

缬沙坦或替米沙坦与氨氯地平联合治疗原发性高血压的临床疗效探讨

周 茜

邵阳学院附属第二医院心血管内科 湖南邵阳 422000

【摘要】目的 探讨缬沙坦或替米沙坦与氨氯地平联合治疗原发性高血压的临床疗效。**方法** 抽取至我院就诊的原发性高血压疾病患者 120 例, 收治的时间段为 2016.1.20-2017.1.20, 其中一组单纯采取氨氯地平治疗, 另外一组采取氨氯地平联合缬沙坦治疗, 对比两组的临床疗效。**结果** 治疗前两组的血压水平无明显差异, $P > 0.05$, 治疗后实验组的降压效果相比常规组明显更佳, $P < 0.05$; 实验组与常规组的治疗总有效率分别为 95.00% 与 80.00%, $P < 0.05$; 实验组与常规组的不良反应发生率分别为 5.00% 与 6.67%, $P > 0.05$ 。**结论** 对原发性高血压疾病患者采取缬沙坦联合氨氯地平进行治疗的效果显著, 便于改善患者的临床症状, 达到良好的降压效果, 值得采纳。

【关键词】 原发性高血压; 缬沙坦; 氨氯地平

【中图分类号】 R544.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 06-106-02

原发性高血压是导致心脑血管疾病患者死亡的重要因素, 若采取积极有效的降压治疗方案, 便于帮助患者将该类疾病的发病率、死亡率明显降低, 达到良好的降压效果^[1]。为此, 本次研究分别采取不同的药物进行治疗, 分析其应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取至我院就诊的原发性高血压疾病患者 120 例, 收治的时间段为 2016.1.20-2017.1.20, 所有患者疾病均获得确诊, 收缩压水平大于等于 140mmHg, 舒张压水平大于等于 90mmHg, 对本次研究均知情同意; 同时将严重心脑血管疾病、妊娠期与哺乳期、糖尿病、精神病、肝肾功能不全、对本次药物过敏的患者均排除。

依照入院的次序进行分组, 每组均 60 例。常规组: 男性与女性分别占据 32 例与 28 例, 年龄区间为 45-85 岁, 平均 (65.82±2.34) 岁; 发病时间为 2-21 年, 平均 (10.26±2.31) 年; 实验组: 男性与女性分别占据 31 例与 29 例, 年龄区间为 46-84 岁, 平均 (65.96±2.15) 岁; 发病时间为 2-20 年, 平均 (10.44±2.12) 年。对比两组高血压患者的相关资料无明显的差异, $P > 0.05$, 可比性良好。

1.2 方法

对常规组患者单纯采取氨氯地平治疗, 对实验组患者采取氨氯地平联合缬沙坦治疗。

所有患者入院后, 将对高血压疾病造成影响的药物均连续停止 2 周, 之后采用血压计对血压水平进行检测, 检测次数应 ≥ 3 次, 将检测的平均值作为用药前的血压水平, 之后

在治疗期间, 每个周末服用药物时检测的血压值为用药后的血压。

常规组: 给予苯磺酸左旋氨氯地平片 (浙江昂利康制药有限公司; H20083460) 口服, 每次 2.5mg, 每日 1 次; 实验组在此基础上加用缬沙坦 (常州四药制药有限公司; H20070118) 口服, 每次给药 80mg, 每日 1 次, 连续观察 8 周时间。

1.3 观察指标与判定标准

对比两组患者治疗后的临床疗效。显效表示坐位的舒张压下降程度大于等于 10mmHg 且小于等于 20mmHg, 降低至正常范围; 有效表示坐位的舒张压下降幅度低于 10mmHg, 但是未下降至正常的水平; 无效表示未达到上述治疗效果^[2]。

对比两组患者治疗前后的舒张压、收缩压水平。

对比两组患者治疗后的不良反应发生率。

1.4 统计学处理

选择 SPSS17.0 的统计学软件记录两组原发性高血压疾病患者的相关资料, 治疗总有效率与不良反应发生率用百分比、率表示, χ^2 检验比较, 治疗前后的血压水平用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, T 检验比较, 若组间数据差异显著以 $P < 0.05$ 进行表示。

2 结果

2.1 血压变化情况

下表 1 可知, 治疗前两组血压水平无明显的差异, $P > 0.05$; 治疗后两组血压均有所改善, 且以实验组的改善程度更为显著, $P < 0.05$ 。

表 1: 常规组与实验组的血压变化情况分析 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

分组	收缩压		舒张压	
	给药前	给药后	给药前	给药后
常规组 (n=60)	160.58±8.47	130.65±8.25	103.69±5.86	86.74±5.20
实验组 (n=60)	161.12±8.96	121.41±8.55	103.98±5.67	75.96±4.85

2.2 临床疗效

高, $P < 0.05$ 。

下表 2 可知, 实验组的治疗总有效率相比常规组明显更

表 2: 常规组与实验组的临床疗效分析 [n (%)]

分组	治疗显效	治疗有效	治疗无效	总有效率 (%)
常规组 (n=60)	37 (61.67)	11 (18.33)	12 (20.00)	80.00
实验组 (n=60)	49 (81.67)	8 (13.33)	3 (5.00)	95.00

2.3 不良反应

下表 3 可知, 常规组与实验组的不良反应发生率比较无明显的差异, $P > 0.05$ 。

表 3: 常规组与实验组的不良反应情况分析 [n (%)]

分组	头痛	面部潮红	踝部水肿	总发生率 (%)
常规组 (n=60)	1 (1.67)	2 (3.33)	1 (1.67)	6.67
实验组 (n=60)	1 (1.67)	1 (1.67)	1 (1.67)	5.00

3 讨论

分析目前临床上较为常见的降压药物主要包括血管紧张素转换酶抑制剂、钙拮抗剂、利尿药、血管紧张素受体拮抗剂、 β 受体阻滞剂等^[3]。

为了帮助患者血压达到合格的标准, 许多患者需要采取联合用药原则, 帮助患者尽早改善临床症状。其中氨氯地平属于一类长效二氢吡啶类钙通道拮抗剂, 可对细胞膜的慢钙通道进行有效阻滞, 进而阻挡钙离子进入细胞内; 便于帮助患者降低钙离子的浓度, 以防钙离子、调钙素进行结合, 导致调钙素降低了复合物的生成量, 降低了激活剂球蛋白氢链的能力, 减弱了肌动蛋白和肌球蛋白相互之间的作用, 便于松弛血管的平滑肌, 从而获得良好的降压效果^[4]。

缬沙坦属于一类血管紧张素受体拮抗剂, 可将 (AT) II 受体导致的醛固酮合成与分泌量减少, 减少血管升压素的分泌量, 利于血管的舒张, 将上述两种药物联合用于高血压疾病患者中, 便于有效降低血压水平^[5]。有关研究指出^[6], 氨氯地平属于新一代长效钙离子拮抗剂, 作用时间较长, 起效较慢, 给药方式简便, 药物安全性高等, 用于高血压疾病患者的治疗中, 不良反应较少。本次研究对常规组单纯采取氨

氯地平治疗, 对实验组采取氨氯地平联合缬沙坦治疗, 结果显示, 治疗后实验组的降压效果明显优于常规组, 两组不良反应发生率均较低, 且实验组的治疗总有效率明显高于常规组, 说明采用联合用药方式更为受用。

综上所述, 对原发性高血压疾病患者采取缬沙坦联合氨氯地平进行治疗的效果显著, 便于改善患者的临床症状, 达到良好的降压效果, 值得采纳。

【参考文献】

- [1] 宁文奇. 缬沙坦联合氨氯地平治疗社区老年原发高血压合并糖尿病疗效观察 [J]. 山东医药, 2013, 53(24): 57-58.
- [2] Gkaliagkousi, E., Gavrilaki, E., Nikolaidou, B. et al. Association between cardiotrophin 1 levels and central blood pressure in untreated patients with essential hypertension [J]. American Journal of Hypertension, 2014, 27(5): 651-655.
- [3] 方佳萍. 缬沙坦联合氨氯地平治疗社区老年原发性高血压合并糖尿病的临床效果 [J]. 中国处方药, 2017, 15(8): 55-56.
- [4] Gkaliagkousi, E., Gavrilaki, E., Yiannaki, E. et al. Platelet activation in essential hypertension during exercise: Pre- and post-treatment changes with an angiotensin ii receptor blocker [J]. American Journal of Hypertension, 2014, 27(4): 571-578.
- [5] 周邵玮, 袁毅, 毕莹等. 缬沙坦与氨氯地平联合用药治疗原发性高血压的疗效 [J]. 武警医学, 2014, 25(8): 774-776, 779.
- [6] Wang, Hao, Liu, Jielin, Liu, Kuo et al. beta 1-adrenoceptor gene Arg389Gly polymorphism and essential hypertension risk in general population: a meta-analysis [J]. Molecular biology reports, 2013, 40(6): 4055-4063.

(上接第 105 页)

性输血反应、发热反应。其中过敏反应发生的比例最高, 血浆中含有免疫抗体, 因此过敏反应的发生率相对较高, 大多数患者停止输血 48-72 小时后症状消失。对于此类患者, 应首先询问有无过敏史, 有过敏史的患者在输血前半小时口服抗组胺药物, 或者输注洗涤的血液制品; 其次, 不使用有过敏史的献血者血浆; 最后还可以使用输血加温器预防冷球蛋白血症引起的过敏反应^[5]。发热反应的机制是外源性致热源进入机体激活白细胞产生内源性致热源, 内源性致热源透过血脑屏障作用于体温调节中枢, 体温定点上移, 这样致使体温低于调节点感受阈值, 通过神经调节, 使散热反应减弱, 产热活动增强, 于是出现寒战, 发热等临床表现。对于易患发热性非溶血性输血反应的受血者, 在输血前可用抗致热源性药物, 如阿司匹林等, 能有效减轻发热的程度。

引起输血不良反应的各种血液成分中, 主要发生在输注红细胞、血浆和浓缩血小板中, 其它成分均无输血不良反应。究其原因, 可能有以下几个因素: 1. 由于我院血小板输注最常见于血液系统疾病患者, 多数患者是反复输注, 且输注需要 6 人份以上手工血小板混合输注, 所以受血者体内产生抗体的几率大幅增加, 导致输血不良反应发生比例较高。本地区中心血站于 2017 年才提供单采血小板, 病例较少, 可能是此次调查未发现输注单采血小板的患者发生输血不良反应的一个原因。2. 输注血浆的患者, 输血不良反应发生率为 0.18%。可能的原因为, 一是血浆中含有较多的免疫球蛋白, 导致受

血者体内的补体被激活; 二是由于受血者往往是大量或多次输注, 由此导致了不良反应的发生率较高。3. 单采血小板、洗涤红细胞、冷沉淀因为输注量较小, 此次调查中均无不良反应发生。

综上所述, 输血治疗是一把“双刃剑”。它既可以挽救患者生命, 又会给患者带来风险, 一方面临床医务人员要加强输血知识的学习, 严格掌握输血指征, 早发现, 早干预, 及时向输血科通报不良反应情况, 与输血科共同调查, 分析原因以确定进一步的处理、治疗方案。另一方面每一位输血科工作人员必须了解并掌握全血及血液成分输注时发生的输血不良反应, 努力做好安全合理用血, 协助临床医务人员规避输血风险, 减少不良反应的发生, 提高输血疗效。

【参考文献】

- [1] 付涌水, 钱开城, 陆志刚. 临床输血 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 280-299.
- [2] 滕方, 张燕, 孙桂香, 等. 我国三甲医院输血不良反应发生率的 Meta 分析 [J]. 中国循证医学杂志, 2015, 15(3): 282-289.
- [3] 林静霞, 任俊, 肖帆, 等. 输血不良反应的临床特点及影响因素分析 [J]. 中国输血杂志, 2015, 28(3): 291-294.
- [4] 胡丽华. 临床输血学检验 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 1.
- [5] 许建荣, 李聚林, 江朝富等. 血站技术手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 301-302.