态。因为对患者其他重要时间段(尤其是夜间和凌晨)的血压,医生并不了解,所以存在对血压认识上的“盲区”。据观察,不少患者在清晨服药的情况下,上午血压正常,但下午、晚上、夜间、凌晨血压仍显著高于正常。因此,高血压病并没有得到真正意义上的全面了解与稳定控制。显而易见,仅根据上午诊室血压对高血压病进行诊断和疗效评价是极其武断、片面的。

24小时动态血压监测是发现“白大衣高血压”的有效手段,常有患者的诊室血压高于正常,而返家后血压恢复正常,即所谓的“白大衣高血压”。部分医生因此诊断患者为高血压病,甚至要求患者长期服药治疗,这是错误的,还会给患者背上了沉重的精神与经济包袱。目前认为,“白大衣高血压”患者在经过一段时间的休息或消除精神、情绪刺激因素后,血压一般可很快恢复到正常水平。动态血压监测可以鉴别高血压病与此种一过性血压升高,避免过度医疗。

诊室测血压易漏诊隐匿性高血压

隐匿性高血压,即诊室偶测血压正常,但24小时动态血压或家庭自测血压高于正常的临床表现,这也是高血压病诊治中常常

技术分享

六步准确诊断腹痛

腹痛是临床上最常见的症状之一,及时而正确地诊断腹痛做出病因诊断并进行合理的治疗,有着特别重要的意义。因为有些腹痛需要外科急诊手术处理,如延误诊断,必将造成严重的后果,甚至危及生命。

第一步 诊断是急性腹痛还是慢性腹痛

急性腹痛起病急、变化快、病情重,有些属于急腹症范围,如急性阑尾炎、胆管炎、肠梗阻等常常需要急诊手术治疗;慢性腹痛起病隐匿,变化缓慢,病情相对较轻。

不同急性腹痛的临床特点不同,炎症性腹痛:腹痛+发热+压痛或腹肌紧张;脏器穿孔性腹痛:突发持续性腹痛+腹膜刺激征+气腹;梗阻性腹痛:阵发性腹痛+呕吐+腹胀+排泄障碍;出血性腹痛:腹痛+隐性出血或显性出血+失血性休克;缺血性腹痛:腹痛+随缺血坏死而出现的腹膜刺激征;损伤性腹痛:外伤+腹痛+腹膜炎或内出血症候群;功能紊乱性或其他疾病所致腹痛:腹痛无明确定位+精神因素+全身性疾病史。

第二步 诊断是腹部疾病还是腹外疾病

腹外疾病包括胸部疾病,如心肌梗死、肺炎、胸膜炎、心包炎;代谢性酸中毒疾病,如铅中毒、尿毒症、卟啉病等;变态反应或结缔组织病,如过敏性紫癜、腹型风湿热、大动脉炎、系统性红斑狼疮等;神经、精神因素,如腹型癫痫、神经官能症等。

第三步 如为腹部疾病,诊断是腹壁还是腹内脏器病变 带状疱疹早期可表现为腹壁局部疼痛,常不超过腹中线。腹壁肌肉病变可通过收腹试验证实,如肌肉劳损、肌肉挫伤等。还应注意剑突及第十一、十二肋软骨有无压痛。软骨炎常被误诊为腹腔内脏器病变。

第四步 如为腹内脏器病变,确定是哪个器官

一般病变器官与腹痛部位相关,如上腹痛,考虑胃及十二指肠、胆囊及胰腺病变;右上腹痛,考虑肝胆及结肠肝曲病变;左上腹痛,考虑脾、胰尾及结肠脾曲病变;右下腹痛,考虑回盲部、阑尾及右侧卵巢病变;左下腹痛,考虑乙状结肠及左侧卵巢病变;下腹痛,考虑乙状结肠、膀胱及子宫病

变;中腹痛,考虑小肠、肠系膜、大网膜病变。还要特别注意腹主动脉压痛、肿块及血管杂音。腹主动脉炎常被漏诊,应注意。左右侧腹部痛,应考虑肾、输尿管病变等。阑尾炎早期为上腹痛,然后转移至右下腹,由于阑尾有多种位置,因此腹痛部位可以不同,但压痛固定在右下腹。

第五步 腹痛的可能病因是什么

腹痛的病因包括创伤、炎症、溃疡、结石、肿瘤、脏器破裂及血管病变等。

第六步 如何处理

处理方法包括病因治疗和对症处理,但诊断未明确之前禁用镇痛麻醉药,以免掩盖症状,延误诊断。

(张莉莉)

临床提醒

警惕脑血栓的十二种先兆症状



脑血栓是老年人的一种常见疾病,它的发生不仅与高血压病、动脉硬化的进展有关,也与老年人的血液黏度增高密切相关。事实上,老年人的血液黏度越高,越容易发生脑血栓。

血液在血管内流动,就像是河水,流速越快,沉淀越少;反之,流速越慢,沉淀越多。血液黏度增高势必导致血液流速减慢,血液中的血小板、胆固醇、纤维蛋白等物质便在血管壁上沉淀下来,久而久之,沉淀物越积越多,若再合并有高血压病、动脉硬化等疾病,就会导致脑血栓。脑血栓在发病前总会有一些先兆症状,我们应该详细了解,以便早期发现。

- 1.口吃:症状是说话不利索,流口水,有中风迹象,可能会突然发病。
 - 2.突发性眩晕。
 - 3.突发性剧烈头痛。
 - 4.一过性黑蒙,即突然出现眼前发黑,看不见东西,数秒钟或数分钟即恢复,还伴有恶心、呕吐、头晕及意识障碍。
 - 5.哈欠连连。
 - 6.步态异常及不稳。
 - 7.视物模糊,即表现为短暂性视力障碍或视野缺损,多在1小时内自行恢复。
 - 8.剃刀落地:是指自己持刀刮胡子时,头转向一侧,突然感觉手臂无力,剃刀落地,一两分钟后完全恢复。这是由于转头扭颈时,引起已经硬化的颈动脉扭曲,加重了狭窄,导致脑供血不足所致。
 - 9.血压突然持续升高或突然降低。
 - 10.无原因鼻出血。
 - 11.偏侧麻痺:即短暂性脑缺血发作,严格说来,这已是最轻型。据随访观察,短暂性脑缺血发作后3~5年,约有半数以上的人发生缺血性中风。
 - 12.其他如呛咳、吞咽困难,突然出现躯体麻木、嗜睡、耳鸣等。
- 凡出现以上症状之一者,都应引起重视,明确诊断后,进行系统治疗,才有可能避免脑血栓的发生。(魏青峰)

寻 找乡医“高手”

本期医生简介:

董四平,驻马店市上蔡县杨屯乡王卫生室执业医师,从医36年,擅长中医内科,在治疗常见病及疑难杂症方面,具有独到之处,在当地有着很好的口碑,2014年被评选为上蔡县最美乡村医生。

泌尿系统结石是泌尿系统的常见病,根据结石所在的部位不同,分为肾结石、输尿管结石、膀胱结石、尿路结石。本病的形成与环境因素、全身性疾病及泌尿系统疾病有密切的关系。本病的典型临床表现为腰腹绞痛、血尿,或伴有尿频、尿急、尿痛等泌尿系统梗阻和感染的症状。

结石病是一种常见病,临床上以胆结石和泌尿系统结石较为常见,中药治疗结石病有良好的效果。下面介绍一下笔者临床多年总结的治疗泌尿系统结石的方法。

基本方:金钱草210克,海金沙30克,生鸡内金12克,石苇30克,车前子12克,茯苓20克,泽泻12克,滑石12克,川牛膝12克,枳壳12克,甘草3克。

服用方法:水煎服,一日两次,早晚各服一次。

方义:本方具有清热利湿、促进排石的功效。方中的鸡内金、金钱草有化石、溶石的作用,车前子、滑石清热利尿,茯苓、泽泻渗湿利尿,川牛膝、枳壳行气利导,促结石下移,石苇扩张输尿管和尿道,有利于结石从狭窄处排出。经过笔者多年的临床实践,本方疗效确切,配合辨证施治、合理配伍,效果良好。



欢迎您在本栏目分享您的临床技术、经验,甚至“绝招儿”。文章只讲实招儿无须理论,一定要真实有效。请写清楚您的地址及联系方式。欢迎踊跃参与,积极投稿。

投稿邮箱:570342417@qq.com
联系电话:(0371)85967002

实用方

治胃脘痛验方

胃脘痛是指以上腹胃脘部近心窝处疼痛为症状的病证,多因寒热侵袭、饮食失调、气血不足、气滞血瘀等所致。现将笔者治疗胃脘痛的验方总结如下:

验方一:党参25克,炒白术18克,茯苓15克,生苡仁30克,丹参24克,白芍药18克,木香15克,山楂12克,甘草10克。水煎服,每日1剂,分两次温服。

验方二:党参30克,黄芪24克,柴胡12克,枳壳15克,桂枝9克,元胡15克,炒白芍药30克,丹参24克,甘草10克。水煎服,每日1剂,分两次温服。

验方三:党参35克,茯苓24克,丹参20克,姜半夏12克,厚朴15克,黄连9克,吴茱萸4.5克,蒲公英24克,白芍药30克,甘草10克。水煎服,每日1剂,分两次温服。

验方四:党参24克,茯苓18克,砂仁15克,山药30克,鸡内金24克,木香15克,川楝子12克,佛手15克,元胡18克,海螵蛸24克,苏梗15克,甘草9克。水煎服,每日1剂,分两次温服。

(刘洪峰)

(以上验方仅供医师参考)

稿约

为了更好地为乡村医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了一些栏目,请您关注,并提供稿件或建议。这些栏目是:《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验之谈》《技术分享》《临床提醒》《急救技巧》《病例札记》。

投稿邮箱:wbsxcyszk@163.com
联系电话:(0371)85967002
联系人:刘静娜
QQ:570342417
来信地址:郑州市郑东新区博学路与学理路交叉口向东30米医药卫生报社编辑部
邮政编码:450000

(本版图片均为资料图片)

