

晨服氯沙坦和氨氯地平对于高血压的综合效果对比分析

仲跻凤 刘文爱

济南高新区龙园社区卫生服务站全科 250100

【摘要】目的 探讨和分析高血压患者晨服氯沙坦与氨氯地平治疗的效果。**方法** 以2018年3月至2019年2月接受治疗的132例高血压患者为本次研究对象并实施随机分组, 参照组(n=66)患者采用氯沙坦治疗, 观察组患者采用氨氯地平与氯沙坦联合治疗, 对比2组患者降压效果。**结果** 治疗前患者收缩压及舒张压水平组间无显著差异, $P>0.05$, 治疗后观察组患者收缩压及舒张压均较参照组低, $P<0.05$ 。观察组患者病情总好转率为98.48%, 参照组患者病情总好转率为86.36%, 观察组病情总好转率显著高于参照组, $P<0.05$ 。**结论** 高血压患者晨服氯沙坦与氨氯地平联合治疗降压效果明显优于单一药物治疗。

【关键词】 氯沙坦; 氨氯地平; 高血压; 综合治疗效果**【中图分类号】** R544.1**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2019) 09-007-02

高血压临床特征表现为持续性动脉血压升高, 为冠心病及脑梗塞等多种心脑血管疾病的重要危险因素, 因此, 临床必须对降压效果加强关注并为学生提供针对性治疗。此次研究以高血压患者132例为研究对象, 均自2018年3月至2019年2月接受治疗, 探讨患者晨服氯沙坦及氨氯地平的疗效, 如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

以132例高血压患者为本次研究对象, 纳入标准: 病情与《中国高血压防治指南(2010年版)》相关诊断标准想相符; 入组患者对本研究有知情权并在知情同意书上签字。排除标准: 合并心、肺、肝、肾功能障碍患者; 合并全身重度感染性疾病患者; 中途脱落患者^[1]。对纳入患者实施随机分组, 观察组(n=66)男性36例, 女性30例, 年龄32至86周岁, 平均年龄(45.67±6.11)岁, 参照组(n=66)男性37例, 女性29例, 年龄31至87周岁, 平均年龄(46.15±6.09)岁。两组患者基本资料经对比组间无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法

参照组患者采用氯沙坦治疗, 晨服50mg, 每日1次, 1个月/疗程, 连续治疗3个疗程。观察组患者采用氨氯地平

与氯沙坦联合治疗, 氯沙坦服用时间、剂量及频率同参照组患者, 每日晨服5mg氨氯地平, 每日1次, 1个月/疗程, 连续用药3个疗程^[2]。

1.3 评价指标

(1) 对比治疗前后患者收缩压(SBP)及舒张压水平(DBP);

(2) 疗效评价标准, 改善: 用药后患者舒张压低于85mmHg且收缩压低于130mmHg; 好转: 用药后患者舒张压下降幅度不低于20mmHg或者舒张压下降幅度超过10mmHg且血压明显下降; 无效: 用药后患者舒张压下降幅度低于20mmHg或者舒张压下降幅度低于10mmHg, 血压仍未恢复正常。

1.4 统计学方法及分析

本研究所用统计学软件为SPSS19.0, 百分率(%)表示计数资料, 均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料, 应用独立样本t检验进行组间对比, 通过 χ^2 检验进行组间对比, $P<0.05$, 组间存在显著性差异。

2 结果

2.1 治疗前后患者血压水平组间对比

治疗前患者收缩压及舒张压水平组间无显著差异, $P>0.05$, 治疗后观察组患者收缩压舒张压均较参照组低, $P<0.05$, 见表1。

表1: 治疗前后患者血压水平组间对比 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

分组	治疗前		治疗后	
	DBP	SBP	DBP	SBP
观察组 (n=66)	83.42±7.84	143.24±5.19	78.67±2.52	120.34±1.50
参照组 (n=66)	82.76±7.79	142.79±5.20	88.78±2.74	134.25±1.47
t	1.075	0.961	7.201	5.679
P	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 临床治疗效果组间对比

总好转率为86.36%, 观察组病情总好转率显著高于参照组, 观察组患者病情总好转率为98.48%, 参照组患者病情

$P<0.05$, 见表2。

表2: 临床治疗效果组间对比 [n (%)]

分组	改善	好转	无效	总好转率
观察组 (n=66)	39 (59.09)	26 (39.39)	1 (1.52)	65 (98.48)
参照组 (n=66)	30 (45.45)	27 (40.91)	9 (13.64)	57 (86.36)
χ^2				5.713
P				<0.05

3 讨论

高血压具有临床发生率高、病程长等特点, 若患者血压长期得不到有效控制, 容易加大其罹患肾脏病、脑卒中以及冠心病等心脑血管疾病的风险, 极大地干扰患者的正常生活^[3]。

临床主要采取药物降压措施, 氯沙坦为临床常用抗高血

压药物, 对血管紧张素与受体结合可发挥阻断作用, 能够取得较好的心血管收缩预防效果^[4], 该药物具有较好的耐受度且用药安全性以及生物利用率较高, 降压效果较为理想^[5]。氨氯地平进入机体后可对血管平滑肌发挥直接作用, 有助于使外周血管阻力得到明显降低并显著减少心肌耗氧量并扩张

(下转第10页)

同时与成人科室相比,儿科接诊人数保持高位,医生工作量超负荷。但由于儿科用药少,耗材少,大型检查少,盈利能力弱,儿科医生收入必然不高。中华医学会儿科分会的一项调查显示,儿科医生的平均工作量为非儿科医生的1.68倍,而收入只占其76%^[11]。加之其服务对象特殊,医患矛盾突出,存在较高的医疗风险。因此由于利益导向机制作用,儿科便成为了医疗机构中的“边缘科室”。

而又由于我国儿科医疗服务资源配置是市场驱动配置模式^[7],政府未充分发挥其调节作用解决资源配置水平差异。因此医疗资源分布总体呈向三级医疗机构集中状态,基层医疗机构儿科专资源极其匮乏,资源配置结构倒置。

3.3 对策和建议

近几年随着儿科医生短缺引起广泛关注,我国各高校又逐步恢复儿科学专业,以此为“开源”路径,来堵住儿科医生的巨大缺口。事实上,加大人才培养只是最为基础的一面,更为根本的应该是通过深化医疗体制改革,重建合理的人事薪酬制度来吸引人才。卫生行政管理部门还应合理设置各项倾斜性政策,如增加儿科医生编制,放宽基层医生职称晋升条件^[7],调整儿科医疗服务价格等方式缓解儿科困境。

同时,可通过建立区域内儿科医联体^[12]方式,将优质儿科医疗资源下沉,优化儿科资源配置。在此基础上加大基层儿科医生培养力度,形成有序的分级诊疗格局。

需要注意的是,儿童健康发育主要依靠家长,提高家长对健康的认识和科学知识水平是保证儿童健康发育的关键^[13]。儿科医护人员应担负起健康教育者角色,通过多种形式加强儿童健康知识宣教,增强家长儿童保健意识与科学育儿能力,促进儿童健康成长。

综上所述,面对二胎政策下南充市儿科发展困境,各主体应打好组合拳,才能缓解儿童医疗卫生资源短缺问题,实现保障每个儿童获得基本医疗卫生保健目标。

参考文献

- [1] 四川省卫生健康委员会.2017四川卫生健康统计年鉴[M].成都:西南交通大学出版社,2018.
- [2] 四川省卫生健康委员会.2018年四川省卫生健康事业发展统计公报[EB/OL].<http://wsjkw.sc.gov.cn/xx/tjxx/tjnj/>
- [3] 赵亚茹.基于两孩政策实施下全国儿科资源配置与服务现状分析[J].中国卫生产业,2017,14(26):163-165
- [4] 四川省统计局.2018年四川省人口统计公报[EB/OL].http://tjj.sc.gov.cn/sjfb/tjgb/201903/t20190319_277120.html
- [5] 刘崇海,皮光环,康迁,等.四川省南充市儿科医疗现状调查分析[J].川北医学院学报,2015,30(01):109-111.
- [6] 金心蕊,任元鹏,姜柏生.全面二孩政策下儿科医疗服务困境分析及改善措施初探[J].江苏卫生事业管理,2016,27(06):45-47.
- [7] 北京医学会儿科学分会.北京市医疗机构儿科医疗资源现状调查[J].北京医学,2016,38(11):1185-1190.
- [8] 胡文玲,王晓颖,金曦,等.中国儿科人力资源配置现状及公平性分析[J].中国公共卫生,2016,32(04):435-439.
- [9] 徐书贤.儿科:最迫切的民生焦虑[J].中国医院院长,2018(11):48-56.
- [10] 冯文.我国儿科医疗服务状况分析[J].中国医院,2012,16(08):19-21.
- [11] 雷明明,刘友学,郁晓霞,等.“全面二孩”政策背景下儿科医生紧缺的对策研究[J].重庆医学,2017,46(34):4871-4873.
- [12] 徐婕,翟晓文,王艺,等.以学科为纽带的儿科医疗联合体的实践和创新[J].中国卫生资源,2017,20(04):349-351.
- [13] 黎海芪.实用儿童保健学[M].北京:人民卫生出版社,2016:26

(上接第6页)

[1] 周锡明,王禹鑫,张弛,任烨,蔡彪.CT系统高级扫描方式的图像质量测量方法[J/OL].中国医学装备,2019(09):23-27[2019-09-25].

[2] 林涛,倪昕晔,高留刚,睦建锋,谢凯,常树全.不同放疗定位CT扫描条件对气管支架图像质量影响的研究[J].中国医疗设备,2019,34(08):85-88.

(上接第7页)

冠状动脉,可使患者心肌供氧量得到明显增加,从而取得降压效果^[6]。

此次研究中,治疗前患者收缩压及舒张压水平组间无显著差异, $P>0.05$,治疗后观察组患者收缩压及舒张压均较参照组低, $P<0.05$ 。观察组患者病情总好转率为98.48%,参照组患者病情总好转率为86.36%,观察组病情总好转率显著高于参照组, $P<0.05$ 。

综上所述,与单一用药相比,高血压患者联合应用氯沙坦与氨氯地平降压效果更加理想,病情缓解效果更佳。

参考文献

[1] 杨慧.氯沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并糖尿病患者对其血压、血糖水平影响观察[J].中国保健营养,

[3] 吴柯薇,钟朝辉,王振常,袁颖,秦翔宇,李妍.宽体探测器CT不同扫描方式对胸部低剂量CT图像质量及辐射剂量的影响[J].中国医疗设备,2019,34(08):93-96.

[4] 刘迎军.图像扫描技术改进对CT扫描图像质量的影响[J].医疗装备,2019,32(02):66-67.

[5] 李红琼.图像扫描改进技术在CT扫描过程中的应用及效果探讨[J].基层医学论坛,2018,22(10):1398-1399.

2019,29(9):278.

[2] 程伟.缬沙坦/氨氯地平复方制剂治疗社区中重度高血压的临床效果分析[J].中国实用医药,2019,14(23):82-84.

[3] 杨洁.氯沙坦、氨氯地平在高血压伴糖尿病治疗中的效果分析[J].中国社区医师,2019,35(8):88-89.

[4] 陶然.苯磺酸氨氯地平联合氯沙坦钾睡前给药治疗非杓型高血压的临床疗效及药学分析[J].临床合理用药杂志,2019,12(3):64-65.

[5] 顾佩红.氯沙坦、氨氯地平在高血压伴糖尿病治疗中的效果比较[J].糖尿病新世界,2017,20(2):102-103.

[6] 沈维华.苯磺酸氨氯地平联合氯沙坦钾氢氯噻嗪对老年难治性高血压患者进行治疗的效果[J].当代医药论丛,2019,17(7):145-146.