

核心诉求 认知状态 行动能力 药物治疗 高龄老人“4M”模式降血压

绝经后睡不好 高血压增六成

生活中,很多高血压患者知晓,强化降压可显著降低卒中、认知衰退等风险。但不少人,尤其是老年人不清楚自己是否适合强化降压,也不知道该如何科学实施。近日,《美国心脏病学会期刊·进展》刊发一项新研究,提出80岁及以上老年人高血压管理可遵循“4M”个体化模式,为这一群体的血管管控提供了清晰指导。

这项研究由美国犹他大学、加州大学戴维斯分校等机构联合开展,纳入多项高血压临床试验数据,其中重点分析了收缩压干预试验中80岁及以上老年人的案例。研究发现,99.5%的高龄受试者接受强化降压后,获益大于风险,为“4M”管理模式奠定了坚实基础。该模式主要包括以下内容:

核心诉求(What Matters) 降压的核心益处在于减少心梗、卒中和认知障碍等风险,因为控制血压能减轻血管损伤,保护心脑血管等重要器官。但血压并非降得越低越好,需遵医嘱,根据健康状况来灵活设定降压目标,其间患者应充分知晓潜在风险与获益,确定自己的核心诉求。研究指出,高龄老人无需固守统一标准。

认知状态(Mentation) 认知功能衰退是高龄老人的重要顾虑,而强化降压可使轻度认知障碍风险降低19%,因此了解认知状态是制定降压方案的关键考量。老人的认知评估可采用简易认知筛查量表等工具。认知障碍高风险人群尤其适合强化降压,血压可控制在120毫米汞柱以下;认知严重受损、无法配合治疗者,则需放宽血压控制标准。需要注意的是,认知评估需定期进行,以适配病情变化。



行动能力(Mobility) 不少高龄老人担心,强化降压会导致跌倒。研究证实,强化降压不会增加致伤性跌倒风险,反而能通过降低心衰、中风发生率,来保护行动能力。但在实际生活中,仍应将行动能力保护贯穿血压管理的全程。降压初期的30天是跌倒高风险期,患者需密切观察自己是否存在体位性低血压(即从卧位、坐位或蹲位突然转变为站立位时,血压瞬间下降),以避免跌倒。同时,可通过步态速度、握力测试等,来评估行动能力。跌倒高风险者调整降压药应遵循“从低剂量起始,缓慢逐步调整”的原则,并密切监测反应。

药物治疗(Medications) 高龄老人用药建议采用低剂量多种药物联合方案。常用的降压药组合为血管紧张素转换酶抑制剂、钙通道阻滞剂和噻嗪类利尿剂。应关注并知晓所服药物的副作用,定期梳理全部用药清单。部分血压控制良好者,可在医生指导下适当减量,维持安全性与常规治疗的平衡。

血管损伤干扰胰岛素 内壁粗糙使脂肪沉积
高血压是慢病“风暴眼”

生活中,很多高血压患者起初只是血压异常,可数年或十多年后,血脂、血糖等指标也相继亮起红灯。这是因为血压升高可能是健康危机的最初信号,如同冰山一角,其背后是持续进展的血管损害。多项研究证实,高血压在多种慢性病中处于核心地位,就像一个启动键,可能引发一连串健康问题。

我们的心脏就像一个精密的水泵,血管是连接千家万户的自来水管,血压是血液在血管内流动时对血管壁产生的侧压力。心脏收缩泵血时产生的压力,被称为高压(收缩压);心脏舒张休息时,血管自身弹性回缩维持的压力为低压(舒张压)。在诊室安静状态下,多次测血压持续达到或超过140/90毫米汞柱,医学上就可诊断为高血压。

高龄老人高血压具有患病率高、血压波动大、多病共存等特点。除遵循上述“4M”模式外,还需重视居家血压监测,每天至少在3个不同时间点测量并取平均值,关注血压变化趋势。养老院居住者和认知障碍患者等特殊人群,需开展个体化评估,避免一刀切的治疗方案。

刘金朋 刘巍 (据《生命时报》)

血脂异常 高血压可为血脂沉积创造条件,而血脂异常又会使血管状况进一步恶化,加速全身动脉硬化的进程。临床数据显示,超六成高血压患者存在血脂异常。饮食不均衡、缺乏运动或甲状腺功能减退的高血压患者,更易出现血脂异常。生活中,建议调整饮食结构,适当增加富含欧米伽3脂肪酸的食物摄入,如三文鱼、金枪鱼等鱼类,核桃、杏仁等坚果。每周保持规律的有氧运动,如快走、骑车、游泳,帮助改善血脂状况。

管理血压,要有“全局观”。建议高血压患者与医生一起,制订个性化管理方案,在确定个性化用药方案的基础上,做好定期监测、生活方式调整在内的全面健康计划,管理好血压这个“风暴眼”,守护好全身健康。

孙涛 (据人民网)

当血压超标,血管系统就会承受远超过常态的冲击,如同一条长期处于高水位状态的河道。起初,堤坝(血管壁)会增厚来应对这种冲击;时间长了,水流持续冲刷,会逐渐损伤堤坝的表面,使其变得粗糙不平。血管的这种损伤会为血液中的脂肪、胆固醇等物质提供“停泊”的机会,从而引发动脉粥样硬化。这个过程往往是全身性的,尤其可能诱发以下几类疾病:

糖尿病 高血压导致的血管内壁损伤,会干扰胰岛素在体内的正常作用,使血糖更难控制。正是这种共同的发病“土壤”——胰岛素抵抗,使这两种疾病常常相伴而行。数据显示,我国2型糖尿病患者中约60%合并高血压,显著增加心、脑、肾及眼部血管并发症的可能。有糖尿病家族史、腰围超标或已发现血脂异常的高血压患者,更易患上糖尿病。平时建议血压、血糖“双管齐下”,在控制血压的同时,每年检查血糖相关指标;调整饮食结构,增加全谷物摄入,保持规律运动以控制体重。

心脑血管疾病 长期过高的血流压力,就像湍急的河流不断冲刷河岸,会直接损伤血管内壁,进一步引发心肌梗死、脑卒中等危及生命的疾病。既往研究证实,收缩压每升高20毫米汞柱或舒张压每升高10毫米汞柱,心脑血管疾病风险就会倍增。长期吸烟、血脂异常或已发现动脉斑块的高血压患者,更可能发生心脑血管疾病。这些人群应该积极戒烟,控制好血脂水平,必要时将低密度脂蛋白胆固醇(坏胆固醇)水平控制在更严格的范围内;定期进行心电图等心血管检查。

慢性疼痛久 容易高血压

慢性疼痛会严重影响生活质量,还可能在不知不觉间推高血压。英国格拉斯哥大学学者在美国心脏协会期刊《高血压》上发表的新研究指出,慢性疼痛的范围越大,高血压的患病风险越高,全身性慢性疼痛患者罹患高血压的风险比无疼痛人群高出75%。

研究人员选取英国生物银行数据库中超过20万名平均年龄54岁的成年人数据,进行了长达十余年的健康追踪。团队通过问卷详细收集了参与者的疼痛信息,包括疼痛部位、持续时间、对生活的影响等,特别关注了持续超过3个月的慢性肌肉骨骼疼痛患者。与此同时,研究者评估了参与者的抑郁症状,并通过检测血液中的C反应蛋白水平来量化体内炎症状态。

经过平均13.5年的随访观察,研究人员发现,疼痛与高血压之间存在明显的剂量反应关系。与无疼痛者相比,仅有短期疼痛者的高血压风险增加10%,单一部位慢性疼痛者的风险增加20%,全身性慢性疼痛者的高血压风险飙升至75%。此外,疼痛部位也会影响高血压患病风险:慢性腹痛会使风险增加43%,慢性头痛使风险增加22%,慢性肩颈痛使风险增加19%,慢性腕部与背部疼痛分别使风险增加17%和16%。进一步分析表明,抑郁和炎症共同解释了疼痛与高血压之间约11.7%的关系。

研究第一作者、格拉斯哥大学教授吉尔·佩尔认为,该结果揭示了身体中的一个重要机制:慢性疼痛可通过引发抑郁情绪和体内炎症反应,推高血压。慢性疼痛患者需要尽早识别和干预抑郁情绪,以更好地预防高血压。

冯国川

情绪“杀手”——抑郁症

在前面我们聊了睡眠障碍和精神疾病之间的关系密切,接下来我们将深入探讨几种常见的精神科疾病,看一看这些看似无形的疾病是如何影响我们的生活质量和睡眠质量的。首先,我们要讨论的就是非常普遍、令人痛苦且难以逃避的疾病——抑郁症。

说到抑郁症,我们会感到既熟悉又陌生。打开新闻,不时会看到有人因抑郁症而选择自杀的消息,这些沉重的新闻不断触动着我们的心灵。英国前首相丘吉尔曾形容自己的抑郁情绪:“心中的抑郁就像只黑狗,一有机会就咬住我不放。”抑郁症这只“黑狗”,可能会在不经意间突然出现,给我们带来沉重的打击。目前,全球抑郁症的发病率已经达到了11%,患病人数超过6亿人。在各种疾病中,抑郁症的发病率仅次于冠心病,终生患病率高达6.8%,成为人类健康的第二大威胁。

那么,这些神秘的物质到底扮演着怎样的角色呢?用一个简单的比喻来说,如果把我们的神经细胞比作快递中转站,那么神经递质就是在神经细胞之间传递生物信息的快递员。神经细胞在相互连接时,就是依靠神经递质来产生电位变化,引发神经细胞发生改变,从而传递相应的信息。但是如果因为突发情况,如快递公司大规模裁员,导致快递员失业在家;或者因为交通管制,快递员的交通工具无法正常使用,这些都会导致快递发送和接收的数量明显减少,直接结果就是你想寄送的物品很难顺利送达下一个站点。对于我们来说,如果神经递质无法正常传导快乐的信息,大脑皮质就会出现情绪低落、兴趣减退等症状。从旁观者的角度来看,就会觉得你陷入了抑郁。

严格地说,抑郁症伴发的睡眠障碍并不是单一的,至少包括睡眠过多或睡眠减少两种情况:前一种是白天无精打采,整日只想躺在床上,昏昏沉沉;后一种则是夜晚辗转反侧,难以入睡。无论是哪一种情况,这样的症状都是很容易被患者和家属及时辨识的,只要在医生的指导下进行针对性的调整,就可以有效遏制抑郁症状的发展。然而,真正需要我们警惕的核心睡眠问题是早醒。

“早醒是苗,抑郁是根”,一旦出现早醒症状,不能仅仅对症下药,自行服用舒乐安定(艾司唑仑)等安眠药,以为睡眠好了,问题就会解决了。实际上,这种方法只是治标不治本,所以,面对早醒,我们应该从根源入手,排查情绪原因,把可能出现的抑郁情绪控制在初始阶段,防止小问题演变成大麻烦。

天津市第三中心医院睡眠障碍门诊主任医师 李翔

神经递质正常状态和抑郁症下的状态

这个例子只是为了帮助大家更好地理解抑郁的产生机制,实际上,造成抑郁症的元凶绝不止神经递质一个。大多数精神疾病都是社会、心理、生理等多方面负面因素共同作用的结果。生理因素只是众多病因之一,患者所处的环境、自身的性格因素,都会对疾病的发生、发展造成影响。在后续的内容中,我们会专门讨论患者的心理治疗和行为矫正。

除了情绪低落、兴趣减退这些典型的症状外,诊断抑郁症还有许多其

他标准。根据《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》,抑郁症的诊断主要依据9条标准,具体包括:情绪低落、兴趣丧失、体重减轻、睡眠障碍、精神运动性激越、精力不足、自我评价过低、思维迟缓、自杀想法等。逐条对照,如果一个人符合其中的5条或更多,那么抑郁症的诊断就基本成立了。

“医生,我换了降压药后总觉得胸闷气短,喘不上气……”患有高血压的张先生前不久在社区医院开药时,将常吃的比索洛尔换成了普萘洛尔,没想到服药不久,便出现了呼吸困难的症状。医生对此解释,虽然都叫“洛尔”,但比索洛尔和普萘洛尔在作用机制上还是有区别,尤其是合并肺部疾病的患者,二者绝对不能随意替换。

人体内有两种重要的β受体:β1受体主要分布在心脏,负责调控心率和收缩力;β2受体位于支气管平滑肌,负责舒张气道。比索洛尔属于高选择性β1受体阻滞剂,可精准地作用于心脏,通过降低心率与心肌收缩力来降压,正常治疗剂量下对支气管影响很小。普萘洛尔则不加区分地同时阻断β1和β2受体,在降压的同时,可能导致支气管收缩、气道变窄,诱发急性呼吸困难。对于本身就有哮喘或慢性阻塞性肺疾病的患者,这种非选择性阻断可能显著增加呼吸阻力,甚至诱发急性发作。

“洛尔”类药物主要适用于中青年、交感神经兴奋型高血压,以及合并冠心病、心绞痛或有心肌梗死、慢性心力衰竭、某些快速性心律失常(如房颤、窦性心动过速)的患者。“洛尔”类药物的禁忌症包括支气管哮喘和心源性休克;慢性阻塞性肺疾病、外周血管疾病、糖尿病、甲亢、精神神经系统疾病患者,以及妊娠期和哺乳期女性,都需在医生严密评估下谨慎使用。因此,哮喘急性发作期或重度慢性阻塞性肺疾病患者,降压严禁使用普萘洛尔。如需服用比索洛尔或美托洛尔,也必须从最小剂量开始,并密切监测呼吸功能。

除了“洛尔”类,其他降压药对肺部也可能有间接影响。比如,“普利”类(如卡托普利、依那普利)可能引起干咳,易与哮喘症状混淆,干扰病情判断;某些利尿剂(如氢氯噻嗪)可能使痰液变黏稠,加重排痰困难,不利于呼吸道感染控制。医生建议,高血压合并哮喘或慢阻肺的患者,可优先考虑以下三类对呼吸功能影响小的降压药:

1.“地平”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

“洛尔”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

慢性疼痛久 容易高血压

慢性疼痛会严重影响生活质量,还可能在不知不觉间推高血压。英国格拉斯哥大学学者在美国心脏协会期刊《高血压》上发表的新研究指出,慢性疼痛的范围越大,高血压的患病风险越高,全身性慢性疼痛患者罹患高血压的风险比无疼痛人群高出75%。

研究人员选取英国生物银行数据库中超过20万名平均年龄54岁的成年人数据,进行了长达十余年的健康追踪。团队通过问卷详细收集了参与者的疼痛信息,包括疼痛部位、持续时间、对生活的影响等,特别关注了持续超过3个月的慢性肌肉骨骼疼痛患者。与此同时,研究者评估了参与者的抑郁症状,并通过检测血液中的C反应蛋白水平来量化体内炎症状态。

经过平均13.5年的随访观察,研究人员发现,疼痛与高血压之间存在明显的剂量反应关系。与无疼痛者相比,仅有短期疼痛者的高血压风险增加10%,单一部位慢性疼痛者的风险增加20%,全身性慢性疼痛者的高血压风险飙升至75%。此外,疼痛部位也会影响高血压患病风险:慢性腹痛会使风险增加43%,慢性头痛使风险增加22%,慢性肩颈痛使风险增加19%,慢性腕部与背部疼痛分别使风险增加17%和16%。进一步分析表明,抑郁和炎症共同解释了疼痛与高血压之间约11.7%的关系。

研究第一作者、格拉斯哥大学教授吉尔·佩尔认为,该结果揭示了身体中的一个重要机制:慢性疼痛可通过引发抑郁情绪和体内炎症反应,推高血压。慢性疼痛患者需要尽早识别和干预抑郁情绪,以更好地预防高血压。

冯国川

降压药,都叫洛尔不能替换

影响支气管收缩 可换用地平沙坦



“医生,我换了降压药后总觉得胸闷气短,喘不上气……”患有高血压的张先生前不久在社区医院开药时,将常吃的比索洛尔换成了普萘洛尔,没想到服药不久,便出现了呼吸困难的症状。医生对此解释,虽然都叫“洛尔”,但比索洛尔和普萘洛尔在作用机制上还是有区别,尤其是合并肺部疾病的患者,二者绝对不能随意替换。

人体内有两种重要的β受体:β1受体主要分布在心脏,负责调控心率和收缩力;β2受体位于支气管平滑肌,负责舒张气道。比索洛尔属于高选择性β1受体阻滞剂,可精准地作用于心脏,通过降低心率与心肌收缩力来降压,正常治疗剂量下对支气管影响很小。普萘洛尔则不加区分地同时阻断β1和β2受体,在降压的同时,可能导致支气管收缩、气道变窄,诱发急性呼吸困难。对于本身就有哮喘或慢性阻塞性肺疾病的患者,这种非选择性阻断可能显著增加呼吸阻力,甚至诱发急性发作。

“洛尔”类药物主要适用于中青年、交感神经兴奋型高血压,以及合并冠心病、心绞痛或有心肌梗死、慢性心力衰竭、某些快速性心律失常(如房颤、窦性心动过速)的患者。“洛尔”类药物的禁忌症包括支气管哮喘和心源性休克;慢性阻塞性肺疾病、外周血管疾病、糖尿病、甲亢、精神神经系统疾病患者,以及妊娠期和哺乳期女性,都需在医生严密评估下谨慎使用。因此,哮喘急性发作期或重度慢性阻塞性肺疾病患者,降压严禁使用普萘洛尔。如需服用比索洛尔或美托洛尔,也必须从最小剂量开始,并密切监测呼吸功能。

除了“洛尔”类,其他降压药对肺部也可能有间接影响。比如,“普利”类(如卡托普利、依那普利)可能引起干咳,易与哮喘症状混淆,干扰病情判断;某些利尿剂(如氢氯噻嗪)可能使痰液变黏稠,加重排痰困难,不利于呼吸道感染控制。医生建议,高血压合并哮喘或慢阻肺的患者,可优先考虑以下三类对呼吸功能影响小的降压药:

1.“地平”类(如氨氯地平、非洛地平):通过阻断血管平滑肌钙通道,在扩张血管降压的同时,对支气管平滑肌有一定松弛作用,甚至可缓解轻中度的支气管痉挛,是此类患者的降压药首选。

2.“沙坦”类(如氯沙坦、缬沙坦):干咳发生率,对支气管影响小。

3.α1受体阻滞剂(如多沙唑啉、特拉唑啉):通过阻断外周血管α1受体扩张血管降压,对支气管平滑肌和代谢无不良影响,也可作为备选方案。

最后,医生提醒慢性病患者,尤其是需要长期服药的高血压患者,若对用药有疑问、想调整方案,或出现不适症状时,务必第一时间咨询医生或药师,切勿自行诊断、停药或换药。

张瀚允 (据《健康报》)

睡眠小道理

细说慢病
—— 高血压