

警惕药物引发的体位性低血压

文 / 北京大学第三医院延庆医院 帅瑛慧



李大爷今年82岁, 确诊高血压已有30多年了。之前一直在规律服用降压药, 所以血压控制得也比较好, 没有出现什么意外情况。但是, 这天早上吃完药站起时却突然感到头晕, 意外栽倒了……所幸没什么大事。

虽然没什么大事, 但安全起见, 家人还是带李大爷来了医院。医生仔细询问病史后, 发现李大爷两天前因诊断前列腺增生开始服用“特拉唑嗪”, 推断李大爷这种情况是典型的药物诱发的体位性低血压。

一、什么是体位性低血压

体位性低血压又叫直立性脱虚, 是由于体位的改变, 比如从平卧位突然转为直立, 或长时间站立发生的脑供血不足引起的低血压。通常认为, 站立后收缩压较平卧位时下降20 mmHg或舒张压下降10 mmHg, 即为体位性低血压。

人在站立时, 有300~800 cm³的液体会因重力重新分配到下肢。在健康成年人中, 颈动脉和右心房的压力

感受器会感知到压力下降,从而产生自主反射促进多种生理反应。而对于高血压患者来说,则可能会引起体位性低血压。

在大多数患者中,体位性低血压是自主神经反射受损、血容量不足或药物不良反应综合作用的结果。其中,药源性低血压需要特别注意:服用某些药物可能导致体位性低血压,并引起头晕、乏力、嗜睡、精神不振、心慌、胸闷、四肢麻木、眩晕甚至晕厥等。

二、体位性低血压的表现

发生体位性低血压的患者可能会出现头晕、黑矇等一过性脑缺血表现,但是一般都能在短时间内恢复,不会造成大脑的永久性损伤。然而,头晕发作时有较大的跌倒风险,老年人尤其需要注意。

此外,体位性低血压还与跌倒、骨折、晕厥、认知能力下降或痴呆、抑郁、虚弱和过早死亡相关,严重影响患者的生活质量。

三、容易引起体位性低血压的药物

李大爷吃的特拉唑嗪属于 α 受体阻断药,代表药物还包括多沙唑嗪,主要用于良性前列腺增生的治疗,通常在睡前服用;这种药物通过扩张血管可以产生降压效应,而且首次给药后的体位性血压下降可能更明显,对此需要特别注意。除此之外,可能导致体位性低血压的药物包括:

(1) 硝酸酯类药物如硝酸甘油、硝酸异山梨酯、单硝酸异山梨酯等,由于可以直接或间接地舒张血管,也可能导致体位性低血压。

(2) 常用的降压药物如氨氯地平、硝苯地平等,也可能导致体位性低血压,且多发生于老年患者中;与其他降血压药物合用时更要小心。

(3) 长期大量使用利尿剂如呋塞米、托拉塞米等,可能出现血容量不足、低血钠等不良反应,进而导致体位性低血压。

(4) 普萘洛尔、胺碘酮、奎尼丁等药物会抑制心肌收缩力,使心脏排血量减少,也可导致体位性低血压。

(5) 降糖药物如达格列净、恩格列净,可能导致体位性低血压,考虑与自主神经退变有关;若出现严重体位性低血压,应及时就医,更换药物。

(6) 抗精神病药物如氟哌啶醇、氯氮平、奥氮平、利培酮、喹硫平、阿立哌唑等,对脑内多巴胺 D_2 受体、 α 肾上腺素受体有阻断作用,可能引起体位性低血压的不良反应。抗抑郁药如阿米替林、米氮平,也会引起体位性低血压,且多见于老年人。

(7) 拟多巴胺药如苄丝肼左旋多巴、卡比多巴、左旋多巴,以及多巴胺受体激动剂如吡贝地尔、普拉克索,是帕金森病患者的常用药。用药早期易发生轻度体位性低血压;随着用药时间的延长,身体会逐渐适应,

所以,患者初始服药治疗时应从小剂量开始,且服药期间注意监测血压,尤其是老年患者。造成体位性低血压的原因较多,若明确为药物因素导致的体位性低血压,不能擅自改变用药剂量,也不可突然停药,需要在医生的指导下调整用药剂量或更换药物,以免加重病情。

四、体位性低血压的预防与治疗

1. 预防

我们要尽可能减少体位性低血压的发生,预防跌倒。在日常生活中,我们需要做到以下几点:

首先,起床时应缓慢,避免突然站立,可以先从卧位到坐位,再从坐位到站立位,站立后行走也不宜过久。我们可以牢记“起床三部曲”:醒来平躺30秒,之后静坐30秒,起来站立30秒。

其次,注意服用容易导致体位性低血压的药物后不要突然站起,最好静卧或静坐一会儿。

再次,还可以通过收紧腿部肌肉、下蹲或弯腰、使用腹带、穿弹力袜等方式减少淤血,增加站立位的心输出量,减少体位性低血压发生。

2. 治疗

确诊体位性低血压后,首先要减量或停用相关药物,此时大部分患者的血压可以逐渐回升至正常水平。症状严重者应当积极治疗并监测血压,必要时进行补液处理,纠正水电解质紊乱;或者考虑药物治疗。

药物治疗体位性低血压,尤其是神经源性的体位性低血压,可以考虑使用米多君。米多君是美国食品药品监督管理局(FDA)推荐治疗体位性低血压的一线药物。作为一种前体药物,其经过酶促水解,代谢为活性成分脱甘氨酸米托君,选择性地刺激外周 α 受体,使



血管收缩血压升高。米托君用于治疗成人体位性低血压的推荐剂量为2.5~10 mg，每天3次。不良反应包括紫癜、尿潴留、卧位高血压。注意定期监测卧位血压和立位血压，卧位血压升高过度即停用。对患高血压病或有心力衰竭病史的患者来说，米多君为首选药物，这是由于该药的半衰期很短，也不会导致过多的液体滞留。该药可维持2~3小时的升压效果。

除了米多君，治疗体位性低血压的药物还包括屈昔多巴、氟氢可的松等。

——屈昔多巴是无药理活性的去甲肾上腺素前体药，在体内由L-芳香胺酸脱羧酶直接代谢为去甲肾上腺素。用于改善多种疾病引起的体位性低血压所带来的头晕和昏厥。起始剂量为100 mg，每天3次，每隔3~7天递增剂量100 mg，直至适宜维持剂量。服用屈昔多巴前和增加剂量后注意监测仰卧血压。不良反应包括卧

位高血压、头痛、头晕及恶心，充血性心力衰竭、慢性肾功能不全者应谨慎使用。

——氟氢可的松为肾上腺盐皮质激素类药物，属于中效皮质类固醇，通过促进肾脏重吸收钠来扩大血容量。一般来说，用于体位性低血压的起始剂量是0.1 mg；但是，日剂量不应高于0.3 mg，以免发生药物引起的皮质类固醇样效应。不良反应包括卧位高血压、水肿、低血钾症、头痛，严重者可发生肾上腺功能抑制，心力衰竭、肾功能衰竭或严重高血压者应禁用。对非高血压病患者来说，氟氢可的松应该作为一线药物。

最后提醒大家，用药的时候一定要当心，使用药物前需要了解药物是否会导致体位性低血压，尤其是本身患有高血压的老年患者，在用降压药时更要注意，以防体位性低血压的发生！**药物与人**