国家基本药物临床应用培训系列教材

临床分册之心血管、神经、精神疾病及用药

《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会 组织编写

主 编 赵 冰

副主编 王晓丽 张 涛

人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

需要全本请访问 www.ertongbook.com

国家基本药物临床应用培训系列教材

临床分册之心血管、神经、精神疾病及用药

《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会　组织编写

主　审　汪捷猛

主　编　赵　冰

副主编　王晓丽　张　涛

编　者（以姓氏笔画为序）

王晓丽　李　霖　张　涛

赵　冰　郝　强　高　军

人民卫生出版社

图书在版编目（CIP）数据

国家基本药物临床应用培训系列教材．临床分册之心血管、神经、精神疾病及用药/《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会组织编写．—北京：人民卫生出版社，2011.3

ISBN 978-7-117-14090-4

Ⅰ.①国… Ⅱ.①国… Ⅲ.①心脏血管疾病-药物-临床应用-教材②神经系统疾病-药物-临床应用-教材③精神障碍-药物-临床应用-教材 Ⅳ.①R97

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2011）第 011078 号

门户网：www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网：www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有，侵权必究！

临床分册之心血管、神经、精神疾病及用药

组织编写：《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会
主　　编：赵　冰
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）
地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编：100021
E - mail：pmph @ pmph.com
购书热线：010-67605754　010-65264830
　　010-59787586　010-59787592
印　　刷：北京人卫印刷厂
经　　销：新华书店
开　　本：787×1092　1/16　　**印张**：11
字　　数：226 千字
版　　次：2011 年 3 月第 1 版　　2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号：ISBN 978-7-117-14090-4/R・14091
定　　价：32.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换）

《国家基本药物临床应用培训系列教材》

编辑委员会组成人员

主 任 委 员 隋殿军

副主任委员 张湘富 秦海涛

委　　员（以姓氏笔画为序）

马　剑　　马立新　　伍新民　　吴　璠
张可佳　　杨丽娟　　陈艳兰　　周　涛
林　吉　　夏时畅　　贾立明　　梁法兴
梅遂章　　黄金星　　黄新生　　傅　强

序

建立国家基本药物制度，是国务院深化医药卫生体制改革五项重点任务之一，李克强副总理明确指出，国家基本药物制度是对现行体制机制的重大创新，要使基本药物制度的各项政策尽快取得实效，降低虚高的药价，真正减轻群众的基本用药负担，让人民群众得到实惠。

为了让广大医务工作者准确掌握基本药物配备的方针政策和临床应用，促进科学规范的诊治和用药，引导广大患者建立良好的用药习惯，吉林省卫生厅组织相关人员，不辞辛苦，编写了这套“国家基本药物临床应用培训系列教材”，从临床症状和实验室检查、疾病诊断分析、基本药物治疗方案、预后和注意事项等方面，对基本药物的使用进行指导。这套教材内容详实，通俗易懂，方便基层医务工作者日常查阅和使用，同时对于重点和难点，也有深层次的剖析，能够达到学习与应用相结合的效果。

当前，全国医药卫生体制改革正进入全面推进的新阶段，基层医疗卫生机构承担着城乡居民常见病、多发病的诊治任务，规范并指导基层医院医生安全合理使用国家基本药物任务繁重、紧迫，希望广大医务工作者积极发挥改革主力军的作用，认真学习，锐意进取，为提高人民群众健康水平作出新贡献。



2011 年 2 月

需要全本请访问 www.ertongbook.com

前　言

基本药物的配备使用是实施国家基本药物制度的核心环节，为了促进广大医务工作者了解科学规范的用药方法和形成科学规范的用药观念，有效地服务患者，同时引导广大患者建立良好的用药习惯，我们根据2009年版《国家基本药物临床应用指南（基层部分）》、《国家基本药物目录（基层部分）》编写了本系列教材。

本教材的编写力求简明扼要、科学实用，力求符合基层医生在临床诊疗过程中的需求，包括学习目标、任务引领、概述、诊断要点、治疗要点、药物治疗、预后及注意事项等7个部分。

学习目标强调了本部分内容学习应达到的目的。

任务引领精选了临床典型病例，通过分析病例使学员能够迅速进入学习情境中。

概述部分主要包括疾病的病因和临床表现等内容。

诊断要点是根据疾病的主要临床症状、体征和辅助检查，并综合分析病史、流行病学等资料进行诊断和鉴别诊断。

治疗要点主要介绍了治疗疾病的主要措施及方法。

药物治疗是按照疾病诊断并结合国家基本药物目录介绍了药物的作用机制、使用方法、不良反应、疗效等，为基层医生的临床规范用药提供参考。

预后及注意事项主要针对疾病的预后和转归，疾病的预防及影响康复治疗的主要因素加以叙述，使医生进一步全面了解疾病。

本教材以临床病例入手，按照诊疗过程组织教材，将基层的常见病、多发病与307种化学药品和生物制品类基本用药紧密结合，促进了基层医生对国家基本用药的了解，规范了医疗过程中药物的应用。

本套教材在编写过程中得到了吉林省卫生厅主要领导的支持和帮助，在此表示衷心的感谢。但由于编写时间仓促、编者水平有限，在一定程度上还有不足之处，敬请专家和学者批评指正。

编　者

2010年12月

目　录

第一篇　心血管系统

第一章　原发性高血压……1
第二章　高血压心脏损害……6
第三章　高血压肾脏损害……9
第四章　冠状动脉粥样硬化性心脏病……12
第一节　概述……12
第二节　心绞痛……13
第三节　心肌梗死……16
第五章　心律失常……21
第一节　概述……21
第二节　快速性心律失常……22
第三节　缓慢性心律失常……29
第四节　预后……34
第五节　注意事项……34
第六章　心肌炎……37
第七章　心肌病……41
第一节　扩张型心肌病……41
第二节　肥厚型心肌病……43
第八章　风湿性心脏病……46
第九章　心力衰竭……51
第一节　概述……51
第二节　慢性心力衰竭……52
第三节　急性心力衰竭……55
第十章　心包炎……59
第一节　急性心包炎……59
第二节　缩窄性心包炎……62
第十一章　心脏神经症……65

第二篇　神 经 系 统

第十二章　面神经炎……69
第十三章　多发性神经病……72

第十四章 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病…… 75
第十五章 急性脊髓炎…… 78
第十六章 脑短暂性缺血发作…… 81
第十七章 脑血栓形成…… 85
第十八章 脑栓塞…… 92
第十九章 脑出血…… 95
第二十章 蛛网膜下腔出血…… 99
第二十一章 偏头痛…… 103
第二十二章 帕金森病…… 107
第二十三章 癫痫…… 112
第二十四章 重症肌无力…… 121

第三篇 精 神 障 碍

第二十五章 精神分裂症…… 127
第二十六章 抑郁障碍…… 132
第二十七章 双相障碍…… 136
第二十八章 妄想性障碍…… 140
第二十九章 癔症…… 142
第三十章 焦虑症…… 146
第三十一章 神经衰弱…… 151
第三十二章 失眠症…… 155
第三十三章 老年痴呆…… 159

1 第一篇 心血管系统

第一章

原发性高血压

学习目标

识记：

高血压的定义、诊断要点、基本药物治疗。

理解：

高血压的分级。

应用：

1. 运用所学知识对高血压患者进行管理。
2. 临床诊治中培养关心、爱护、尊重患者的品质及救死扶伤的精神。

任务引领

患者，男性，60岁，因间断头晕2年，加重伴头痛3天入院，入院查体：T 36.8℃，P 80次/分，R 20次/分，BP 180/110mmHg。双肺呼吸音清，未闻及杂音。心音有力、心律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软，无压痛、反跳痛及肌紧张。心电图未见异常。实验室检查大致正常。头CT未见异常。

请思考：

1. 此患者可能诊断为什么疾病？
2. 目前可应用哪些药物治疗本病？

【概述】

高血压是以体循环动脉压升高为主要表现的临床综合征。我国采用国际上统一标准，收缩压≥140mmHg和(或)舒张压≥90mmHg即诊断为高血压。大多数病因不明，称之为原发性高血压，又称高血压病，占患者总数的95%以上；由明确的疾病和独立的病因引起的高血压，称为继发性高血压，约占高血压的5%。高血压是当今世界上发病率较高的心血管病。不同地区、种族及年龄高血压发病率不同。近年来高血压的发生呈明显上升趋势。我国现有高血压患者约一亿人，患病率城市高于农村，北方高于南方。老年人较常见，男女无差别。

(一) 病因

在一定的遗传因素下由高钠饮食、中枢神经系统和自主神经兴奋(如持续过度紧张与精神刺激)、肾素活性异常、肥胖与胰岛素抵抗、血管内皮功能异常、自身免疫等多种后天环境因素作用使正常血压调节机制失去平衡所致。

(二) 临床表现

一般无特殊临床表现。约 1/5 仅有高血压增高,无症状。常见症状有头晕、疲劳、心悸、颈项板紧等。晚期高血压还影响心、脑、肾等重要脏器的功能,最终可导致这些器官的功能衰竭,是心血管疾病死亡的主要原因之一。

【诊断要点】

1. 全面的病史采集。

2. 血压的正确测量 目前以水银柱血压计间接方法在上臂肱动脉部位测量,要求非同日休息 15 分钟后测血压 3 次。血压水平的定义和分类见表 1-1。

表 1-1 血压水平的定义和分类(WHO/ISH)

类别	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
理想血压	<120	<80
正常血压	<130	<85
正常高值	130~139	85~89
高血压	≥140	≥90
1 级高血压("轻度")	140~159	90~99
亚组:临界高血压	140~149	90~94
2 级高血压("中度")	160~179	100~109
3 级高血压("重度")	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90
亚组:临界收缩期高血压	140~149	<90

注:当收缩压和舒张压分属于不同分级时,以较高的级别作为标准

诊断高血压必须在非药物状态下以 2 次或 2 次以上测定所得的平均值为准。

3. 症状 部分无症状;部分可有疲劳、头痛、头晕、眼胀、心悸、耳鸣等症状。

4. 体征 可听到主动脉瓣第二心音亢进或呈金属音、主动脉瓣区收缩期杂音或收缩早期喀喇音。长期持续高血压可有左心室肥厚并可闻及第四心音。高血压后期的临床表现常与靶器官损害有关。

5. 辅助检查 动态血压监测,有助于诊断"白大衣性高血压",合理进行降压治疗、疗效评价和预后判断。血、尿常规、肾功能、血糖、血脂、血尿酸、电解质、心电图、胸部 X 线和眼底检查可以了解靶器官的损害。

6. 鉴别诊断 一旦诊断有高血压,必须鉴别是原发性还是继发性高血压。常见的继发性病因有:肾实质病变、肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症、库欣综合征、主动脉缩窄。完成上述这些结果后,建议再进行危险分层。

【治疗要点】

1. 基本原则 综合患者的血压升高水平、并存的危险因素以及靶器官损害,确定合理的治疗方案。

2. 非药物治疗

(1) 控制体重:体重指数应控制在 24kg/m^2 以下。

(2) 合理膳食:限盐(WHO 建议每日≤6g)、限酒(酒精摄入量每日≤20g)、减少脂肪量,多吃富含蛋白质、维生素及纤维素类食物,摄入足量的钾、钙、镁。

(3) 因人而异合理的适量运动。

(4) 保持健康心态。

3. 药物治疗。

【药物治疗】

1. 药物治疗原则　①坚持终身治疗;②最小有效剂量开始,逐渐加量;③推荐口服每日一次的长效制剂,以保证稳定降压,增加治疗的依从性;④单一用药疗效不佳时,早期联合;⑤不宜过于频繁地改变治疗方案。

2. 降压药物的选择

(1) 利尿剂:适用于轻、中度高血压,尤其是老年人收缩期高血压及心力衰竭伴高血压的治疗。常用药物:①首选噻嗪类利尿剂:氢氯噻嗪(双克)25~100mg,1~2 次 / 日;②袢利尿剂:呋塞米(速尿)40mg,1~2 次 / 日;③保钾利尿剂:螺内酯(安体舒通)20mg,2 次 / 日;氨苯蝶啶 50mg,1~2 次 / 日,最大剂量不超过每日 300mg;④吲达帕胺(寿比山)2.5~5mg,1 次 / 日。按照降压效果调整剂量。

(2) β 受体阻滞剂:主要用于轻、中度高血压,尤其是静息时心率较快 >80 次 / 分的中青年患者或合并心绞痛、心肌梗死后的患者。常用药物:普萘洛尔(心得安)10~20mg,2~3 次 / 日;美托洛尔(倍他乐克)25~50mg,2 次 / 日;阿替洛尔(氨酰心安)50~100mg,1 次 / 日。

(3) 钙通道阻滞剂:常用维拉帕米(异搏定)40~80mg,2~3 次 / 日;硝苯地平(心痛定)5~20mg,3 次 / 日;硝苯地平控释片(拜新同)30~60mg,1 次 / 日;尼群地平初始剂量 10mg,1 次 / 日,以后可调整为 10~20mg,2 次 / 日;可用于各种程度高血压,在老年人高血压或合并稳定型心绞痛时尤为适用。钙拮抗剂还具有以下优势:对老年患者有较好的降压疗效;高钠摄入不影响降压疗效;非甾体类抗炎症药物不干扰降压作用;对嗜酒的患者也有显著降压作用;可用于合并糖尿病、冠心病或外周血管病患者。

(4) 血管紧张素转化酶抑制剂:适用于各种类型高血压,尤可用于下列情况:高血压并左心室肥厚、左室功能不全或心衰、心肌梗死后、胰岛素抵抗、糖尿病肾损害、高血压伴周围血管病等。常用药物:卡托普利(开搏通)初始剂量 12.5 mg,2~3 次 / 日,按需 1~2 周内可调至 50mg,2~3 次 / 日;依那普利(依苏)5~10mg,2 次 / 日;贝那普利(洛丁新)10~20mg,1 次 / 日。

(5) AT Ⅱ受体拮抗剂(ARB):临床作用与 ACE 抑制剂相同,但不引起咳嗽等不良反应。临床主要适用于 ACE 抑制剂不能耐受的患者。常用药物:缬沙坦(valsartan,代文)80mg,1 次 / 日;洛沙坦(losartan,科素亚)25~100mg,1 次 / 日。

(6) α 受体阻滞剂:降压效果较好,但因易致体位性低血压。由于这类药物对血糖、血脂等代谢过程无影响,可改善胰岛素抵抗。常用:哌唑嗪 0.5~2mg,3

需要全本请访问 www.ertongbook.com

次/日;特拉唑嗪 0.5~6mg,1 次/日。

(7) 我国不少中草药复方制剂其降压作用温和,价格低廉,但缺乏进一步研究,且有一定的副作用,不推荐为一线用药。

3. 降压药的联合应用 通过多种药物小剂量联合,可以达到有效降压和减少副作用的目的。较为理想的联合方案有:ACE 抑制剂(或 AT Ⅱ受体拮抗剂)与利尿剂;钙拮抗剂与 β 受体阻滞剂;ACE 抑制剂与钙拮抗剂;利尿剂与 β 受体阻滞剂;α 受体阻滞剂与 β 受体阻滞剂。复方利血平口服常释剂型初始剂量 0.1~0.25mg,1 次/日,经 1~2 周调整剂量,最大剂量一次 0.5mg。复方利血平氨苯蝶啶口服常释剂型:1 片,1 次/日,维持剂量 1 片,2~3 日一次,此药需谨慎使用于抑郁倾向患者。

4. 高血压急症的治疗 首先迅速降压,同时对靶器官的损害和功能障碍给予处理。以静脉滴注给药最为适宜,常用药物如下:

(1) 硝普钠:直接扩张动脉和静脉,使血压迅速降低。开始以每分钟 10~25μg 静滴,需密切观察血压,每隔 5~10 分钟可增加剂量,可逐渐增加到每分钟 200~300μg。硝普钠降压作用迅速,停止滴注后,作用在 3~5 分钟内即消失。

(2) 硝酸甘油:以扩张静脉为主,较大剂量时也使动脉扩张。开始为每分钟 5~10μg,可逐渐增加至每分钟 50~100μg。停药后数分钟作用即消失。

(3) 硝苯地平:舌下含服软胶囊制剂可治疗较轻的高血压急症,用 10~20mg 后,5~10 分钟见效,作用维持时间长约 4~6 小时。

(4) 尼卡地平:二氢吡啶类钙通道阻滞剂,用于高血压急症治疗剂量为:静脉滴注从 0.5μg/(kg·min)开始,密切观察血压,逐步增加剂量,可用至 6μg/(kg·min)。

【预后】

高血压是诱发中国人群脑卒中、冠心病、心力衰竭和肾脏疾病的重要危险因素,我国为脑卒中高发国。血压急剧升高可诱发急性脑梗死,据统计有高血压病史者的心力衰竭危险比无高血压病史者高 6 倍。社区干预治疗可减低脑卒中、心力衰竭的发生。

【注意事项】

1. 利尿剂 用药过程中需注意监测血液电解质变化。此外,噻嗪类还可干扰糖、脂和尿酸代谢,故应慎用于糖尿病和血脂代谢失调者,禁用于痛风患者。保钾利尿剂因可升高血钾,应尽量避免与 ACE 抑制剂合用,禁用于肾功能不全者。

2. β 受体阻滞剂 不良反应主要有心动过缓、乏力、四肢发冷。β 受体阻滞剂的禁忌证为:①心率 <60 次/分;②收缩压 <100mmHg;③二、三度房室传导阻滞或 PR 间期 >0.24 秒;④中、重度左心衰竭(≥Killip 3 级);⑤严重慢性阻塞性肺疾病或哮喘;⑥末梢循环灌注不良。相对禁忌证为:①哮喘病史;②周围血管疾病;③ 2 型糖尿病。停药时需逐渐减量。

3. 钙拮抗剂 开始治疗阶段有反射性交感活性增强,引起心率增快、面部潮红、头痛、下肢水肿等,尤其使用短效制剂时。非二氢吡啶类抑制心肌收缩及

自律性和传导性，不宜在心力衰竭、窦房结功能低下或心脏传导阻滞患者中应用，避免与β受体阻滞剂合用。停用本类药时也应逐渐减量，避免突然停服，以免发生冠状动脉痉挛。

4. 血管紧张素转化酶抑制剂　不良反应主要是刺激性干咳和血管性水肿，其次是味觉异常和皮疹。干咳发生率约10%~20%，可能与体内缓激肽增多有关，停用后可消失。ACEI的禁忌证为：①收缩压<90mmHg；②严重肾衰竭（血肌酐>265μmol/L）；③有双侧肾动脉狭窄病史者；④对ACEI制剂过敏；⑤妊娠、哺乳妇女等。血肌酐超过3mg患者使用时需谨慎。此类药物具有储钾作用，应注意监测血钾。

5. 硝普钠　对光敏感，每次应用前需新鲜配制，滴注瓶需用银箔或黑布包裹。硝普钠在体内红细胞中被代谢为氰化物，然后形成硫氰酸盐从尿中排出，大剂量或超过72小时应用可能发生硫氰酸中毒，有肾功能不全时慎用。

6. 硝酸甘油　不良反应有心动过速、面红、头痛、呕吐等。

7. 尼卡地平　不良反应有心动过速、面部潮红、恶心等。

8. 脑卒中时降压幅度过大、不宜过快。

9. 高血压患者血压控制　一般人群血压<140/90mmHg，高危人群（糖尿病、冠心病、脑卒中、肾病）血压<130/80mmHg。老年或冠心病患者舒张压最好不要控制到60mmHg以下。

10. 老年人大剂量药物治疗时容易出现体位性低血压，应平卧，补盐水处理。

11. 转诊标准

（1）高血压急症、顽固性高血压。

（2）高血压伴有多种其他疾病如冠心病、脑卒中、肾脏疾病、糖尿病的患者需要治疗原发病。

（3）使用上述药物，拟定治疗方案控制血压不理想。

（4）出现高血压持续状态、低血钾，联合使用多种药物控制不良，怀疑继发性高血压，需进行进一步诊断与治疗时。

（5）病程较长，并伴有胸闷、气短、运动耐力下降者。

（6）对有左心室肥厚、阵发性或持续性房颤及有明显心力衰竭的患者。

（7）需要进一步检查，如患者出现夜尿增多时，建议进行尿微量白蛋白检查。

（8）合并肾脏损害，出现如蛋白尿排泄持续增高、持续血肌酐增高、需要血液或腹膜透析的患者。

（赵　冰）

第二章

高血压心脏损害

学习目标

识记：

高血压心脏损害的诊断要点及药物治疗。

理解：

高血压心脏损害的概念、治疗要点及注意事项。

应用：

1. 能运用理论知识对高血压心脏损害进行初步的诊断及基本药物治疗。
2. 临床诊治中能及时发现高血压患者心肌损害表现并给予处理和指导。



任务引领

患者，男性，60岁，胸闷、气短、心慌1个月。既往高血压病史10年，未系统治疗，口服多种降压药物，血压在150~180/100~110mmHg之间波动。入院查体：T 36.5℃，P 88次/分，R 22次/分，BP 150/100mmHg。双肺呼吸音清，未闻及杂音。心尖搏动向左下移位，呈抬举样心尖搏动，心浊音界向左下扩大，心尖部第一心音增强。腹柔软，无压痛、反跳痛及肌紧张。ECG示左心室肥厚。心肌酶检查正常。

请思考：

1. 此病的临床诊断是什么？
2. 目前可应用哪些药物治疗本病？

【概述】

（一）病因

高血压使血压长期升高使左心室负荷逐渐加重，左心室因代偿而逐渐肥厚和扩张，临床上相应出现心室舒张功能障碍、心律失常，乃至收缩功能减退，统称为高血压心脏损害。一般出现在高血压起病数年至十余年后。根据心功能变化情况可分为心功能代偿期和心功能失代偿期。

（二）临床表现

常有运动后心悸、气喘、咳嗽，严重者表现为夜间阵发性呼吸困难，甚至肺水肿，心脏增大，可出现心律失常及心衰。

【诊断要点】

1. 持续高血压病史。

2. 症状　患者可出现运动后心悸、气喘、咳嗽等临床症状，以后逐渐加重，出现心功能不全的症状，多表现为夜间阵发性呼吸困难并痰中带血，严重时可发生急性肺水肿。



3. 体征　心脏肥厚、扩大、心律失常、心衰等体征。心搏一般增强，左心缘搏动减弱提示左心功能不全。

4. 辅助检查

(1) 心电图：左心室高电压、左心室肥厚、劳损。

(2) 胸部X线：主动脉除扩张外，主动脉延伸迂曲，主动脉弓上缘可达或超过胸锁关节水平，主动脉结明显向左突出，心腰显示凹陷，成为典型的“主动脉型心脏”。

(3) 超声心动图：可探查各心腔大小，测量室壁厚度，对高血压心脏病的诊断及治疗疗效监测有重要价值。一般E/A<1，心室后壁厚度>11mm。左心室质量指数(LVMI)男性>125g/m^2，女性>120g/m^2，或有心房扩大(LA>35mm)。

【治疗要点】

1. 治疗原则　控制血压、积极防治冠心病、纠正心力衰竭。

2. 联合用药　药物选择根据左室肥厚的程度以及心功能受损程度。

【药物治疗】

1. 对于左心室肥厚、心功能代偿者　一般选用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)及钙拮抗剂，常用：卡托普利口服常释剂型12.5~50mg，2~3次/日；或依那普利口服常释剂型5~10mg，2次/日。硝苯地平5~20mg，3次/日；或尼群地平10mg，2次/日。如用药8~12周后血压控制不理想，可联合用药。若伴有心绞痛也可使用β受体阻滞剂或硝酸甘油等药物(具体见第一章“原发性高血压”)。

2. 患者出现心功能不全症状　应选用既能降压，又能改善心脏功能的药物：可选卡托普利，初始剂量12.5mg，2~3次/日，根据耐受情况逐渐增至50mg，2~3次/日，近期大量服用利尿药者初始剂量6.25mg，3次/日。或依那普利口服常释剂型初始剂量2.5mg，1次/日，根据耐受情况逐渐加量至5~20mg/d，分1~2次服用。可联用β受体阻滞剂美托洛尔12.5~50mg，2次/日，次选阿替洛尔12.5~25mg，2次/日；辅助用药：利尿剂：呋塞米20~40mg，1~2次/日；或合用螺内酯20mg，1次/日。硝酸异山梨酯适用于高血压合并冠心病引起的心功能不全，舌下含服5~10mg，每5分钟1次，连续5~8次。哌唑嗪：剂量从0.5~1mg开始，每6~8小时1次，可逐渐增加剂量至每次2~3mg，用药过程中需随时注意血压情况。洋地黄类药物具体见第九章“心力衰竭”。

3. 高血压合并心律失常的患者　如心律失常仅仅为房性、室性期前收缩，可不予特殊处理。如出现阵发性室上速及心房颤动，首选β受体阻滞剂：美托洛尔口服初始剂量6.25mg，2~3次/日，根据病情每2~4周可增加剂量6.25~12.5mg，2~3次/日。最大剂量可用至50~100mg，2次/日。或选阿替洛尔初始剂量6.25~12.5mg，2次/日，按需要及耐受量渐增至50~200mg。同时服用小剂量阿司匹林每日100mg。具体见第五章“心律失常”。

【预后】

具体见第一章“原发性高血压”。

【注意事项】

1. 高血压合并心功能不全时，禁用β受体阻滞剂及某些钙拮抗剂，因为此



种药物有明显减弱心肌收缩力的作用。

2. 各药物不良反应，见各具体章节。

3. 转诊标准

(1) 高血压多年出现胸闷、气短、运动耐力下降者建议转上一级医院进行超声心动图检查。

(2) 有左室肥厚、血压控制不良的患者。

(3) 出现心力衰竭、房颤或其他严重心律失常的患者。

（赵　冰）

第三章

高血压肾脏损害

学习目标

识记：

高血压肾脏损害的诊断要点及药物治疗。

理解：

高血压肾脏损害的主要症状及体征、注意事项。

应用：

1. 能运用理论知识对患者的病情进行初步的诊断及基本药物治疗。
2. 临床诊治中培养关心、爱护、尊重患者的品质及救死扶伤的精神。
3. 推广国家基本药物在临床上的合理应用。

任务引领

患者，女性，65岁，夜尿增多1个月，颜面及双下肢水肿1周。既往高血压病史12年，血压平均在160/110mmHg。入院查体：T 36.8℃，P 86次/分，R 22次/分，BP 150/100mmHg。双肺呼吸音清，未闻及杂音。心浊音界略向左下扩大，心尖部第一心音增强。腹柔软，无压痛、反跳痛及肌紧张。ECG示左心室高电压。心肌酶检查正常。尿常规：蛋白尿(++)，血肌酐：165μmol/L。

请思考：

1. 此病的临床诊断是什么？
2. 目前可应用哪些药物治疗本病？

【概述】

(一) 病因

原发性高血压持续5~10年可引起良性小动脉肾硬化(又称高血压肾小动脉硬化)和恶性小动脉肾硬化，并伴有相应临床表现的疾病。高血压肾损害的发生率与高血压的严重程度和持续的时间呈正相关。其他可能的影响因素包括性别、种族、糖尿病、高脂血症和高尿酸血症，多种因素相互影响，进一步加重肾脏损害。多发生于40~60岁人群，男性较女性更易发生肾损害。

(二) 临床表现

高血压肾脏损害早期的临床表现为夜尿增多，尿常规检查出现尿蛋白，沉渣镜检也逐渐出现轻度异常(少量红细胞及颗粒管型)。随病情发展逐渐出现蛋白尿，并最终出现肾小球滤过率下降，发生肾功能不全。临床上分为下述几个时期：

Ⅰ期：微量白蛋白尿期：以尿中白蛋白排泄率异常为特征。肾功能正常，尿

需要全本请访问 www.ertongbook.com