

缬沙坦氨氯地平治疗高血压合并糖尿病的疗效

李建功

新疆生产建设兵团第十三师红星医院火箭农场分院 新疆哈密 839000

摘要: **目的:** 探讨社区老年原发性高血压合并糖尿病采用缬沙坦与氨氯地平联合治疗的疗效。**方法:** 选取本院2020年5月—2021年8月诊治的原发性高血压合并糖尿病患者70例, 采用随机数字表法将其分为2组, 每组35例。对照组采用用缬沙坦治疗, 观察组基于此加用氨氯地平治疗, 对比2组患者临床疗效、血压水平[舒张压(DBP)和收缩压(SBP)]、血糖水平[空腹血糖(FPG)]。**结果:** 观察组患者临床总有效率(97.14%)高于对照组(80.0%), 治疗后FPG(5.63 ± 2.09) mmol/L、SBP(118.56 ± 8.25) mm Hg、DBP(84.40 ± 4.20) mm Hg, 低于对照组的(7.28 ± 2.27) mmol/L、(133.78 ± 8.50) mm Hg、(90.46 ± 5.11) mm Hg, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗期间。**结论:** 对社区老年原发性高血压合并糖尿病患者应用缬沙坦与氨氯地平联合治疗可有效控制血压、血糖水平, 且不良反应较少, 安全可靠。

关键词: 原发性高血压; 老年患者糖尿病; 缬沙坦氨氯地平

引言:

高血压是一种以血压升高为主要症状表现的心血管综合征, 可伴有心脑肾等重要脏器、器官损伤, 是心血管疾病的高危因素。高血压可分为原发性高血压、继发性高血压两种类型。原发性高血压约占高血压总数的90%。糖尿病是一种由胰岛素分泌缺陷和(或)胰岛素生物作用受损所致的代谢综合征。就目前来说, 高血压、糖尿病尚无法根治, 临床主要采取口服降压药、降糖药的措施, 控制血压、血糖水平。因此, 为探究合理有效的用药方案, 现对70例社区老年原发性高血压合并糖尿病患者实施分组观察, 分析采用缬沙坦联合氨氯地平治疗的效果^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取选取本院2020年5月—2021年8月诊治的原发性高血压合并糖尿病患者70例, 采用随机数字表法将其分为2组, 每组35例。对照组男28例, 女7例; 年龄62~79岁, 平均年龄(67.18 ± 2.11)岁; 高血压病程4~13年, 平均(9.35 ± 1.36)年; 体质指数18~29 kg/m², 平均(24.16 ± 1.07) kg/m²; 糖尿病病程2~10年, 平均(6.12 ± 1.52)年。观察组男20例, 女15例; 年龄63~78岁, 平均年龄(67.24 ± 2.08)岁; 高血压病程5~12年, 平均(9.28 ± 1.32)年; 体质指数19~28 kg/m², 平均(24.20 ± 1.05) kg/m²; 糖尿病病程3~9年, 平均(6.07 ± 1.48)年。2组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准: ①符合《中国高血压防治指南》中关于原发性高血压、中华中医药学会《糖尿

病中医防治指南》中关于糖尿病的相关诊断标准; ②年龄 ≥ 65 岁的老年患者; ③患者均签署知情同意书。排除标准: ①精神疾病、意识不清、认知功能障碍; ②肝肾功能异常、心肝肾等重要器官器质性病变、恶性肿瘤; ③临床资料不全及中途退出者。

1.2 方法

①对照组单用氨氯地平治疗: 氨氯地平口服, 5mg/d, 1次/d, 连用3个月。②观察组联用氨氯地平、缬沙坦: 在对照组用药方案基础上加用缬沙坦, 口服, 80mg/d, 1次/d, 连用3个月。

1.3 观察指标

①临床疗效: 舒张压(DBP)下降 > 20 mm Hg, 但未达正常范围, 或DBP下降 > 10 mm Hg, 并达正常范围为显效; DBP下降10~19 mm Hg, 但未达正常范围, 或DBP下降 < 10 mm Hg, 且已达正常范围为有效; 未达上述标准为无效。②血压、血糖水平: 于治疗前、治疗12周后抽取患者5mL清晨空腹静脉血, 采用葡萄糖氧化酶法检测空腹血糖(FPG)。同时采用水银柱血压计测量收缩压(SBP)和DBP, 测量3次取平均值。③记录治疗期间2组不良反应发生情况^[2]。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件分析数据, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行t检验, 计数资料以百分比表示, 行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组患者临床总有效率较对照组高, 差异有统计

学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较 例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	35	15 (42.86)	13 (37.14)	7 (20.0)	28 (80.0)
观察组	35	22 (62.86)	12 (34.29)	1 (2.86)	34 (97.14)
χ^2					7.184
P					0.007

2.2 血压、血糖水平

两组治疗前血压及血糖水平无明显差异 ($P > 0.05$)；两组患者治疗后FPG、SBP、DBP水平均较治疗前降低，且观察组更低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者血压、血糖水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FBG (mmol/L)		SBP (mm Hg)		DBP (mm Hg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	9.77 ± 3.12	7.28 ± 2.27	155.23 ± 8.34	133.78 ± 8.50	102.45 ± 4.87	90.46 ± 5.11
观察组	35	9.78 ± 3.67	5.63 ± 2.09	155.27 ± 8.37	118.56 ± 8.25	102.73 ± 4.84	84.40 ± 4.20
T		0.028	3.743	0.024	8.994	0.286	6.413
P		0.978	<0.001	0.981	<0.001	0.776	<0.001

3 讨论

临床上，原发性高血压合并糖尿病的发病率较高，以老年人为主要发病群体，研究表明，高血压与糖尿病的关系十分密切，二者相互影响。高血压患者合并糖尿病后，会不同程度地损伤肾脏、心脏等重要脏器，且患者会表现出多种不良反应，如头晕头痛、恶心，极大地降低患者生活质量，严重时甚至威胁其生命安全。因此，临床探索安全有效的治疗方法对控制病情、提升患者生活质量有着重要的意义。目前，临床治疗老年原发性高血压合并糖尿病患者时，多采用药物治疗，具体的治疗药物包含氨氯地平、缬沙坦等。缬沙坦属于血管紧张素Ⅱ受体抑制剂，是降血压类口服药物，用药后能明显改善血管重塑状况，并对血管紧张素、醛固酮、交感神经系统的分泌过程表现出显著抑制，同时，有利于血管紧张素Ⅱ的Ⅰ型受体封闭提高，进而使血管紧张素Ⅱ血浆水平升高，对于没有封闭的血管紧张素Ⅱ型受体，该药物可发挥刺激作用，还能够抗衡血管紧张素Ⅰ型受体的作用，实现有效的扩张外周血管，促进血压水平降低^[3]。另外，缬沙坦降压效果能够较长时间的持续，使患者体内的蛋白尿量降低，让肾功能得到良好的保护。氨氯地平属于钙离子拮抗剂，可直接作用于血管平滑肌，有助

于充分发挥药效，抑制血管平滑肌细胞钙离子内流，该药物口服给药后，能有效扩张全身性血管，同时，此药物应用后能明显地改善冠状动脉循环，促进冠状动脉的血流量增加，减少心肌耗氧量^[4]。老年原发性高血压合并糖尿病治疗期间，单一药物治疗方案在临床中较为常见，多采用氨氯地平，虽然患者血压、血糖水平能够降低，但停药后复发率较高，且患者需长时间的用药，增加了不良反应发生率，因而效果并不理想。近年多项研究指出，氨氯地平治疗过程联合其他降血压药物后，治疗效果可明显提升，使患者血压保持在稳定状态，且用药剂量的适当调整、用药持续时间的缩短也能减少不良反应，增强用药的安全性。本研究结果显示，观察组联合两种药物治疗后，治疗总有效率显著高于对照组，血压、血糖水平明显低于对照组，说明氨氯地平与缬沙坦联合治疗可使疗效显著提升，让患者血压和血糖水平控制在正常水平，提升生活质量。氨氯地平联合缬沙坦治疗后，半衰期比较长，在有效降低患者血压、血糖水平的同时，避免出现大幅度的波动；此外，联合用药可协同发挥两种药物的作用，促进治疗效果进一步提升，而联合用药可适当减少服药剂量，提高用药的安全性^[5]。

4 结束语

综上所述，对社区老年原发性高血压合并糖尿病患者应用缬沙坦与氨氯地平联合治疗的效果较佳，可有效控制血压、血糖水平，是一种较为理想的治疗方案。

参考文献：

- [1] 吴艳.缬沙坦联合氨氯地平对社区老年原发性高血压合并糖尿病的治疗作用分析[J].黑龙江医药, 2019, 32 (4): 814-816.
- [2] 陆敏生.缬沙坦联合氨氯地平治疗老年原发性高血压合并糖尿病的可行性分析[J].慢性病学杂志, 2019, 20 (5): 764-766.
- [3] 冷学庆.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患者的效果研究[J].中国社区医师, 2020, 36 (24): 42-43.
- [4] 周将, 肖姝婷, 宁爱丽, 等.缬沙坦联合氨氯地平治疗老年糖尿病合并高血压的疗效及对肾功能的影响[J].临床合理用药杂志, 2020, 13 (19): 21-22+25.
- [5] 蔡剑凯, 孙卓垒, 黄曼丽.氨氯地平联合缬沙坦对老年原发性高血压合并糖尿病患者心肾功能及血清ROCK1水平的影响[J].中国医学创新, 2020, 17 (27): 24-28.