



•论 著•

左旋氨氯地平 and 缬沙坦联合治疗糖尿病合并高血压患者的临床疗效及安全性评价

杨 彬

(湖南航天医院消化内分泌科 湖南长沙 410000)

摘要:目的: 探讨左旋氨氯地平 and 缬沙坦联合治疗糖尿病合并高血压患者的临床疗效及安全性。方法: 将 2015 年 12 月~2017 年 12 月期间于我院接受治疗的 200 例糖尿病合并高血压患者按照随机数字表法分为对照组与观察组, 各为 100 例。两组患者均首先停止使用降压药物 3d, 继续给予皮下注射胰岛素或者降糖类药物进行治疗。对照组仅给予缬沙坦治疗, 观察组在此基础上联合使用左旋氨氯地平进行治疗。比较两组临床疗效及安全性。结果: 观察组患者治疗后 SBP 及 DBP 水平较治疗前下降幅度均显著大于对照组 (P 均 < 0.05); 两组患者治疗后空腹血糖及餐后 2h 血糖水平平均分别显著低于治疗前, 且观察组患者治疗前后血糖水平变化程度显著大于对照组 (P 均 < 0.05); 观察组患者肝肾功能损伤、冠心病及心肌酶水平升高发生率均分别显著小于对照组 (P 均 < 0.05); 观察组患者治疗后生活质量评分量表各维度 (包括躯体功能、社会功能、心理功能、物质生活以及生活质量) 评分均分别显著高于对照组 (P 均 < 0.05)。结论: 左旋氨氯地平 and 缬沙坦联合治疗糖尿病合并高血压患者的临床疗效十分显著, 且安全性较高, 应加以推广、应用。

关键词: 糖尿病合并高血压; 左旋氨氯地平; 缬沙坦; 临床疗效; 安全性

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-216-02

0 引言

糖尿病是当今社会最为常见的一种慢性疾病, 其极易诱发其他方面的并发症, 其中一种最为常见的合并症就是高血压, 约占糖尿病所有合并症的 85% 以上 [1]。对于此种并发症而言, 鉴于高血压的发病特点, 需对患者进行长期给药, 同时还应该注意控制患者的血糖水平, 以有效预防其他合并症的产生。所有说, 应该更加注意合理化的用药, 本研究主要探讨了左旋氨氯地平 and 缬沙坦联合治疗糖尿病合并高血压患者的临床疗效及安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2015 年 12 月~2017 年 12 月期间于我院接受治疗的 200 例糖尿病合并高血压患者按照随机数字表法分为对照组与观察组, 各为 100 例。对照组的 100 例患者中, 男: 女为 63: 37; 年龄 32~77 岁, 平均 (52.29 ± 12.12) 岁; 高血压发病史 1~30 年, 平均 (10.21 ± 1.28) 年; 糖尿病病史 2~16 年, 平均 (8.77 ± 1.38) 年。观察组的 100 例患者中, 男: 女为 65: 35; 年龄 30~79 岁, 平均 (55.31 ± 12.28) 岁; 高血压发病史 1~31 年, 平均 (10.39 ± 1.25) 年; 糖尿病病史 2~16 年, 平均 (8.78 ± 1.33) 年。两组患者基线资料差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。两组患者均存在确切的糖尿病病史, 即均符合美国糖尿病协会上制定的相关标准, 高血压均符合 1999 年世界卫生组织关于高血压的相关诊断标准。

1.2 治疗方法

两组患者均首先停止使用降压药物 3d, 继续给予皮下注射胰岛素或者降糖类药物进行治疗。对照组仅给予海南皇隆制药股份有限公司生产的缬沙坦分散片, 给药剂量为每日 80mg; 观察组在此基础上联合使用浙江昂利康制药股份有限公司生产的左旋氨氯地平进行治疗, 给药剂量为每日 5mg, 缬沙坦给药剂量同对照组。两组患者疗程均为 12 周。每日测量血压一次, 如果治疗两周后患者血压未降至正常水平, 对照组缬沙坦分散片用药水平则增加到 160mg 每日, 观察组左旋氨氯地平片水平则增加到 10mg 每日。两组患者在治疗前两周, 停止使用对肾功能产生影响的药物。

1.3 观察指标

1.3.1 血压水平

应用迪姆软件 (北京) 有限公司动态血压检测仪 (型号为 DMS-ABP 型), 对两组患者治疗干预前后收缩压 (SBP) 及舒张压 (DBP) 水平进行测定分析。

1.3.2 空腹及餐后 2h 血糖水平

使用三诺安稳免调码型血糖仪对两组患者治疗前后空腹血糖及餐后 2h 血糖水平进行测定分析。

1.3.3 并发症发生情况

对两组患者相关并发症 (包括: 肝肾功能损伤、冠心病、心律失常及心肌酶水平升高) 的发生率进行对比观察。

1.3.4 生活质量评分方法

采用 GQOL-74 量表对两组患者治疗后生活质量进行评价, 主要包括如下 5 个方面的评分维度: 躯体功能、社会功能、心理功能、物质生活以及生活质量等方面的维度, 每个维度的满分为 80 分 [2]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件对数据加以统计分析, 计量与计数资料分别采用 “ $\bar{x} \pm s$ ” 及 “ n (%)” 的形式进行表示; $P < 0.05$, 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 SBP 与 DBP 水平对比

观察组患者治疗后 SBP 及 DBP 水平较治疗前下降幅度均显著大于对照组 (P 均 < 0.05), 见表 1:

表 1 两组患者治疗前后 SBP 与 DBP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	治疗时间	SBP	DBP
对照组 (n=100)	治疗前	173.23 ± 12.21	122.28 ± 10.32
	治疗后	146.56 ± 8.27a	98.98 ± 6.72a
观察组 (n=100)	治疗前	172.98 ± 12.08	123.03 ± 10.40
	治疗后	124.58 ± 7.33a, b	86.56 ± 5.54a, b

注: 与治疗前比较, a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, b $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后空腹血糖与餐后 2h 血糖水平对比

两组患者治疗后空腹血糖及餐后 2h 血糖水平平均分别显著低于治疗前, 且观察组患者治疗前后血糖水平变化程度显著大于对照组 (P 均 < 0.05), 见表 2:

表 2 两组患者治疗前后空腹血糖与餐后 2h 血糖水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	时间	空腹血糖	餐后 2h 血糖
对照组 (n=100)	治疗前	9.28 ± 0.87	15.27 ± 2.32
	治疗后	8.11 ± 0.72a	14.09 ± 2.27a
观察组 (n=100)	治疗前	9.32 ± 0.90	15.18 ± 2.29
	治疗后	5.67 ± 0.35a, b	11.78 ± 1.87a, b

注: 与治疗前比较, a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, b $P < 0.05$ 。

(下转第 218 页)



• 论 著 •

消化道出血是临床常见病,常因发病较急而又诊断不清危及患者生命。本试验对患者进行升压与扩容处理,对患者的初期临床症状判断患者可能的出血的部位,并对患者可能的出血部位进行临床造影诊断,然后根据出血部位和出血的动脉后再利用插管造影和栓塞技术进行治疗。50例患者经血管造影诊断后,均出现出血现象,其中39例采用栓塞治疗,11例采用注射加压素治疗,45例止血成功,有效率为90%。并且经过有效的治疗,50例患者均未出现肠管坏死或穿孔、肝功能衰竭、心律失常等严重并发症。39例动脉栓塞患者中1例出现弹簧圈异位,发生率为2.56%(1/39)。所以,本试验对消化道出血所采取的治疗措施得到了很好的临床效果,血管造影技术普遍用于临床各种疾病的诊断与治疗当中,有助于医生及时发现病情,控制病情进展,有效地提高了患者的生存率。介入治疗全程在影像设备的引导和监视下进行,能够准确地直接到达病变局部,同时又没有大的创伤,因此具有准确、安全、高效、适应证广、并发症少等优点,能很好的对消化道出血的病人进行治疗。现阶段,人们的生活水平得到了大幅度的提高,生活质量大大的提升,所以对于消化道病人我们能提供很好的护理条件。对于消化道出血的病人,我们需要提供安静、舒适的环境,注意病人的保暖;协助病人的日常基本生活,卧床休息至出血停止,保持充足的睡眠和休息;出血停止后适当的增加病人的室内活

(上接第216页)

2.3 两组患者并发症发生率对比 观察组患者肾功能损伤、冠心病及肌酐水平升高发生率均分别显著小于对照组(P 均 <0.05),见表2:

表3 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数(n)	肾功能损伤	冠心病	心律失常	肌酐水平
升高					
对照组	100	17 (17.00)	13 (13.00)	12 (12.00)	15 (15.00)
观察组	100	7 (7.00)	6 (6.00)	10 (10.00)	7 (7.00)
X ² 值		6.798	5.491	1.138	4.403
P值		0.023	0.032	0.094	0.035

2.4 两组患者治疗后生活质量评分对比 观察组患者治疗后生活质量评分量表各维度(包括躯体功能、社会功能、心理功能、物质生活以及生活质量)评分均分别显著高于对照组(P 均 <0.05),见表4:

表4 两组患者治疗后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能	社会功能	心理功能	物质生活	生活质量
观察组 (n=100)	78.33 ± 5.72	77.21 ± 6.708	79.29 ± 7.12	65.23 ± 5.45	76.68 ± 6.73
对照组 (n=100)	63.32 ± 3.99	65.12 ± 4.65	65.58 ± 6.37	52.97 ± 5.31	64.52 ± 5.65
t	4.467	5.228	6.756	3.111	4.890
P	0.035	0.031	0.024	0.046	0.033

3 讨论

近年来,随着人们生活水平地不断提升以及转变,糖尿病的患病率呈现出逐年升高。糖尿病对患者的生命安全产生了极大的影响,其中最为突出的一个影响就是大多数糖尿病患者均合并高血压。对此,应该强化对糖尿病合并高血压患者进行治疗,以改善患者预后状况、提高患者的生活质量。

动,并且逐渐增加其运动量,和病人商量好指定的运动计划,逐渐提高其活动耐力等。并且在适当的情况下,我们还需对患者进行健康教育,提醒患者保证正常的作息时间,不要熬夜,戒烟戒酒,生活要有规律。并且要定时到医院进行体检,以期发现早期病变。综上所述,在本试验中,50例患者经血管造影诊断后,均出现出血现象,其中39例采用栓塞治疗,11例采用注射加压素治疗,45例止血成功,有效率为90%,其可有效改善患者的症状,安全性高,应在临床上大力推广使用。

参考文献:

- [1] 卢武胜,费泽军,刘文秀,等. 消化道出血血管造影及介入治疗价值[J]. 介入放射学杂志, 2001, 10(3):138-140.
- [2] 张电波,肖湘生,欧阳强,等. 动脉性消化道出血的血管造影诊断和介入治疗[J]. 中国医学影像技术, 2001, 17(04):355-357.
- [3] 冯敢生,凌华,杨建勇,等. 24例动脉性消化道出血的选择性和超选择性血管造影及介入治疗分析[J]. 中国实用外科杂志, 1996(06).
- [4] 李家平,谭国胜,黄勇慧,等. 数字减影血管造影与介入治疗在胃肠道动脉性出血中的应用价值[J]. 中华胃肠外科杂志, 2009, 12(3):252-256.
- [5] 高健,金龙,陈雷,等. 血管造影和栓塞在消化道出血诊治中的应用[J]. 中国医学影像技术, 2008, 24(06):920-923.

氨氯地平属于钙离子通道拮抗剂(CCB),在进入人体后会抑制钙离子进入血管平滑肌和心肌细胞内,减轻血管平滑肌张力,降低心肌收缩力的效果,从而达到降低血压的效果。而且氨氯地平药效稳定、药效持久,可保护血管内皮结构和功能的完整性[3],同时对血管平滑肌细胞增生及心肌肥厚均有抑制作用,能减轻颈动脉内膜中层厚度,有效地降低心脑血管并发症的发生。另外,氨氯地平不会影响糖、脂代谢,而且有抗动脉粥样硬化的作用,适用于合并糖尿病的高血压患者。缬沙坦属于强效血管紧张素II受体拮抗剂(ARB),能阻断血管紧张素II与受体结合,抑制患者胰岛素抵抗(IR)效果,而且缬沙坦能降低血脂水平,减轻左心室肥厚,改善心功能,防止动脉粥样硬化等作用[4]。另外,缬沙坦还能降低糖尿病肾病的发生风险,因此可以作为糖尿病合并高血压患者的常规治疗用药。本结果显示:观察组患者治疗后SBP及DBP水平较治疗前下降幅度均显著大于对照组(P 均 <0.05);两组患者治疗后空腹血糖及餐后2h血糖水平均分别显著低于治疗前,且观察组患者治疗前后血糖水平变化程度显著大于对照组(P 均 <0.05);观察组患者肾功能损伤、冠心病及肌酐水平升高发生率均分别显著小于对照组(P 均 <0.05);观察组患者治疗后生活质量评分量表各维度(包括躯体功能、社会功能、心理功能、物质生活以及生活质量)评分均分别显著高于对照组(P 均 <0.05)。上述结果与相关文献报道结果相符[5-6]。

综上所述,左旋氨氯地平联合缬沙坦治疗糖尿病合并高血压患者的临床疗效十分显著,且安全性较高,应加以推广、应用。

参考文献:

- [1] 牛连英,张丽娜,赵晓静.左旋氨氯地平联合缬沙坦治疗老年高血压合并2型糖尿病32例[J].中国药业,2013,22(17):79-81.
- [2] 郝果玲.苯磺酸左旋氨氯地平片联合缬沙坦治疗原发性高血压合并糖尿病的临床观察[J].实用医技杂志,2013,20(08):888-889.
- [3] 罗冬青.用缬沙坦联合左旋氨氯地平治疗糖尿病肾病合并高血压的疗效观察[J].求医问药(下半月),2013,11(07):82-84.
- [4] 林仿.缬沙坦/氨氯地平复方制剂治疗2型糖尿病合并高血压的疗效观察[J].心脑血管病防治,2012,12(06):498-499.
- [5] 颜金秀,宋建国.氨氯地平联合缬沙坦治疗糖尿病合并高血压的疗效分析[J].中外医学研究,2013,11(30):14-15.
- [6] 许家本,苏文源,张宝红.贝那普利联合氨氯地平治疗高血压心力衰竭的疗效观察[J].中国医学创新,2014,11(26):34-36.