

《现代医院》杂志栏目

- | | |
|---------|-------|
| 现代化纵论 | 专业技术篇 |
| 学科进展 | 论著·论述 |
| 实验与应用研究 | 临床经验 |
| 传统医学 | 医技诊疗 |
| 临床药学 | 护理技术 |
| 心理医学 | 医改实践 |
| 质量管理 | 应急管理 |
| 文化建设 | 人力资源 |
| 后勤支持 | 信息服务 |
| 社区卫生服务 | 预防保健 |
| 医师手记 | 港澳台链接 |
| 科技新知 | 辞海查新 |
| 院刊集锦 | 医院采撷篇 |

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

缬沙坦联合氨氯地平治疗原发性高血压的临床疗效及其对胰岛素抵抗的影响研究

[作者: 陈胜文] 来源: 本站原创 阅读数: 221

汕尾市人民医院, 广东汕尾, 516600

[摘要] 目的: 探讨缬沙坦和氨氯地平单独和联合应用治疗高血压的降压效果及对胰岛素抵抗的影响。方法: 回顾性分析我院2007年2月-2009年5月收治的原发性高血压患者240例, 随机分为缬沙坦治疗组(A组)、氨氯地平治疗组(B组)和联合治疗组各(C组)80例, 观察治疗前后血压和心率、血压(BP)、空腹血糖(FPG)、空腹胰岛素(FINS)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、三酰甘油水平(TG)变化。结果: 3组患者血压均明显下降(均 $P<0.05$)。联合用药组降压作用优于二单独用药组(均 $P<0.05$)。C组治疗后餐后2小时血糖、空腹胰岛素、餐后2小时胰岛素及胰岛素敏感性指数与A、B组比较差异明显, $P<0.01$ 。结论: 缬沙坦、氨氯地平治疗原发性高血压均有较好的疗效, 两药联合应用可起更加明显降低血压作用。并且可有效改善胰岛素抵抗和动脉粥样硬化。

高血压是常见病又是人类死亡的主要疾病, 而且是冠心病、脑血管病的重要危险因素[1]。其死亡率占人类死亡的首位[2]。近年来, 国内外学者对高血压的研究十分重视。并认为及早、持久有效地防治高血压, 对减少心脑血管病及尿毒症的发生, 提高生活质量, 降低病死率, 均具有重要意义。本文笔者应用缬沙坦和氨氯地平联合治疗原发性高血压240例, 效果显著, 现将资料归纳如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料:

本文资料根据我院2007年2月-2009年5月门诊及住院收治的原发性高血压(经检查确诊, 均符合1999年WHO /ISH高血压指南【3】诊断标准: $sBP \geq 140$ mm Hg和(或) $DBP \geq 90$ mm Hg)患者240例, 其中男性患者159例, 女性患者81例, 最小年龄37岁, 最大年龄79岁, 平均年龄51.34岁。所有患者就诊前均未服用任何降压药物。将240例患者随机分为缬沙坦治疗组(A组)、氨氯地平治疗组(B组)和联合治疗组各(C组)80例, 均排除继发性高血压、心脏病、肺心病、冠心病等心脏疾患及严重的肝肾功能异常、孕妇、哺乳妇女。三组患者年龄、性别等一般情况经检验无明显差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法:

药品均由瑞士诺华制药有限公司提供; 3组分别给予缬沙坦, 批号: H269DC; 80 mg/d, 左旋氨氯地平, 批号: H224KB; 2.5mg, 缬沙坦80mg+左旋氨氯地平2.5mg, 口服, 1/d, 若2周后血压未降至正常, 则缬沙坦增至160mg, 左旋氨氯地平增至5mg。疗程均为24周。血清TC、TG、HDL-L测定采用酶学方法, LDL-C根据Friedewald公式计算 $LDL-C = TC - HDL - TG/5$, 胰岛素敏感指数(ISI)计算: $ISI = Ln(1/FPG \times 1/INS)$ 。

1.3 疗效标准: 疗效按卫生部制定的心血管系统药物临床研究指导【4】原则评定。显效: DBP 下降 ≥ 10 mmHg并恢复正常或下降 >20 mmHg; 有效: DBP 下降1.4统计学方法: 数据由SPSS11.0软件包进行分析处理, 计量资料用t检验, 多组间数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 率的比较用 χ^2 检验; P2. 结果

本组240例患者治疗24周后, 三组 sBP 、 DBP 较治疗前均明显下降(均 $P<0.05$)。所有患者治疗期间均未发生严重的心脑血管事件, 仅有2例患者出现头晕, 症状轻微未停药。缬沙坦和氨氯地平联合应用的临床疗效优于单独应用的两组。 $P<0.05$, 单独应用缬沙坦和氨氯地平两组差异不明显, $P>0.05$, 缬沙坦和氨氯地平联合应用治疗后餐后2小时血糖、空腹胰岛素、餐后2小时胰岛素及胰岛素敏感性指数与单独应用缬沙坦和氨氯地平两组比较差异明显, $P<0.01$ 。A、B、C组治疗后胆固醇及甘油三酯均比治疗前有所下降, 其中C组比A、B组下降更为显著, 其治疗前后统计学检测具有统计意义, A、B组治疗后虽然有一定降低胆固醇及甘油三酯作用, 但并无统计学意义。其详细情况见表1、2、3;

表1, 三组患者经治疗后疗效比较 ($\bar{x} \pm s$ /mmHg);

组别	n	收缩压	舒张压
		治疗前	治疗后
A组	80	163 ± 13	135 ± 9
B组	80	165 ± 14	134 ± 8
C组	80	164 ± 13	125 ± 10

注: C组与A、B组比较差异明显, $P=0.043$; A组与B组比较差异不明显, ($P=0.102$);

表2, 三组治疗后有效率比较; 缬沙坦和氨氯地平

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
A组	80	49 (61.25%)	15 (18.75%)	16 (20%)	80%
B组	80	41 (51.25%)	27 (33.75%)	12 (15%)	85%

C组 80 57 (71.25%) 21(26.25%) 2(2.55%) 97.45%

注: C组与A、B组比较差异明显 (P<0. 05) ;

表3, 两组治疗前后血糖、胰岛素、血脂比较($\bar{x} \pm s$);

组别 n 空腹血糖 餐后2小时血糖 空腹胰岛素

治疗前 治疗后 治疗前 治疗后 治疗前 治疗后 治疗前

A组 80 5.36±0.82 5.21±0.79 8.43 ±0.87 7.72 ±0.71 22.12±8.94 13.83 ±5.16

B组 80 5.39±0.81 5.42±0.89 8.42 ±0.93 8.32 ±0.91 21.82±8.84 20.82 ±7.16

C组 80 5.40±0.83 5.18±0.63 8.43 ±0.77 7.23 ±0.70 22.08±8.87 12.79 ±5.10

组别 n 餐后2小时胰岛素 胰岛素敏感指数 胆固醇 (mmol/L) 甘油三酯 (mmol/L)

治疗前 治疗后 治疗前 治疗后 治疗前 治疗后 治疗前 治疗后

A组 80 86.72±40.13 58.74±32.17 0.007±0.003 0.014±0.006 7.2±1.23 5.73±1.36 1.88±0.56 1.42±0.48

B组 80 85.33±39.21 83.28±36.49 0.008±0.003 0.008±0.005 7.05±1.17 6.87±1.71 1.87±0.53 1.8±0.57

C组 80 85.89±39.22 55.43±31.22 0.0008±0.004 0.023±0.006 7.21±1.26a 5.41±1.151 a.89±0.551b.33±0.9 b

注: 上标a,b为具有统计学意义 (P<0. 05) ;

3. 讨论

近年来, 高血压病发病率逐年上升, 临床治疗方法也较多。只服一种降压药对长期控制血压效果不是很好有试验

【8】证明, 即使是最有效的降压药, 单独使用时的降压达标率(即血压控制在140毫米汞柱/90毫米汞柱以下)最多也只有40%~50%。目前多种药物联合方案对高血压的治疗因其优化的降压疗效和互补的作用机制引人关注。因此, 要想达到长期有效控制血压的目的, 就必须针对多种病因进行联合用药治疗。

本文笔者应用缬沙坦和氨氯地平联合用药治疗原发性高血压, 有效率为97.45%, 效果较为显著。两者联用具有协同作用。其中胰岛素抵抗的作用机制为: 高胰岛素血症时肾小管对钠的重吸收增加, 加强血管紧张素II刺激醛固酮产生和反应。而通常我们认为血浆去甲肾上腺素水平与交感神经系统的活性成正相关, 所以高交感活性除了可导致血压增高, 同时又可拮抗胰岛素的作用, 导致胰岛素抵抗的形成, 反复交感神经活性的刺激所引起血管结构的病变又可加重高血压及胰岛素抵抗的恶化。因为缬沙坦是一种血管紧张素II(AT)受体拮抗剂, 可扩张血管, 改善心室及血管重塑, 抑制醛固酮, 从而降低血压。我们研究发现, 缬沙坦和氨氯地平联合应用的临床疗效优于单独应用的两组, 其中P<0.05。而单独应用缬沙坦和氨氯地平两组差异不明显, P>0.05, 缬沙坦和氨氯地平联合应用治疗后餐后2小时血糖、空腹胰岛素、餐后2小时胰岛素及胰岛素敏感性指数与单独应用缬沙坦和氨氯地平两组比较差异明显, P<0.01。而氨氯地平可扩张冠状血管和全身血管, 增强冠脉血流量, 降低血压。其特点为平稳、安全的降压, 且口服吸收良好, 并对缺血心肌有保护作用。研究期间, 所有患者治疗期间均未发生严重的心脑血管事件, 仅有2例患者出现头晕, 症状轻微未停药。

高血压是导致心脑血管疾病的主要危险因素, 高血压患者常伴有胰岛素抵抗, 而胰岛素抵抗又可引起血压升高, 形成恶性循环。因此, 临床用药应在考虑理想降压的同时, 还应降低胰岛素抵抗, 本文研究结果表明, 缬沙坦联合氨氯地平能有效提高胰岛素敏感指数, 提高组织对胰岛素的敏感性, 从而改善胰岛素抵抗和动脉粥样硬化。两者联合使用大大提高了患者的用药依从性。同时也最大限度地发挥降压药物的作用。因此我们认为缬沙坦、氨氯地平治疗原发性高血压均有较好的疗效, 两药联合应用可起更加明显降低血压作用。并且可有效改善胰岛素抵抗和动脉粥样硬化。通过我们的研究, 我们为相关的临床治疗以及科学研究提供一定的产靠。

参考文献

1. 吕卓人, 梁磊, 艾文婷. 血管紧张素II受体拮抗剂缬沙坦研究进展[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(11): 1054-1056.
2. 张艳琴, 阎瑞峰. 左旋氨氯地平治疗轻中度高血压疗效及不良反应的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2004, 2(4): 241. 242
3. 仲良. 缬沙坦治疗原发性高血压的疗效及其对左心室肥厚的影响[J]. 临床医学, 2006, 26(5): 27-29
4. 宁玲. 高血压与心力衰竭[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(4): 382-384

[关于我们](#) | [版权信息](#) | [免责声明](#) | [合作](#) | [招聘](#) | [友情链接](#) | [网站导航](#)

Copyright© 2010 《现代医院》杂志社 | 粤ICP05105826号

地址: 广州市惠福西路进步里2号之一1楼 邮编 510180

电话: 020-83310901 83310902 传真: 020-83308884

E-mail: xxddy@163.com