

高血压合并主动脉夹层患者血压控制状况分析

张 奎

甘肃省华亭市第一人民医院 744100

【摘要】目的 探讨高血压合并主动脉夹层患者血压控制状况分析。**方法** 选取 2019 年 2 月-2020 年 2 月的医院接受的患有高血压合并主动脉夹层的患者 60 例作为研究对象,随机分成观察组(n=30 例)和对照组(n=30 例),对照组采用常规降压药物进行治疗,观察组采用降压药物联合 β 受体阻滞剂进行治疗,治疗后,对患者的临床治疗效果进行评估,比较两组患者治疗前后血压以及血脂变化。**结果** 两组治疗前血压情况无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组平均收缩压,舒张压均低于对照组($P<0.05$),治疗前,两组患者 TC, LDL-C, TG, HDL-C 差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者 LDL-C 和 TG 浓度均高于对照组($P<0.05$), TC、HDL-C 相比无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 在高血压合并主动脉夹层患者中采用药物联合 β 受体阻滞剂治疗,可以改善血压情况,能够提高患者治疗依从性,能够控制血脂指标水平,能够提高治疗有效率,值得推广。

【关键词】 高血压; 主动脉夹层; 血压控制**【中图分类号】** R544.1**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1005-4596 (2021) 01-008-02

高血压是临床常见的心血管类疾病,主要发生原因包括脑卒中,心力衰竭等症状,严重危害患者的生命健康^[1]。主动脉夹层属于临床急性主动脉类疾病,若不及时治疗会产生破裂导致死亡。但是,探讨高血压合并主动脉夹层患者血压控制状况分析的研究较少,因此,本研究以采用强化健康宣教进行护理的精神科的患者作为对象,探讨高血压合并主动脉夹层患者血压控制状况分析的疗效观察,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2019 年 2 月-2020 年 2 月的医院接受的患有高血压合并主动脉夹层的患者 60 例作为研究对象,随机分成观察组(n=30 例)和对照组(n=30 例),对照组,男 16 例,女 14 例,年龄(65-86)岁,平均年龄(71.24 $\pm$ 5.77)岁;病史(2-10)年,平均(5.13 $\pm$ 0.38)年;。观察组,男 15 例,女 15 例,年龄(66-84)岁,平均年龄(68.16 $\pm$ 4.56)岁,病史(3-14)年,平均病程(4.96 $\pm$ 0.63)年。

1.2 方法

对照组采用降压药物治疗,医护人员给予患者硝普钠持续静脉滴注,将患者收缩压控制在 120mmHg 以下,若患者血压不稳定可采取口服药物进行控制^[2]。

观察组采用降压药物联合 β 受体阻滞剂进行治疗,医护人员给予患者口服美托洛尔 100mg,若患者合并有支气管哮喘症状禁止使用。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患者治疗前后血压。服药前 3 天每日测血压 1 次,取 3 天血压平均值为治疗前基础血压。治疗期间每

两周复测血压。血压测量均取坐位右上肢,采用汞柱式血压计,反复测量 2 次,每次间隔 30s 为准。

(2) 比较两组患者治疗前后血脂变化。主要包括 TG(甘油三酯)、LDL-C(低密度脂蛋白胆固醇)、TC(总胆固醇)、HDL-C(高密度脂蛋白胆固醇)。治疗前后医护人员采集患者空腹时五毫升静脉血并进行十分钟离心操作,采取速率法进行检测。

1.4 统计分析

用 SPSS22.0 软件处理,计数资料采用 n(%) 表示, χ^2 检验,计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,t 检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者治疗前后血压

两组治疗前血压情况无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组平均收缩压,舒张压均低于对照组($P<0.05$),见表 1。

表 1: 两组治疗前后血压比较(mmHg, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	平均收缩压	平均舒张压
观察组	30	治疗前	158.03 $\pm$ 5.82	112.12 $\pm$ 7.24
		治疗后	121.43 $\pm$ 8.31 ^{ab}	89.36 $\pm$ 5.37 ^{ab}
对照组	30	治疗前	158.23 $\pm$ 5.15	113.43 $\pm$ 6.82
		治疗后	134.60 $\pm$ 7.35 ^a	96.73 $\pm$ 3.24 ^a

与治疗前相比^a $P<0.05$;与对照组相比^{ab} $P<0.05$ 。

2.2 比较两组患者治疗前后血脂变化

治疗前,两组患者 TC, LDL-C, TG, HDL-C 差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者 LDL-C 和 TG 浓度均高于对照组($P<0.05$),TC、HDL-C 相比无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 比较两组患者治疗前后血脂变化(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

组别	TC		LDL-C		TG		HDL-C	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	5.10 $\pm$ 0.36	5.69 $\pm$ 0.35	2.21 $\pm$ 1.05	3.14 $\pm$ 2.50	1.87 $\pm$ 0.42	1.25 $\pm$ 0.43	1.55 $\pm$ 0.14	1.46 $\pm$ 0.55
对照组	5.11 $\pm$ 1.44	5.68 $\pm$ 0.37	2.35 $\pm$ 1.22	2.54 $\pm$ 2.40	1.88 $\pm$ 0.36	1.24 $\pm$ 0.34	1.58 $\pm$ 0.23	1.48 $\pm$ 0.17
t	1.103	1.264	1.296	9.246	1.451	10.364	1.521	1.687
P	0.996	0.984	0.972	0.016	0.853	0.010	0.810	0.009

3 讨论

高血压属于心血管疾病,该类疾病治疗病程较长,术后复发率较高,患有该类症状的患者主要病情表现为体内血压升高不稳,患者会伴有心脏以及肾脏功能的异常情况^[3]。高血压合并主动脉夹层的患者会使体内血流从内膜口进入中膜,

导致主动脉壁间分离而造成真假腔室。本研究中,治疗后,观察组平均收缩压,舒张压均低于对照组($P<0.05$),说明在高血压合并主动脉夹层患者中采用药物联合 β 受体阻滞剂治疗,可以改善血压情况,能够提高患者治疗依从性。患有

(下转第 11 页)

手术组 IPSS 评分、QOL 评分、PVR 以及 Q-max 均优于常规组, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。见表 2:

表 2: 2 组 IPSS 评分、QOL 评分、PVR 以及 Q-max 的变化情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	IPSS 评分	QOL 评分	PVR (ml)	Q-max (ml/s)
手术组	42	8.21 $\pm$ 3.05	8.53 $\pm$ 2.39	32.32 $\pm$ 9.28	21.34 $\pm$ 8.34
常规组	42	15.68 $\pm$ 8.55	4.52 $\pm$ 1.55	42.25 $\pm$ 10.41	14.58 $\pm$ 2.74
T 值	--	5.333	9.123	4.615	4.991
P 值	--	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

前列腺增生疾病是临床上较为常见的一种男性疾病, 伴随我国人口老龄化趋势的不断加剧, 我国发病例数正在呈现逐渐增加的趋势。目前, 前列腺增生疾病的发生机制尚未明确, 大部分学者认为患者体内雄激素和雌激素水平失衡存在一定关联。雄激素睾酮与酶相互作用的作用下, 将会转变为双氢睾酮, 这一因素与患者体内激素缺少等原因将会导致患者雌激素增多, 进而刺激患者前列腺出现肥大、增生的情况, 直接对患者尿道以及膀胱造成压迫, 引发患者出现排尿困难、尿血、尿频以及尿不尽等一系列不良反应。目前, 临床上对于排尿困难、影响正常生活的患者而言, 则需要及时提供对症治疗。对于尿路梗阻以及身体情况较差的患者而言, 则需要采取药物或者保守治疗。但是对于临床症状较为严重或者对于保守治疗效果并不理想的患者而言, 则需要采取手术治疗。

与传统电刀手术治疗方法相比较而言, 经尿道前列腺电切除术主要是通过高频电流所发出的功率以及改变切割形态的方式, 具有极高的切除率, 在实际手术的过程中, 具有术野清晰、术中出血量少、创口小等优势, 对于前列腺的位置、体积以及病变形态清晰可见, 精确定位手术位置。传统的电

切手术在操作过程中将会切除大块腺体, 进而导致手术难度增加, 而经尿道电切术的功率较小, 减少闭孔神经反射的发生, 电切术的切术过程较为精细, 对于前列腺尖端的修复较为仔细和精确, 能够准确把握前列腺尖端的切割力度, 在一定程度上避免了手术切术意外的发生, 止血处理更为方便快捷, 极大程度减少出血事件的发生, 因此, 具有极高的安全性和有效性。由于经尿道电切术操作较为便捷、简单, 对于患者所造成的痛苦较为轻微、损伤较小、恢复快等特点, 对于患者自身身体素质的要求较低, 相应做好手术前期准备和处理, 将会利于广大患者的接受和应用, 预后效果较为理想^[2]。

通过大量的分析所得, 手术组总体有效率 42 例 (100%) 显著高于常规组 36 例 (85.71%), 手术组并发症发生几率 4 例 (9.52%) 显著低于常规组 12 例 (28.57%), 手术组 IPSS 评分、QOL 评分、PVR 以及 Q-max 均优于常规组, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。经尿道前列腺电切术是目前临床上最为有效的治疗手段之一, 其临床经验相对丰富, 治愈率高达 100%, 已经被临床所广泛使用, 具有一定的安全性和有效性。通过对前列腺增生患者行经尿道前列腺电切术治疗, 不仅能够减少并发症的发生, 同时, 还能够一定程度上改善患者的临床症状和生活质量, 加快患者的病情恢复。

概而言之, 通过行经尿道电切手术治疗, 能够在一定程度上提高前列腺增生患者的总体有效率, 同时, 还能够改善患者 IPSS 评分、QOL 评分、PVR 以及 Q-max 等各项指标, 减少并发症的发生。

参考文献

- [1] 曾明祥. 经尿道电切术治疗前列腺增生症的临床疗效观察 [J]. 当代医学, 2013, 19 (01):102-103.
- [2] 姜海林. 经尿道前列腺电切手术治疗前列腺增生临床探讨 [J]. 中外医疗, 2016, 35 (03):83-84.

(上接第 8 页)

该类疾病患者体内血管破裂, 主动脉呈现退行性病变症状, 弹性纤维减少以及平滑肌细胞降低等, 因此需要保证患者血压控制处于稳定范围, 临床采用降压药物以及阻滞剂进行联合使用, 能够控制患者血压, 保证患者机体健康, 缓解病情发展^[4]。本研究中, 治疗后, 观察组患者 LDL-C 和 TG 浓度均高于对照组 ($P < 0.05$), TC、HDL-C 相比无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明在高血压合并主动脉夹层患者中采用药物联合 β 受体阻滞剂治疗, 能够控制血脂指标水平, 能够提高治疗有效率。

综上所述: 在高血压合并主动脉夹层患者中采用药物联合 β 受体阻滞剂治疗, 可以改善血压情况, 能够提高患者治疗依从性, 能够控制血脂指标水平, 能够提高治疗有效率, 值得推广。

(上接第 9 页)

安全性可以得到合理的提升, 对于患者健康的有效保障具有良好的促进意义, 对于患者健康的维系具有良好的推动价值。研究显示, 与传统无痛人流干预模式相比, 在应用卡前列甲酯栓后, 患者的出血量与不良反应指标均得到了合理的改善。

综上, 在无痛人流术前, 为了确保患者治疗的合理开展与落实, 医疗人员可以积极做好卡前列甲酯栓的合理应用。

参考文献

- [1] 马卫. 卡前列甲酯栓联合无痛人流术对早期稽留流产患者术后血清性激素水平变化及宫腔粘连发生率的影响

参考文献

- [1] 李伦超, 刘红升, 赵晓东. TEVAR 术后再发胸主动脉夹层破裂并食管瘘诊治分析 [J]. 临床误诊误治, 2018, 31(004):1-4.
- [2] 林忠伟, 王卓, 张焱明, et al. 高血压合并降主动脉夹层患者血清 Fibulin-3 和肱-踝脉搏波传导速度的相关性研究 [J]. 临床心血管病杂志, 2019, 35(05):59-62.
- [3] 董松波, 郑军, 李建荣, 等. 中低温停循环双侧脑灌注下行全主动脉弓替换治疗急性 Stanford A 型主动脉夹层 [J]. 中华胸心血管外科杂志, 2020, 36(10):603-607.
- [4] Ljungberg J, Johansson B, Engström K G, et al. Arterial hypertension and diastolic blood pressure associate with aortic stenosis [J]. Scandinavian Cardiovascular Journal, 2019, 53(2):91-97.

[J]. 黔南民族医学学报, 2019, 32(03):167-170.

- [2] 吴琼霞. 人工流产术中应用卡前列甲酯栓与利多卡因的效果观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(05):120-182.
- [3] 王芳. 卡前列甲酯栓联合缩宫素注射液在 39 例瘢痕子宫患者剖宫产术中的应用及安全性分析 [J]. 药品评价, 2018, 15(23):36-38.
- [4] 刘翠伶. 卡前列甲酯栓在无痛人流术中的效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(14):76-77.
- [5] 何曦, 骆艳, 彭菁等. 卡前列甲酯栓联合丙泊酚在瘢痕子宫人工流产术中的应用探讨 [J]. 临床医药实践, 2017, 26(11):828-830.