

动态血压监测评价降压疗效的价值

100034 北京 总参卫生处保健科 杨艺军 曲淑杰 杨艳荣

全面而准确地了解高血压病人的血压水平,对指导治疗、改善预后和最大程度地降低心血管病的发病风险具有重要的意义。为此,我们对已进行降压疗效自我评估的高血压病 51 例,进行了偶测血压(CBP)和动态血压监测(ABPM)检查,探讨 ABPM 对评价降压疗效的价值。

1 对象和方法

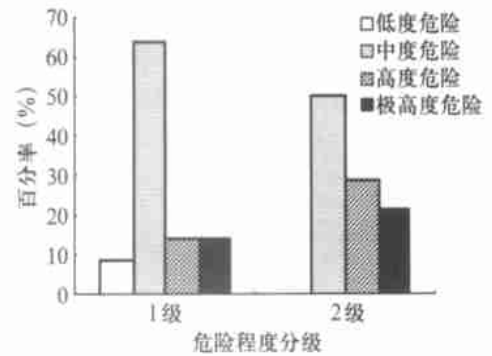
1.1 对象 随机选择的门诊高血压病 51 例(高血压定义及危险度分层均按 1999 年中国高血压病防治指南标准),男 35 例,女 16 例;年龄 38~82 岁,平均 62.5 ±10.1 岁。患病年限 1.5~38 年;平均 14.9 ±12.7 年,连续服用降压药物时间 1~36 年,平均 11 年。

1.2 方法 检查前,病人首先根据长期药物治疗、门诊复诊及自我血压监测情况,进行降压疗效自我评估。经药物治疗后,如认为血压长期能控制在 140/90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)以下为疗效满意,否则为不满意。据此分为自我评价疗效满意组和非满意组。自我评估后,按常规方法采用标准水银柱血压计测量血压,作为 CBP 记录,然后予 ABPM 检查。采用美国 GH 9241 型或 SPACE-LABS 90217 型动态血压记录仪,袖带缚于受试者左上臂,按其作息时间分白昼及夜间监测 24 h 血压,测压间隙白昼为 20 min,夜间为更接近生理状态,不影响睡眠定为 60 min,常规工作和生活起居,亦不改变原服用的药物剂量及时间,监测完毕将获得的原始血压数据统计分析下述动态血压指标:(1)白昼平均收缩压(dSBP)和舒张压(dDBP);(2)夜间平均收缩压(nSBP)和舒张压(nDBP);(3)白昼及夜间的血压负荷值;(4)收缩压或舒张压夜间下降百分率,以白昼夜间收缩压和舒张压负荷 >10%,夜间血压下降率 <10%为动态血压不正常。分别观察自我评价满意组及不满意组中 CBP 与 ABPM 的结果。

1.3 统计学处理 记数资料采取 χ^2 检验。

2 结果

2.1 受试者以高血压 1 级为最多,占 70.6%,其中,中度危险病人占 63.9%,两组病人高血压分级及危险因素分层分布无显著性差异(附图)。



附图 高血压病 51 例分级与危险程度比较

注:危险程度 2 级无一例低度危险;3 级仅 1 例高度危险,无统计学意义

2.2 自我评价疗效满意组 37 例中,CBP 正常 32 例(86.5%),但其中 21 例(56.8%)ABPM 不正常;ABPM 正常 11 例(29.7%),不正常 26 例(70.3%)。自我评价疗效不满意组 14 例中,CBP 正常仅 2 例(14.3%),ABPM 全部不正常。

2.3 降压疗效自我评价满意,CBP 正常、ABPM 亦正常者在满意组为 29.7%;自我评价不满意,CBP 及 ABPM 均不正常者在非满意组为 85.7%,3 项指标主客观一致性机率满意组显著低于非满意组,差异非常显著 ($P < 0.01$)。

3 讨论

1999 年,中国高血压病防治指南指出,心血管病危险与血压之间的相关呈连续性,抗高血压治疗的目标是将血压恢复至 140/90 mmHg 以下^[1]。药物治疗控制血压,可有效降低心血管并发症的发生率和病死率,是目前高血压病干预治疗的主要手

段。由于多数高血压病人需要终身治疗,在长期药物治疗的过程中,其对自身血压水平的了解及对降压疗效的主观判断,是药物治疗依从性的关键,并直接影响其是否能够主动就医。大多数病人主观上对降压疗效的自我评估来源于:(1)对临床症状的自我感受;(2)多次门诊复诊及自我血压监测所获得的 CBP 数据。但由于相当数量的病人在血压升高时并无明显不适,CBP 又受到多种因素的影响(波动性、周围环境、体位、药物、测量技术等)^[2,3],因此,病人自我评估与实际血压水平常常不相符合。这种状况的出现不仅可误导病人,以为病情稳定,使药物治疗的依从性下降,亦可误导医务人员盲目进行治疗调整(如药物减量或更换),也是造成某些病人虽然长期服用降压药物,但仍出现心脑血管并发症的原因之一。本组资料显示,在自我评价疗效满意组中,CBP 正常者占 86.49%(32/37 例),但 CBP 正常、ABPM 亦正常者仅占 29.73%(11/37 例),而 70.27%(26/37 例)病人动态血压表现为收缩压负荷和舒张压负荷增加,及夜间血压下降率降低等多项参数异常,提示病人主观评价的不可靠性及 CBP 的不确定性,而 ABPM 可更加客观地反映病人真实的血压水平及压力负荷情况,为病情判断提供更多有价值的客观信息。与病人自我评价疗效满意组相反,自我评价疗效非满意组 CBP 仅 14.29% 正常,该组全部病人 ABPM 均不正常,自我评估、CBP 及 ABPM 3 项一致性机率高达 85.70%,与满意组比较有极显著的差异($P < 0.01$),进一步证实

ABPM 的诊断可靠性大于 CBP 及主观评估。

CBP 操作简单、使用方便,在门诊高血压病的治疗中是首选检查方式,发挥着不可替代的作用,但由于它的局限性和不确定性,我们体会在降压疗效自我评价良好病人中,由于 CBP 与 ABPM 结果的一致性较低,因而不能单凭 CBP 正常而肯定认为病人血压控制良好,必须结合病人自身存在的其他危险因素及并存的临床情况适时选用 ABPM 检查,从而对血压水平有更加全面准确的客观了解。但对多数临床疗效主观评价不满意、CBP 多次复查不正常的病人,依据我们的观察,其 ABPM 亦肯定不正常,作 ABPM 的目的主要是指导降压药物的应用(调整用药剂量、时间或更换种类)及判断预后(如血压昼夜节律性消失可产生靶器官损害,压力负荷的增加对左室结构及功能的影响等)。因此,ABPM 的正确应用,将有助于制定更加合理的治疗方案。

参 考 文 献

- 1 中国高血压防治指南起草委员会.中国高血压防治指南.高血压杂志,2000,8(1):101
- 2 Zachariah PK,Sheps SG,Moore AG. Office blood pressures in supine sitting and standing position: correlation with ambulatory blood pressures. Int J Cardiol,1990,28:353
- 3 Imai Y,Abe K,Munakata M *et al.* Circadian blood pressures variations under different pathophysiological conditions. J Hypertens, 1990, 8[Suppl 7]:125

(编校:程国洲 收稿:2002-07-18)

冠状动脉腔内血管成形术救治急性心肌梗死 4 例

116021 辽宁大连 解放军 210 医院 马德元 曲国荣 喻桂玲 姜东炬

2000 年 10 月~2002 年 5 月,在内科药物治疗无效、生命垂危时,我们行急诊直接经皮冠状动脉腔内血管成形术(PTCA)治疗大面积急性心肌梗死 4 例,挽救了病人生命。

1 临床资料

1.1 一般情况 男 3 例,女 1 例;年龄 60~76 岁。其中急性下壁心肌梗死 2 例,急性下壁、侧壁心肌梗死 1 例,急性下壁、右室心肌梗死 1 例。并发心源性

休克 3 例,并发恶性心律失常(室性心动过速、房室传导阻滞、交界区心律)2 例,并发窦性停搏 1 例。

1.2 抢救方法 入院后均按急性心肌梗死内科常规抗凝、扩冠、止痛、镇静及对症、抗休克、纠正心律失常等抢救,病情均无缓解。立即送入导管室,即行安置右室临时心脏起搏器,在起搏器保护下分别行左及右冠脉造影,4 例均显示右冠脉完全闭塞,其中 2 例左冠脉呈弥漫性病变,另 2 例左冠脉大致正常。确定冠状动脉病变部位及程度后,行球囊扩张术