

教育频道

# 基层医师需更新高血压评判标准

四川省自贡市第三人民医院主任医师 刘勇

## 三种测压技术价值不同

由于动态血压监测(ABPM)技术和家庭血压(HBP)的不断探索,使高血压病的防治跨上了一个新台阶。近20年来,我国各级医院和众多学者在动态血压方面也做了大量研究和临床应用。目前动态血压技术虽然已经在许多县级医院开展,然而,笔者在与非专科医师、社区医师相互交流过程中发现许多医师对这些新进展知之甚少,对病人在上级医院检查的动态血压报告也看不懂;而一些心血管专科医师也是一知半解。

诊室血压(CBP):即已经使用一个多世纪,目前还是基层测压的主要方法。用汞柱血压计(或表式、电子式)在医院环境中测得的血压,又称为办公室血压(OBP)或偶测血压(CBP)。

家庭血压(HBP):即患者或家属用血压计在家庭环境中测得的血压。它具有克服白大衣效应的优点,但其准确性依赖于测压者良好素质的培养和学习。

动态血压(ABP):是区别于CBP和HBP近30年来越来越重要的血压名词,它完全能弥补CBP的缺点和不足。据测压有无创伤

目前基层医生在高血压防治工作中存在很多误区,对新进展了解不多。在医院环境中用汞柱血压计诊断高血压病,很容易把白大衣高血压误诊或过度诊断为高血压病,并由此可能造成过度降压。

又分为有创动态血压(Invasive ABP)和无创动态血压(Non-invasive ABP)。前者的优点是测压更准确,但有侵入性、需要抗凝、难以多次重复的缺点,故不能普及应用;而后者则能弥补有创ABP的不足,故目前世界各国应用最广泛的即是无创性24小时动态血压监测。

## 剔除白大衣高血压才是真正高血压

正常血压(Normotension):正常血压有3种情况,即诊所正常血压(Clinic normotension)、家庭正常血压(Home normotension)和动态正常血压(ABP normotension)。严格说,上述3种情况测压值均正常才算正常血压,否则可能是白大衣高血压等。但是目前基层社区使用的是单一诊所血压模式,故达不到常规严格判断的要求,只能按CBP<140/90即为正常血压(或高正常血压),再尽量结合家庭血压判断。

持续性高血压(SH)即患者CBP升高、ABP(或/和HBP)也升高的状态,这是真正意义上的高血压,故名为真正高血压(True Hypertension)。SH是在高血压病中剔除了

白大衣高血压后的一组具有高危性的高血压群体,应该积极强化干预治疗,尽量控制血压达标。

## 白大衣高血压不宜采用药物治疗

白大衣效应(WCE):相似的别名有白大衣现象和白大衣综合征。WCE是指被测量者在医院环境中由于医护人员办公室测压所引起的测测血压比真实血压升高的现象。但是,一个具体病人有白大衣效应不一定成为白大衣高血压病;白大衣效应在正常人群和高血压病人中普遍存在,是由于被测量者对医院或医护人员的警觉反应引起的。不进行动态血压监测检查,就不能鉴别有无白大衣效应或白大衣高血压存在。

白大衣高血压(WCH)是以CBP诊为高血压病的群体中,再以ABPM检查白天平均血压属于正常(一般<135/85mmHg)状态的患者称为WCH患者;或1999年WHO/ISH在指南中又称WCH为单纯诊所高血压(isolated clinic hypertension

ICH)。WCH在偶测血压诊断的初发轻、中型高血压病中占12%~25%,甚至30%~40%,因此,基层社区单纯使用CBP诊断高血压病是很容易把白大衣高血压误诊或过度诊断为高血压病的。WCH的临床意义至少是不像真正高血压那样容易发生靶器官损害,主张不宜采用降压药物治疗,否则可能造成过度降压,应该以非药物疗法干预为主。

白大衣正常血压(WCN):这是近几年才有的概念,即指CBP正常但HBP和ABP,尤其是ABP反而升高者称为WCN。也有学者称为逆白大衣高血压(rWCH)。目前初步研究认为这类患者具有不良生活方式特征,多具有靶器官损害标志和代谢危险。

动态白大衣高血压也是一个很新的概念,尚有别学者报告,即先按WCH的一般诊断标准即CBP>140/90mmHg、白天平均ABP<135/85mmHg诊为WCH,然后清理其ABPM资料的第一小时和最后一个小时,若最大血压读数>140/90mmHg则称为动态白大衣高血压。其临床意义近似于WCH。

基层讲座

## “洗肺”操作要点

中华慈善秦皇岛医院 张志浩

双肺同期大容量灌洗治疗尘肺职业病和其他肺疾患,是一项成熟的临床技术。在静脉全身麻醉下,从口腔置入双腔支气管导管,分隔两侧肺脏,依次以1000毫升37℃生理盐水、适量糜蛋白酶、敏感抗菌素等,将积存于气管、细支气管、肺泡囊、肺泡腔和肺间质的粉尘、吞尘巨噬细胞、致纤维化因子和黏液、痰栓等有害物质清除于体外,保护肺脏组织,改善通气换气功能,提高生命和生活质量。肺灌洗术的操作规程在临床实践中不断完善和发展。只要掌握基本操作要领,善于在实践中反复探索,“洗肺”其实很简单。

首先,双腔支气管导管的置入和两侧肺脏分隔准确是肺灌洗术成功的关键。纤维支气管镜就位后,镜下在右侧支气管入口处(隆突)见到左支气管套囊的尾端;而左支气管开口处可见到左支气管上下两叶的入口,则可证明导管就位准确。然后分别关闭左右支气管入口听诊对侧呼吸音,再次证明两侧肺分隔是否严密。以上综合判断后再分别以两侧肺单独通气5分钟,血氧饱和度和气道压在正常值范围,即可实施肺灌洗术治疗。

两肺灌洗治疗一般应选择“先后后左”或“先后后右”的顺序。如果是两侧肺脏纤维化病变程度相差不大,则先灌洗右侧肺脏为宜,因为左支气管导管端稳定地置入左侧肺脏的气管,从而能保证通入纯氧的左侧肺脏代偿全身生理活动对氧的需求。如果两侧肺脏纤维化病变有轻重之分,则应先灌洗病变较重的一侧,以病变较轻的一侧肺脏代偿全身对氧的需求,待病变较重的一侧肺脏灌洗成功,其肺功能可以代偿全身需要后,再灌洗病变较轻的一侧肺脏。

灌洗过程要始终注意和按时记录心电图监护以上所提示的心率、血氧饱和度、血压、二氧化碳饱和度和呼吸次数,以及呼吸机上提示的气道压力等各项指标的变化。例如,当心率、血压、气道压等超过正常值时,要及时调节麻醉药的给药量,及时给予缓解呼吸道平滑肌痉挛的药物;当患者术中心电图有异常变化时,要及时给予扩张冠状动脉和稳定心

率等药物,使灌洗术得以顺利进行。一侧肺脏灌洗后,要保证45分钟以上的双侧肺通气时间。这样才能使灌洗液测肺脏的肺泡分泌出足够支撑肺泡弥散功能的表面活性物质PS(主要化学成分为磷脂),使已灌洗侧肺脏恢复正常的通气和换气功能。

正确选择肺灌洗术适应症,术中做到灌洗较为彻底,预后就会较好,肺脏的纤维化病变(尘肺病变的升级)就会被有效遏制,生命和生活质量也就会较明显提高。笔者连续对行全肺大容量灌洗治疗的66名尘肺患者统计结果显示,平均每名患者每测肺脏灌洗22次(22000ml 44瓶),直至最后一瓶灌洗回收液清澈透明为止。术后检查证明,肺功能各项指标,主要是通气功能和换气功能均有提高。

## 非开胸食管切除手术对心肺干扰小

解放军153中心医院胸心外科主任医师 李刚

近期我们遇到一名65岁的男性患者,以胸闷、心悸和吞咽困难为症状。检查过程中发现其心脏冠状动脉左主干狭窄60%~70%,吞钡造影显示食管下段和贲门区巨块状充盈缺损。家属坚决拒绝冠脉搭桥手术,强烈要求进行食管癌切除解除病人吃饭问题。经过周密的麻醉和手术设计后,我们为病人进行经腹非开胸食管下段癌和贲门癌切除手术,术中见整个食管下段和上半个胃体已浸润,胃小弯被肿瘤侵犯,切除6cm长食管下段和上侧4/5的胃体,将残胃制成胃管与食管断端在纵隔内进行吻合。术后利用胃管做支架和胃肠减压引流,术后6天人工胃管喂养,14天拔除。整个围术期予以硝酸甘油等扩冠药物并降低血糖。病人未出现冠心病发作,顺利出院。该名病人从一定程度上反映了非开胸食管癌手术创伤轻、干扰

心肺功能小的优点。即使是患有严重冠脉疾病的患者,在充分准备的情况下,也能耐受非开胸食管癌手术。

自1971年开展该手术以来,我们共对320余名高龄和心肺功能差的患者实施非开胸食管癌手术,并对上胸段和下胸段食管癌患者附加了上段胸骨和下段胸骨劈开技术,扩大了纵隔内食管切除的暴露,总体3年生存率达到51.35%,5年生存率23.12%。其主要并发症是颈部吻合口瘘(9.6%)和声音嘶哑(11%)、围术期死亡率1.5%。未出现过大血管损伤出血和气管撕裂等严重并发症。

临床上食管癌的最佳切除方式由肿瘤所处的位置、病程以及术者个人经验及偏好而定。非开胸手术切除食管癌适用于颈段、胸下段和腹段食管癌、贲门癌以及所有病变尚

未侵及食管壁深层的肿瘤,尤其是对年老体弱、心肺功能差者。临床上通过严格掌握手术适应症,将会使该手术的优点得到最大限度发挥。

非开胸食管癌手术的优点是手术创伤小、时间短、术后恢复快,缺点是可能损伤喉返神经、胸部大血管和气管。术者必须熟悉手术区域解剖,并有娴熟的外科技术。有学者认为该术式主要缺陷是手术不能将病变和转移淋巴结彻底切除,不符合肿瘤外科的切除原则。但在临床上可以通过附加上段或下段胸骨劈开技术来增加显露,并进行颈部和腹部淋巴结清扫,加之食管上段癌的淋巴转移特点主要是向上转移,食管下段癌及食管胃交界区恶性肿瘤的淋巴转移特点主要是向下转移,因此手术效果是满意的。至于食管癌开胸手术和非开胸手术的疗效与生存率比较,目前尚没有研究和相关的循证医学证据。

食管癌非开胸手术与开胸手术相比有优点,在临床越来越重视个体化治疗和微创治疗的时代,其胸部淋巴结不能直视切除的缺点也可以通过胸腔镜技术进行弥补。特别是对于心肺功能差的高龄患者手术治疗获益评估时,通过非开胸手术改善进食和营养状态,提高生存质量似乎更有优势。

临床提示

春节和元宵佳节刚过,各地均有因爆竹炸伤导致眼球破裂的病人。但是由于很多眼科医生不知道眼外伤的救治原则,首先摘除眼球,给病人带来了终身遗憾。为此,卫生部中日友好医院眼科王志军主任强调——

## 破裂的眼球 别轻易摘除

本报记者 吴卫红

### 修复手术并非越早越好

病例 日前,王志军主任为邱先生的左眼取出硅油,伤眼的挽救手术终于告一段落,待闯过低眼的关口后就可以进入视力重建阶段。

27岁的邱先生因车祸致头颅及左眼球严重挫裂伤,血肉模糊,送到医院急救时呈昏迷状态。当时他的左眼严重破裂而右眼看不出受伤,医生请示科主任是否按常规摘除左眼。曾参加过全国眼外伤继续教育培训班的主任牢记开放性眼外伤的救治原则:Ⅰ期缝合伤口,Ⅱ期眼内组织修复。故指示先进行伤口缝合,并请中日友好医院眼科王志军主任做Ⅱ期修复手术,为患者进行了玻璃体切除、视网膜切开切除、眼内激光凝固和硅油填充。1个月后,患者左眼的矫正视力恢复到0.2。

邱先生在受伤两天清醒后发现,他的右眼什么也看不见了。医生检查发现,其右眼视力无光感,系视神经损伤所致。万幸的是,邱先生还能用左眼看世界。

王志军特别强调,凡是外伤破裂的眼球,千万不要轻易摘除。正确的做法是,针对开放的伤口,进行清创缝合,把脱出的眼内内容物回纳。Ⅰ期的伤口清创缝合术后,给予防感染和消炎处理。眼球内容物包括房水、晶状体和玻璃体。房水是充满前房和后房的水状液体,用以营养部分眼内组织。玻璃体为透明的胶状物,充满于晶状体与视网膜之间的空隙。开放性眼外伤发生时,这些眼内内容物可能脱失,同时葡萄膜和视网膜组织也可脱出并嵌塞于伤口内。

开放性眼外伤Ⅰ期手术缝合处理的确正确与否,关乎Ⅱ期修复手术的质量。眼科医生把伤口缝合的最高境界称为“水密”,即伤口关闭得极其严密,密封得连水也不漏。因眼内组织的宝贵性,任何脱出的眼内组织,

在缝合过程中绝对不可轻易剪除,而是应将其尽可能回纳,为Ⅱ期眼内修复手术打下良好的基础。

严重开放性眼外伤进行Ⅱ期修复手术的黄金时间是伤后的1~2周。太早做,因为伤眼正处在外伤性炎症反应期,眼球处于充血状态和伤口不稳定而易出血,玻璃体未发生脱离以及血凝块未液化而导致手术难度加大。太晚做,伤口进入瘢痕期,手术效果将大打折扣。

Ⅱ期玻璃体切除手术对医生的技术要求较高,医生要在显微镜下完成准确、精细的操作:左脚控制显微镜,右脚控制切割机,左手持导光纤进行眼内照明,右手持玻璃体切割刀头进行眼内修复操作,双眼紧盯着显微镜。就这样一动不动地坚持数小时,王志军主任最长的手术时间是5个小时,这对医生的体力和耐力都是极大的考验。

手术完成后,患者进入恢复期,待视网

膜复位可靠、前房形成良好、眼压接近正常范围,具备了取硅油的指征后,医生将完成后续治疗,取出硅油。硅油主要起到临时填充作用,防止房水进入视网膜下而致手术失败。取出硅油后,患者的左眼视力还将进一步提高。

### 无光感不是眼球摘除的指征

王志军主任目前已完成近千例眼外伤手术,手术成功率达到75%以上,其中20%术前没有光感的患者在术后出现了光感以上的视力,最好者恢复到矫正视力达0.6。

王志军主任介绍,由于眼外伤患者多,我国在眼外伤治疗水平上处于国际领先地位,但仍有不少医生不知道外伤后的视力无光感并非是眼球摘除的指征。通过伤后眼内探查,术中对症处理、脉络膜及视网膜的有效处理,可以挽救部分无光感眼患者的眼球和视力。由于眼外伤的复杂性,手术前很难全面了解眼内组织损伤的详情,方能对伤眼的最终结局和视力预后做出判断。

过去对眼外伤通常的做法是,依据手术前的评价来确定受伤眼球的去留,这样就将那部分可以挽救的眼球当做不治的眼球一并摘除了。因此,把眼球摘除指征的确定从术前评价转移到术中评价,是一种进步。这一改变的意义就有可能将拟摘除的伤眼挽救回来,有些甚至出现有用的视力。

医生札记

## 孕妇反复高热

### 另有隐情

患者怀孕4个月,因咳嗽伴发热,在当地医院治疗3~4天症状无明显改善转任我科。主诉咳嗽,为刺激性干咳,伴反复高热,体温波动在37.5~39.6℃之间,尤以夜间发作明显,不伴寒战。无胸痛、咯血。

肺部X线或CT检查本可以给诊断提供影像学依据,可患者偏偏又是孕妇;更多类型抗生素本可供选择作经验性治疗,可孕妇用药应慎之又慎,可供选择的抗生素非常有限。发热病因难以明确,治疗就无从下手。只能根据用药安全性原则,选择对孕妇副作用小的抗生素经验性治疗,选用头孢哌酮静滴,并请中医内科会诊配合中草药治疗。治疗1周后尽管患者体温略有下降,可仍反复发热,体温波动在36.7~39℃之间,仍频繁剧烈干咳,伴胸闷、气紧。

体会:若患者是病毒感染,抗病毒药物治疗3天,病程两周,发热应该消退;若是细菌性肺炎,广谱抗生素治疗已1周,体温应该明显下降。仔细分析临床特点:年轻患者,以刺激性干咳、反复高热为临床表现,病程较长,抗生素及抗病毒药物治疗效果差,多次复查血常规正常;白细胞总数正常,以嗜中性粒细胞增高为主。是否为支原体感染?顺着这个思路,经与患者及家属充分沟通,征得同意后给予静滴阿奇霉素经验性治疗。3天后患者体温逐渐下降至正常,咳嗽缓解。先后两次查肺炎支原体抗体结果均为阳性,抗体滴度分别为1:40,1:160。治疗1周后复查肺炎支原体抗体为1:80,抗体滴度较前下降。患者病情好转出院。

福建省龙岩市第一医院急救中心 钟荣荣

## 老年人不明原因肾衰

### 应注意ANCA相关血管炎

患者,男,76岁,反复浮肿4年,恶心、欲呕伴头痛3天。入院前4年,无明显诱因出现颜面部、眼睑浮肿,晨起明显,伴尿量减少、双下肢指压凹陷性浮肿,浮肿症状日趋明显,并乏力、头痛、恶心,夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸、胸闷、胸痛、心悸。予对症治疗后病情有所缓解,然仍反复,未予规则复诊。入院前3天,“受凉”后出现恶心、头痛、咳嗽、咯白色黏液痰,双下肢浮肿,诊断为ANCA(免疫介导性肾脏病)相关性血管炎,慢性肾功能不全(尿毒症期)。入院后给予改善循环、护肾、止咳化痰等对症支持处理,患者肌酐仍升高,症状稍好转。追问病史后加用激素与免疫抑制剂环磷酰胺治疗,肌酐有所下降,症状好转,因本院无法行血浆置换治疗转上级医院进一步治疗。

体会:ANCA相关性系统性小血管炎引起肾功能不全应与慢性肾炎等所致肾功能不全鉴别。系统性小血管炎临床常为多器官受累,进展迅速,预后凶险。患者肾脏受累常表现为肾功能急剧恶化达到尿毒症水平,肾脏受累可以表现为肿大出血,是临床中的危急重症,其早期确诊对于临床救治的成败至关重要。以下情况有助于系统性小血管炎的诊断:中老年人,以男性多见;具有上述起病的前驱症状;肾脏损害表现为蛋白尿、血尿或(及)急性肾功能不全等;伴有肺部或肺肾综合症的临床表现;伴有胃肠道、心脏、眼、耳、关节等全身各器官受累表现;P-ANCA阳性。肾、肺活检有助于诊断。遇到肾功能不全的患者,应详细询问病史,明确引起肾功能不全的原发疾病,以进一步明确诊疗方案。

福建清江市医院 高永清 魏忠光 林星

## 带状疱疹伴头痛

### 应想到合并脑膜炎

患者男性,38岁,过度工作后头痛,背部出现痛性疱疹3天,自认为感冒,服止痛药、感冒片等无效。患者平素身体健康,无头痛病史。测血压正常,体温不高,右侧背部肩胛线及第七肋间相交处,从集簇状疱疹,边缘稍红,沿肋间向右上胸蔓延,头痛剧烈伴恶心。根据过劳病史和典型皮疹,确诊为带状疱疹,给予更昔洛韦、激素、胸腺肽及维生素B族综合治疗两天后,疱疹皱缩,无新疹出现,疱疹痛和头痛减轻。治疗7天后,疱疹基本消退,局部痛和头痛也随之消失。

体会:带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的,沿周围神经分布,多以劳累、受凉后为诱发因素发病,是常见的一种病毒性皮肤病。给予抗病毒、增强免疫、减轻神经炎性水肿、营养神经等及时治疗,可很快控制并治愈。本例伴剧烈头痛,随着皮疹的消失,神经痛、头痛也消失。带状疱疹有少数人可合并脑膜炎,本例就是对带状疱疹的治疗,又是对脑膜炎合并症的诊断。作为基层卫生机构的医生,若遇带状疱疹伴剧烈头痛,排除其他可能疾病,应想到合并脑膜炎的可能。

西安雁塔成宝莲诊所 朱江咏