

1 例极高危高血压患者中西医结合治疗的个案分析

杨茂誉¹, 苏美²

(1. 北京市普仁医院针灸科, 北京 100062; 2. 中国中医科学院广安门医院综合科, 北京 100053)

【关键词】极高危高血压; 血压控制; 中西医结合; 个案分析

【中图分类号】R544 【文献标志码】B

1 病历资料

患者, 女, 72 岁, 主因“间断头晕 42 年, 加重 8 d”于 2020 年 12 月 9 日以“高血压病 3 级(很高危)”入住中国中医科学院广安门医院综合科。患者高血压病史 40 余年, 服药控制, 近日血压波动较大, 最高达 205/120 mmHg。其他既往史: 2 型糖尿病史 7 年, 高脂血症病史 2 年, 慢性萎缩性胃炎病史 2 年, 1 年前曾患左侧胸膜炎。患者 1978 年无明显诱因出现头晕, 头部昏沉, 无头痛, 无视物旋转, 无恶心呕吐, 无耳鸣耳聋, 无一过性黑矇, 无意识丧失, 无肢体活动及言语不利, 就诊于当地医院, 予降压 0 号口服后症状缓解, 此后症状时有反复。2008 年患者无明显诱因头晕症状加重, 测血压较前升高, 就诊于外院, 多次调整降压方案, 平素血压控制在 140/90 mmHg。2018 年患者调整降压方案, 血压控制尚可。2020 年 12 月 1 日患者因情绪不佳再次出现头晕, 伴头部昏沉, 测血压 170/110 mmHg, 加服替米沙坦 40 mg, 血压较前下降, 头晕症状缓解。12 月 3 日患者头晕再次加重, 无头痛, 测血压最高 205/120 mmHg, 就诊于宣武医院急诊, 予硝苯地平 10 mg+卡托普利 12.5 mg 口服, 血压降至 140/90 mmHg, 头晕症状缓解。此后患者监测血压波动较大, 现为进一步诊治收入我科。

入院查体: 体温(T): 36.3℃, 脉搏(P): 78 次/min, 呼吸(R): 18 次/min, 血压(BP): 146/94 mmHg。神志清楚, 精神可, 言语清晰, 发育正常, 形体适中, 步入病房。入院后查血常规: 白细胞(WBC): $9.07 \times 10^9/L$ 、红细胞(RBC): $3.77 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白(HGB): 106.0 g/L、红细胞比容(HCT): 33.1%、血小板(PLT): $295.0 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞(N): $6.03 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比(N%): 66.6%, 风湿常规: 血清总补体活性(CH50): 64.6 U/mL、免

疫球蛋白 G(IgG): 18.3 g/L, 风湿结缔组织抗体谱: 抗核抗体(ANA)阳性, 抗 PM-SCL 抗体弱阳性, 尿常规: 尿蛋白(PRO): 30 mg/dL、尿细菌计数(BACT): 40 966.7 个/ μL 、尿红细胞计数(RBC-M): 15.55 个/HP、尿白细胞计数(WBC-M): 120.96 个/HP, 腹部超声、肾动脉超声未见异常。入院时伴见尿频尿急尿痛症状, 结合尿常规检查, 考虑尿路感染。

刻下症: 头晕, 头部昏沉, 无头痛, 无视物旋转, 无恶心呕吐, 无耳鸣耳聋, 无一过性黑矇, 无意识丧失, 无肢体活动及言语不利, 周身乏力, 动则自汗出, 纳差, 胃脘部畏寒, 喜热饮, 偶有反酸烧心, 口干苦, 入睡困难, 眠浅易醒, 醒后不易入睡, 药物辅助排便, 质软成形, 日一行, 小便量少、色黄, 无刺痛, 双腕关节、第一掌指关节间断肿胀, 近期体重无明显变化。

西医诊断: (1) 高血压 3 级(很高危); (2) 2 型糖尿病; (3) 泌尿系统感染; (4) 轻度贫血; (5) 低钾血症; (6) 慢性萎缩性胃炎; (7) 高脂血症; (8) 多发性肝囊肿。中医诊断: 眩晕、肝肾阴虚、痰浊上蒙证。

入院给予西医治疗: (1) 替米沙坦片 80 mg 口服, 1 次/d; 富马酸比索洛尔片 5 mg 口服, 1 次/d, 控制血压。(2) 阿卡波糖片 100 mg 口服, 3 次/d; 盐酸二甲双胍片 0.50 g 口服, 3 次/d, 控制血糖。(3) 阿托伐他汀钙片 10 mg 口服, 1 次/d, 降血脂。(4) 皮试阴性后, 0.9%氯化钠注射液 100 mL+注射用哌拉西林钠舒巴坦钠 5 g, 每 12 h 静滴 1 次抗感染。(5) 枸橼酸钾颗粒 2 g 口服, 2 次/d, 补钾。中医治疗暂缓。

2020 年 12 月 10 日查房, 患者仍时有头晕、头部昏沉, 无其他伴随症状, 周身乏力, 动则自汗出, 纳差, 胃脘部畏寒, 喜热饮, 偶有反酸烧心, 口干苦, 入睡困难, 眠浅易醒, 醒后不易入睡, 药物辅助排便, 质软成形, 日一行, 小便量少、色黄, 无刺痛, 双腕关节、

第一掌指关节间断肿胀。查体:T:36.2℃,P:74次/min,R:18次/min,BP:卧位138/87 mmHg,立位1 min:146/91 mmHg,立位3 min:147/91 mmHg,立位5 min:148/87 mmHg,左侧BP:124/84 mmHg,右侧BP:140/84 mmHg。给予中药汤剂治疗,中药汤剂以滋阴潜阳祛痰为主,具体药物:天冬10 g、石斛15 g、白芍10 g、煅赭石10 g、菊花10 g、茵陈15 g、天麻15 g、清半夏9 g、生白术15 g、茯苓15 g、生麦芽15 g、麸炒神曲15 g、甘草6 g、生姜6 g、醋延胡索10 g、川楝子3 g,用水煎服,每日1剂,早晚分服,治疗5 d(2020年12月10日至2020年12月14日)。

2020年12月11日查房:患者诉头晕、头部昏沉较前稍减轻,周身仍有乏力,动则自汗出,纳差,胃脘部畏寒,喜热饮,偶有反酸烧心,口干苦,入睡困难,眠浅易醒,醒后不易入睡,大便3次,不成形,小便量少、色黄,无刺痛,双腕关节、第一掌指关节间断肿胀较前减轻。上级医师查房后指示患者血压控制不佳,同时血清钾水平偏低。中药汤剂加味丹参15 g用水煎服,每日1剂,早晚分服,治疗3 d(2020年12月15日至2020年12月17日)。

2020年12月18日患者目前病情较平稳,辅助检查回报:尿常规检查:异常红细胞比率(NYCRBC):55%↑,红细胞(RBC):41.3个/ μ L↑,(高倍视野)RBC-M:7.43个/HP↑。中药汤剂调整为麦冬10 g、天冬10 g、清半夏9 g、生白术15 g、天麻15 g、茯苓15 g、甘草6 g、生姜6 g、白芍10 g、茵陈15 g、煅赭石10 g、生麦芽15 g、川楝子3 g、麸炒神曲15 g、丹参15 g、紫苏梗10 g、黄芩10 g用水煎服,每日1剂,早晚分服,治疗3 d(2020年12月18日至2020年12月20日)。

2020年12月21日上级医师查房后指示:患者头晕、头部昏沉缓解,无头痛,近日监测血压波动在150~160/90~100 mmHg,血压控制不佳,予硝苯地平控释片30 mg口服1次/d控制血压,监测血压变化。

2020年12月22日会诊:邀请肾内科风湿科会诊。患者入院时存在尿路感染,抗生素治疗后尿中白细胞消失,潜血持续,伴关节痛。偶有双手小关节肿热痛,无明显诱因,自诉约3~5 d可缓解,近期无发热,无哮喘,咳嗽少量白痰,乏力,夜尿2~3次/d,尿中有泡沫。辅助检查:ANCA相关小血管炎抗体谱:抗髓过氧化物酶抗体(anti-MPO):165.83 RU/mL↑,抗中性粒细胞胞浆抗体核周型(P-ANCA):阳性1:32;尿常规检查:(高倍视野)RBC-M:7.43个/HP↑;肾功能:Cr:69 μ mol/L,尿素(UREA):

3.52 mmol/L;全血细胞分析+C反应蛋白(CRP):PLT:230.0 $\times 10^9$ /L,RBC:3.47 $\times 10^{12}$ /L↓,WBC:5.78 $\times 10^9$ /L,CRP:<0.50 mg/L,HGB:97.0 g/L↓;风湿结缔组织病抗体谱二:胞浆型:1:320,核仁型:1:100,抗PM-Scl抗体弱阳性;风湿常规:CH50:64.6 U/mL↑,IgG:18.3 g/L↑;红细胞沉降率测定:ESR30:28 mm/h↑。鉴于患者关节疼痛、炎症指标轻度升高,加用小剂量激素15 mg qd联合雷公藤多苷片20 mg,3次/d或昆仙胶囊0.6 g,2次/d,其间监测血糖。

2020年12月24日辅助检查回报:24 h尿蛋白定量:24 h尿微白蛋白(24HMA):89.18 mg/24 h↑,24 h尿蛋白定量(24 h-uTP):156.00 mg/24 h↑,尿微白蛋白(MA):34.3 mg/L↑。综合风湿科及肾内科会诊意见,予醋酸泼尼松片15 mg口服1次/d抗炎、来氟米特片10 mg口服1次/d抑制免疫反应,1个月后复查血常规+CPR,风湿常规、血沉、风湿结缔组织病抗体谱一、ANCA相关小血管炎抗体谱、肝肾功能、尿常规等。患者头晕、头部昏沉缓解,血压控制平稳,要求出院,准予明日出院。

2 讨论

高血压是临床常见的心血管疾病之一,多见于中老年群体,主要病征为体循环动脉血压异常升高,可引起头痛、头晕、心悸、疲劳等临床症状^[1]。高血压能够作用于动脉膜内层,引起动脉内膜增厚,形成血管腔狭窄或堵塞,进而影响心肌血流、氧供应量不足^[2-3]。同时,血液对血管壁形成的持续压力容易引起靶器官损伤,若未能及时有效控制血压水平,可引发脑出血、冠心病、肾衰竭等多种并发症,严重影响患者的生命健康,加重社会医疗负担^[4-5]。高血压致病因素复杂,与患者家族遗传、生活习惯、环境因素等关系密切。老年人群受年龄、合并多种慢性疾病等影响,出现高危高血压的风险更高^[6]。因此,针对老年高危高血压患者不仅需要重视血压的控制,还应该积极治疗基础疾病,以缓解病情危急程度,降低并发症风险。近年来,中西医结合诊疗在心血管疾病的临床治疗中取得重要进展,在中医的观念中,高血压属“眩晕”、“风眩”、“头痛”的范畴,主要发病机制为心气虚衰^[7]。临床观察发现,高危高血压患者存在明显精神疲惫、头晕、胸闷气短等气虚症状,辨证常为虚实错杂,故治疗高危高血压需以调和患者气血、调整阴阳平衡为目的,改善患者的整体生理功能^[8]。

本例患者以“间断头晕42年,加重8 d”“高血压病3级(很高危)”入院治疗,自入院第2天起,在西

药治疗基础上加用滋阴潜阳、祛痰健脾中药汤剂治疗,患者服用 1 d 后头晕、头部昏沉较前稍减轻。上级医师查房后指示患者血压控制不佳,于原中药汤剂中加味丹参 15 g。治疗 8 d 后患者病情平稳,但血压结果异常,波动在 150~160/90~100 mmHg,予硝苯地平控释片口服,调整用药后患者头晕、头部昏沉缓解,血压控制平稳。

患者治疗后血压控制效果明显好转,可见中药汤剂联合西药治疗能够提高高危高血压患者的血压控制效果,减少血压波动,缓解头晕、头痛症状。西药使用替米沙坦片、富马酸比索洛尔片控制血压,其中替米沙坦片属于血管紧张素 II 受体拮抗剂,主要用于治疗原发性高血压,并能改善患者心功能^[9];富马酸比索洛尔片属于 β 受体阻滞剂,可通过降低心率、减缓心肌收缩力,降低心肌氧量消耗等机制起到控制血压的效果^[10-11]。但患者入院治疗 1 d 后,症状未见缓解,血压控制效果不佳,可能与患者年龄较大,高血压病程较长,病情严重程度较高有关,故单纯西药降压效果不佳。本例患者刻下症可见头晕,头部昏沉、周身乏力,动则自汗出,纳差,胃脘部畏寒,喜热饮,偶有反酸烧心,口干苦,入睡困难,眠浅易醒,醒后不易入睡。结合舌淡红,苔黄干,有裂纹,脉沉细。辨病为眩晕病,辨证属肝肾阴虚、痰浊上蒙证,病位在脑,与肝脾肾有关,病性属虚实夹杂。

基于中西医结合诊疗原则,给予患者西药联合中药汤剂联合降压治疗,起到调补肝肾阴精、化痰降气之功,方中再结合应用平肝清热、健脾宁心之品,进一步巩固降压效果,并帮助改善睡眠质量^[12-13]。后续治疗根据患者尿常规、脑 MRI 结果以及 ANCA 相关小血管炎疾病进行汤剂加味调整并联合硝苯地平控释片治疗,最终有效缓解头晕、头部昏沉,血压控制平稳^[14-15]。

综上,此例高危高血压患者经中西医结合治疗后,在血压控制、症状改善等方面取得一定成效,中西医结合治疗对高危高血压治疗切实、有效。

参考文献

- [1] 杨志,宋功如,许起琴,等. 桑芪滋阴补肾汤治疗阴虚阳亢证高血压颈动脉硬化患者的疗效及对其血清炎性因子和血管内皮功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(8): 1657—1663.
- [2] Shamsi SA, Salehzadeh M, Ghavami H, *et al.* Impact of lifestyle interventions on reducing dietary sodium intake and blood pressure in patients with hypertension: a randomized controlled trial[J]. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi, 2021, 49(2): 143—150.

- [3] 黄睿臻,舒佳,刘艳茹,等. 清眩降压汤联合左旋氨氯地平治疗肝阳上亢型高血压的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(10): 1840—1844.
- [4] 王静,唐晓敏,程超超,等. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤联合治疗痰瘀互结型高血压颈动脉斑块疗效及对中医证候积分和血脂代谢的影响[J]. 四川中医, 2024, 42(7): 102—106.
- [5] Ling Q, Dong X, Bai J, *et al.* Impact of hypertension duration on the cardiovascular benefit of intensive blood pressure control[J]. Hypertension (Dallas, Tex., 2024), 81(9): 1945—1955.
- [6] 傅猛,陈仁政,王亚斌,等. 老年高血压患者血压昼夜节律与血管僵硬度的相关性[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2024, 23(6): 401—406.
- [7] 史雯,马海娟,何晋涛,等. 黄精降压汤治疗气虚型高血压合并失眠患者的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2024, 40(11): 1256—1262.
- [8] 马葳,申正日. 泽泻汤加味对老年原发性高血压 1 级痰湿壅盛证患者的疗效研究[J]. 实用临床医药杂志, 2024, 28(9): 78—81, 89.
- [9] Rodgers A, Salam A, Schutte AE, *et al.* Efficacy and safety of a novel low-dose triple single-pill combination of telmisartan, amlodipine and indapamide, compared with dual combinations for treatment of hypertension: a randomised, double-blind, active-controlled, international clinical trial[J]. The Lancet, 2024, 404(10462): 1536—1546.
- [10] Wander GS, Ram B, Kumar Sonkar S, *et al.* Comparison of the efficacy, safety, and tolerability of the FDC of telmisartan + bisoprolol with telmisartan + metoprolol succinate ER combination therapy for stage 1 and stage 2 hypertension: a double-blind, multicentric, phase-III clinical study[J]. Indian Heart Journal, 2024, 76(3): 159—166.
- [11] Grigorieva NY, Ilushina TP, Kolosova KS. The possibilities of using beta-blocker bisoprolol in patients with stable angina with concomitant bronchial asthma[J]. Kardiologiia, 2022, 62(1): 32—39.
- [12] Lyu J, Xue M, Li J, *et al.* Clinical effectiveness and safety of *Salvia miltiorrhiza* depside salt combined with aspirin in patients with stable angina pectoris: a multicenter, pragmatic, randomized controlled trial[J]. Phytomedicine, 2021, 81: 153419.
- [13] Zhang M, Liu Y, Sun X, *et al.* *Salvia miltiorrhiza* adjuvant therapy facilitates cardiac function recovery in patients with myocardial infarction[J]. Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences, 2025, 38(1): 45—53.
- [14] Wu YX, Zhong XF, Li XM, *et al.* Pharmacokinetics of nifedipine-sustained release tablets in healthy subjects after a single oral administration: bioequivalence analysis and food effects[J]. Clinical Pharmacology in Drug Development, 2023, 12(11): 1076—1081.
- [15] Pratt K, Lordo R, Self S, *et al.* Amlodipine versus nifedipine ER for the management of postpartum hypertension: a noninferiority randomized controlled trial[J]. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 2025, 7(1): 101575.

(收稿日期: 2025—04—02)

修回日期: 2025—05—20)