

高血压治疗中的 几张处方分析

处方1

患者男，42岁，农民，高血压10余年，最高220/120 mmHg，无明显症状，未规律用药，否认其他病史，吸烟20年（20支/日），父亲有高血压脑出血病史。

查体：血压180/112 mmHg。心电图：左心室高电压，提示心肌肥厚，V4-6 ST段水平下移0.1-0.2 mV，且T波倒置，但2年内无明显动态性改变。心脏超声：左心室舒张功能减退，左房（LA）38 mm，室间隔（IVS）13 mm，后壁（PW）11 mm，符合高血压左心室肥厚改变。尿常规（-）。血脂血糖均在正常范围内

01

处方1

02


诊断：


03


高血压


04

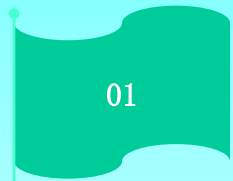
3级、高危

 处方1：

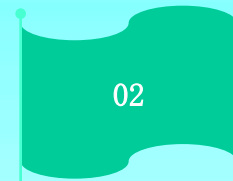
 卡托普利（国产）25 mg
Tid;

 ● 双氢克尿噻 25 mg Qd,
1周后改为12.5 mg Qd;

 ● 硝苯地平缓释片（国产）
10 mg Bid ;
1周后加用阿司匹林100
mg Qd。



1周时复测血压110/70
mmHg ,



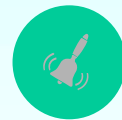
病人有时从平卧突然站立时
感觉头昏不适



处方1：



将硝苯地平缓释片改为
5 mg Bid，



几天后头昏不适的症状
消失，血压132/84
mmHg。



处方1：



待2周后又将硝苯地平缓释片恢复为10 mg Bid，余药同前，



患者无不适症状，血压114/70 mmHg，维持长期治疗。



1年后将卡托普利改为25 mg Bid，余药同前。每天治疗费用1元左右，血压2年来一直维持于100-110/60-70 mmHg之间，无任何不适。



处方1分析：



因该患者为中年男性、3级高危高血压，合并左心室肥厚、吸烟等危险因素，故降压目标应该 $<120/80$ mmHg。



开始用药时，曾因不适应，一度头昏不适，待治疗一段时间后大多数病人会逐渐适应的，可据具体情况随时调整用药。



目前，ACEI类药物的强适应症最多，故本方主药为卡托普利，最佳配角为双氢克尿噻，两者合用效果可翻倍。

处方1分析：

因患者年轻、血压太高、病程长、未规律用药，故加硝苯地平缓释片，以尽快达标、提高顺从性；如果年龄较大、非高危，用药及加量不必像本方那样“强烈”。

该患者达标后，长期维持摸索好的方案，少花钱多获效益。

01

处方2

02

患者男性，51岁，外企职员。发现高血压5年，最高血压180/120 mmHg，就诊时正在服用复方降压片2片，一天三次；血压忽高忽低，在160-150/100-90 mmHg范围；

03

心脏超声示左心室肥厚:室间隔（IVS）及后壁（PW）均为13 mm，空腹血糖6.3 mmol/L，尿常规蛋白（+），吸烟20年，20支/日。



处方2





诊断：



高血压



3级、极高危

 处方2 阿司匹林100 mg 一天一次， 缬沙坦80 mg 一天一次， 氢氯噻嗪12.5 mg一天一次， 硝苯地平缓释片10 mg 一天两次

01

处方2

02

2周后血压平稳在130-120/80-70 mmHg 范围，并随访1年至今平稳。

03

同时配合低盐、低糖和低脂饮食，减体重及运动等生活方式改善，血糖5.5 mmol/L，尿常规蛋白(-)，感觉及精神状态较以前明显变好。

处方2分析：

01

因该患者为高危病人，故应用证据较多、耐受性较好的缬沙坦，它既属长效的ARB类药物、又可减轻左心室肥厚、保护心、肾功能和减少蛋白尿，还不影响或者可以一定程度地改善性功能、改善糖代谢等。

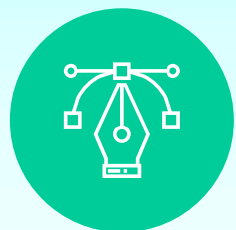
02

加用小剂量氢氯噻嗪以协同缬沙坦的降压作用。

处方2分析：



因该患者血压难控制，故合用硝苯地平缓释片，三联用药。（4）合用阿司匹林以协同预防心脑血管病的发生或发展。



降压治疗达标的同时，还应使血脂、血糖、体重、血凝状态等指标也达到理想水平。

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/808012124136007005>