

# 缬沙坦联合氨氯地平治疗社区老年原发高血压结合糖尿病的治疗效果

欧阳兆朋

山东省泰安肥城市第二人民医院科室西药房 山东泰安 271605

〔摘要〕目的：探讨社区老年原发高血压结合糖尿病患者采用缬沙坦联合氨氯地平的治疗效果。方法：选择 2022 年 10 月到 2024 年 10 月社区接受治疗的老年原发性高血压结合糖尿病患者 70 例，采用随机数表法将患者分为两组。常规组应用缬沙坦，实验组联合氨氯地平。对比治疗有效率与不良反应状况。结果：实验组治疗有效率明显高于常规组， $P < 0.05$ 。两组患者用药期间均无严重不良反应。结论：缬沙坦与氨氯地平可用于社区老年原发高血压结合糖尿病患者，整体疗效较高，值得推广。

〔关键词〕社区老年高血压；糖尿病；缬沙坦；氨氯地平

〔中图分类号〕R544.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2025) 04-041-02

高血压与糖尿病属于老年人常见慢性病，两种疾病同时存在时会相互影响。原发性高血压主要表现为动脉血管阻力增加、血压持续升高，而糖尿病则涉及胰岛素抵抗、血糖代谢紊乱等机制，二者共同作用可导致心、脑、肾等重要器官的损害，加速动脉粥样硬化进程，此时会明显增加心肌梗死、脑卒中等心血管疾病发生风险，所以及时治疗显得尤为重要<sup>[1]</sup>。目前对于合并糖尿病的高血压患者，降压治疗的目标不仅在于控制血压，还需要综合考虑对于心血管的保护以及降低靶器官损害风险，以此改善患者生活质量。目前临床指南推荐血管紧张素 II 受体拮抗剂类药物，例如缬沙坦，能够有效阻断肾素-血管紧张素-醛固酮系统，在降低血压的同时能够一定程度保护肾脏功能<sup>[2-3]</sup>。另外，钙通道阻滞剂类药物能够发挥扩张外周血管、降低血压的作用。对此，为了提高高血压合并糖尿病患者的预后效果，本文以对比研究方式论证缬沙坦与氨氯地平的结合用药效果。具体阐述如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2022 年 10 月到 2024 年 10 月社区接受治疗的老年原发性高血压结合糖尿病患者 70 例，以随机数表法分组。实验组 35 例，男女各 18 例、17 例，年龄 60~81 岁，平均  $(70.51 \pm 2.34)$  岁。常规组 35 例，男女各 19 例、16 例，年龄 60~82 岁，平均  $(71.64 \pm 2.50)$  岁。一般资料对比无统计学意义， $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

常规组应用缬沙坦，起始剂量为 80mg，每日一次。

实验组联合氨氯地平，起始剂量为 5mg，每日一次。

两组患者均连续用药 3 月。

### 1.3 观察指标

对比治疗有效率与不良反应状况。

显效：治疗 3 月时患者的收缩压 (SBP) 较基线下降  $\geq 20\text{mmHg}$ ，且降至  $< 140\text{mmHg}$ ，舒张压较基线下降  $\geq 10\text{mmHg}$  且降至  $< 90\text{mmHg}$ 。有效：治疗 3 月时患者的收缩压较基线下降 10~19mmHg 或舒张压较基线下降 5~9mmHg。无效：治疗 3 月时患者的收缩压较基线下降  $< 10\text{mmHg}$  或舒张压较基线下降  $< 5\text{mmHg}$ 。

### 1.4 统计学方法

本次研究所有的数据计算均基于 SPSS24.0 软件进行判断，正态分布计量资料采用 T 检验，计数资料采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  代表数据对比有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗有效率对比

实验组治疗有效率明显高于常规组， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 治疗有效率对比

| 组别       | 例数 | 显效         | 有效         | 无效        | 有效率        |
|----------|----|------------|------------|-----------|------------|
| 实验组      | 35 | 17 (48.57) | 17 (48.57) | 1 (2.86)  | 34 (97.14) |
| 常规组      | 35 | 10 (28.57) | 17 (48.57) | 8 (22.86) | 27 (77.14) |
| $\chi^2$ |    |            |            |           | 12.056     |
| P        |    |            |            |           | $< 0.05$   |

### 2.2 不良反应发生率对比

两组患者用药期间均无严重不良反应。

## 3 讨论

高血压与糖尿病属于老年人中常见慢性疾病，二者常相互影响并共同增加心血管并发症的发生风险。对此，对于老年原发性高血压合并糖尿病患者，合理选择降压药物，不仅需要考虑血压控制效果，还需要针对靶器官提供保护。

缬沙坦属于血管紧张素 II 受体拮抗剂类药物，主要通过阻断血管紧张素 II 受体，减少血管收缩和醛固酮释放，从而降低血压，并具有一定的心肾保护作用<sup>[4]</sup>。对于合并糖尿病的患者，缬沙坦能够减轻肾小球高滤过状态，减少蛋白尿，延缓糖尿病肾病的进展。氨氯地平属于钙通道阻滞剂类药物，主要作用于血管平滑肌，抑制钙离子内流，导致血管舒张，从而降低血压。

本研究结果表明，实验组的治疗有效率显著高于常规组， $P < 0.05$ 。这一结果证明两种药物的结合应用在老年原发性高血压合并糖尿病患者中的降压效果更优。缬沙坦通过抑制 RAAS 系统减少血管收缩，而氨氯地平通过钙离子拮抗作用舒张血管，两者作用机制互补，可更有效地降低外周血管阻力，使血压控制更加稳定。另外，氨氯地平扩张小动脉的作用，可抵消缬沙坦引起的轻度交感神经激活作用，进一步增强降压效果<sup>[5]</sup>。

高血压与糖尿病的共同作用可导致心、脑、肾等靶器官

(下转第 44 页)

究结果一致。

总之，不稳定性心绞痛治疗中曲美他嗪联合阿托伐他汀钙的疗效显著，严重心血管事件发生率低，值得在临床推广。

[参考文献]

[1] 尹瑜. 曲美他嗪联合阿托伐他汀治疗慢性心力衰竭的临床疗效及抗炎作用观察[J]. 中国现代药物应用, 2023, 19(1):107.

[2] 战靖红, 文明顺. 盐酸曲美他嗪与阿托伐他汀钙治疗不稳定型心绞痛临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2022, 24(33):77-78.

[3] 李学远, 田政球, 杜芬, 等. 曲美他嗪联合他汀治疗

对慢性心力衰竭患者血清 CRP 及 MMP-9 的影响[J]. 心血管康复医学杂志, 2022, 15(1):542.

[4] 巫颖, 李绍发. 阿托伐他汀联合曲美他嗪对缺血性心肌病患者心功能的影响[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2021, 23(7):621-623.

[5] 刘兵, 杨春梅, 张立, 等. 阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2023, 33(3):5791.

[6] 李大斌. 曲美他嗪联合阿托伐他汀治疗不稳定性心绞痛疗效分析[J]. 吉林医学, 2024, (13):2855-2856.

表 1 两组患者的临床疗效比较(例/%)

| 组别          | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效         |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 联合治疗组(n=40) | 15 (37.5) | 20 (50.0) | 5 (12.5)  | 35 (87.5) * |
| 常规治疗组(n=40) | 12 (30.0) | 18 (45.0) | 10 (25.0) | 30 (75.0)   |
| $\chi^2$    |           |           |           | 9.35        |
| P           |           |           |           | <0.05       |

注：与常规治疗组比较，\*P<0.05

表 2 两组患者的严重心血管事件发生情况比较(例/%)

| 组别          | 心绞痛复发    | 心肌梗死    | 心力衰竭    | 心源性死亡   | 总发生       |
|-------------|----------|---------|---------|---------|-----------|
| 联合治疗组(n=40) | 2 (5.0)  | 2 (5.0) | 1 (2.5) | 0 (0)   | 5 (12.5)  |
| 常规治疗组(n=40) | 8 (20.0) | 2 (5.0) | 2 (5.0) | 1 (2.5) | 13 (32.5) |
| $\chi^2$    |          |         |         |         | 11.14     |
| P           |          |         |         |         | <0.05     |

注：与常规治疗组比较，\*P<0.05

(上接第 41 页)

损害，而缬沙坦与氨氯地平的联合应用可减少这些不良影响。缬沙坦的肾脏保护作用有助于减少蛋白尿并延缓糖尿病肾病进展，氨氯地平则通过改善微血管循环，减少糖尿病相关的血管并发症。两种药物的结合应用不仅能够降低血压，还能够一定程度降低患者心血管风险。

研究中，实验组患者耐受性较好，未出现明显的不良反应。氨氯地平的缓释作用使得血压下降更平稳，不易出现低血压或反射性心动过速，缬沙坦不良反应相对较少，患者长期用药依从性较高。两种药物的结合治疗方案在社区老年患者中具有较好的适用性。

综上所述，缬沙坦联合氨氯地平可显著提高社区老年原发高血压合并糖尿病患者的治疗有效率，较单独使用缬沙坦具有更好的降压效果和心肾保护作用，值得推广。

(上接第 42 页)

的一种，对血小板交联与聚集等均有阻断作用，将梗死相关血管炎症反应以及收缩状态减轻，进而将相关血管复流改善。将该药物与血栓抽吸导管治疗联合使用，可以在较短时间内将治疗中血栓负荷减少，将罪犯血管的前向血流在短时间内恢复，将病变部位药物的浓度提升，以此保证药效，将患者的心功能提升。

本次研究中，观察组患者的 TIMI 血流 3 级概率(91.43%)和 TMPG3 级概率(85.71%)均明显高于对照组，P<0.05；观察组患者的院内心源性死亡概率、主要心血管不良事件发生概率相较于对照组，P>0.05。说明给予急性心肌梗死患者盐酸替罗非班联合血栓抽吸导管治疗，可以将患者的 TIMI 血流和 TMPG 分级改善，具有显著的临床应用效果。

[参考文献]

[1] 胡红艳, 李晓丽. 缬沙坦联合氨氯地平对原发性高血压患者血压控制及血管内皮功能的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2023, 4(12):92-94, 98.

[2] 谭春花. 缬沙坦氨氯地平联合阿托伐他汀治疗老年顽固性单纯收缩期高血压的临床研究[J]. 中国实用医药, 2023, 18(16):87-90.

[3] 任静娟. 缬沙坦胶囊联合苯磺酸氨氯地平片治疗老年高血压的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2023, 17(9):98-101.

[4] 徐冬梅, 龚正, 丁兆生. 缬沙坦分别联合氨氯地平与氢氯噻嗪治疗高血压患者的疗效比较[J]. 实用临床医药杂志, 2022, 26(10):58-61.

[5] 张田野. 缬沙坦或替米沙坦联合氨氯地平在高血压治疗中的临床疗效评价[J]. 中国实用医药, 2022, 17(8):135-137.

[参考文献]

[1] 何小伍, 马礼坤, 黄文胜, 等. 血栓抽吸术联合替罗非班在老年急诊 PCI 中应用的疗效[J]. 中国急救医学, 2022, 35(s2):169-170.

[2] 郝翠平. 盐酸替罗非班联合心血管介入治疗急性心肌梗死病人的临床效果与安全性研究[J]. 安徽医药, 2024, 21(6):1117-1119.

[3] 宋爽. 替罗非班联合瑞替普酶治疗急性心肌梗死的临床评价[J]. 中国医药指南, 2023, 14(24):104-104.

[4] 肖立运. 盐酸替罗非班联合经皮冠状动脉介入治疗对急性心肌梗死干预相关性研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 25(17):1895-1897.