

2010年外科护理：恶性高血压的治疗_护士资格考试_PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_1752.htm

恶性高血压一旦发生，则必须及时积极救治，积极降低血压，随着血压的降低小血管损伤可能好转，肾脏病理改变可以部分逆转，肾小动脉纤维素样坏死可以吸收，肾功能损害可能会终止或好转。针对恶性高血压及其所致恶性肾小动脉硬化症的治疗主要包括-病因治疗、降压治疗和肾脏替代治疗。 一、病因治疗 多数恶性高血压

(MHPT)是由于肾实质性疾病、肾血管性高血压、药物等原因所致，因此，诊断MHPT之后，在积极控制血压的同时，应努力寻找这些继发因素。并力争去除或治疗可逆性病因。若证实为肾动脉狭窄所引起的MHPT，则经过行经皮肾动脉成型术(PTRA)或外科手术治疗后，部分病人的血压和肾功能可获满意的控制；明确由药物所致MHPT者，在停用相应药物后，血压可逐渐恢复正常。 二、降压治疗 1.降压治疗策略与目标：

初始目标：对于无心衰、高血压脑病、高血压危象等高血压急症的MHPT病人，可在2~6小时内，通过静脉使用降压药物使血压缓慢降至160~170/100~105mmHg或血压下降最大幅度<治疗前血压的25%。切忌降压过快过猛，以免诱发心、脑和肾等重要脏器缺血；当MHPT合并上述高血压急症者，则应在数分钟至数小时内使血压下降以免发生意外。 最终目标：待血压稳定以后，逐渐加用口服降压药，使血压在数天~3个月之内达到低于140/85~90mmHg水平。

2.静脉使用降压药物：来源：考试大 硝普钠：硝普钠是一个直接作用于血管的强效无选择性血管舒张药，用药后

数秒钟起效，作用时间很短（2~5分钟）。起始剂量为0.25~0.5 μg/kg/min，根据病情可逐渐加量，最大量可以用到8~10 μg/kg/min.极少数病例在长期应用硝普钠后，可发生氢化物中毒，特别是当病人合并由肾功能不全时，此副作用更易发生。因此，当病人出现有肾功能不全时，应该慎用此药。

尼卡地平：是一种直接扩张小动脉的钙离子拮抗剂。对外周血管、冠状动脉和脑血管均有较强的扩张作用。静脉持续输注，起始剂量为5mg/小时，可逐渐加量，最大剂量为15mg/小时。

拉贝洛尔（labetalol）：拉贝洛尔兼有 α_1 受体和 β 受体阻滞作用。对 β 受体的作用比 α_1 受体强，作用比率为3:1~7:1.静脉使用可采用间断注射或持续输注两种方法。间断注射法：首剂20mg，每10分钟注射20~80mg，每日总量为300mg.若采用持续输注法，剂量为0.5~2mg/min.

3.口服降压药物使用原则 主张联合用药：目前多主张治

疗MHPT采用两种或两种以上抗高血压药物联合应用，这样可增加降压疗效，降低不良反应，有益于靶器官保护，增加患者对药物治疗的顺应性。 优先选用血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）、和 β 受体阻滞剂：这是因为RAS系统高度活化是MHPT发生机制中的重要环节，这两类药物可以有效的抑制该系统作用，有效的控制血压，促使肾功能恢复，因此

，易优先选用。在应用ACEI前2周内，应该每周密切监测患者的肾功能和血电解质变化一次。部分病人在服用ACEI1~2周内可发生肾功能坏转。当血肌酐上升超过基础值的30%时，应停药并除外低血容量、肾动脉狭窄等情况。 易选长效

降压药，不主张使用短效降压药物。这是因为硝苯地平

（nifedipine）和卡托普利（captopril）等短效降压药物经口服

后，起效迅速，可导致血压大幅度下降，而诱发重要脏器缺血表现。而氨氯地平（amlodipine）、缓释或控释的硝苯地平和依那普利（enalapril）等长效降压药物，在体内起效相对缓慢，作用持久，可平稳降压，在服用过程中很少出现脏器缺血表现。

慎用利尿剂：恶性高血压时由于高血压导致的压力性利尿，病人可表现血容量不足，此时不宜使用利尿剂；否则，会加重血容量不足状态，进一步激活RAS系统，不利于MHPT的恢复。当肾功能受损出现水钠储留时，特别是表现充血性心力衰竭时，可联合使用利尿剂治疗。

三、肾脏替代治疗来源：考试大当MHPT病人合并尿毒症时，需接受肾脏替代治疗。在一年以内，主要肾脏替代治疗方式为血液透析和腹膜透析。和血液透析相比，腹膜透析对血液动力学指标影响小、透析过程中低血压发生率低，更有利于肾功能恢复，因此，对于MHPT应首选腹膜透析。若经过积极治疗一年后，患者仍不能摆脱透析，方可考虑行肾脏移植治疗。

四、预后

1.预后：在无有效的降压药物的年代，MHPT病人的一年存活率仅为20%，5年存活率几乎为零。随着有效降压药物的广泛使用和透析技术的普遍应用，其预后大有改观，5年生存率已达到75%~100%。约20%~40%的合并肾衰竭的MHPT病人，在经过积极控制血压治疗2~4个月后，肾功能可获好转，摆脱透析治疗，少数病例在一年以后才脱离透析。仍有60%左右的病人，肾功能持续恶化。

2.影响预后的因素：

来源：考试大

MHPT的基础病因：相对于慢性肾炎继发的MHPT而言，原发性MHPT的预后相对好。

肾功能损害程度：发病时，肾功能损害轻者（Scr 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com