

探讨苯那普利联合替米沙坦治疗高血压的临床疗效

向小刚

(山东省联通公司门诊部 山东济南 250002)

摘要:目的: 探讨对高血压患者应用苯那普利联合替米沙坦治疗的临床效果。方法: 纳入在本院内科门诊就诊的高血压患者 60 例, 以随机数字表方式将患者分为对照组、观察组, 各组有 30 例。对照组患者应用苯那普利治疗, 观察组患者联合替米沙坦治疗。比较两组患者高血压指标控制情况。结果: 疗程后观察组患者治疗有效率评价高于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对高血压患者应用苯那普利联合替米沙坦治疗方案治疗对血压指标有良好的控制效果, 值得对此类患者普及推广。

关键词: 苯那普利; 替米沙坦; 高血压; 临床疗效

近年来高血压发病率随着社会发展、人们生活质量提高而呈现大幅度提升的趋势, 且因为该病常见于中老年人, 我国人口老龄化进程深入也成为该病发病率提升的重要原因。高血压如果没有得到有效干预并将血压控制在合理稳定阶段, 会出现动脉硬化并成为多种心脑血管疾病发病的高危因素。目前对高血压患者还缺乏彻底有效的治疗方案, 需长期通过药物来控制血压以延缓动脉硬化的发展, 目前对高血压治疗的首选药物为血管紧张素 II 抑制剂, 典型如苯那普利、替米沙坦, 主要是单一药物治疗, 但长期用药情况下对血压控制未能满足临床需求, 甚至因为长时间大剂量使用单一药物治疗, 而引发药物相关不良反应, 降低患者对药物治疗的依从性, 导致血压波动异常, 各种并发症的发生风险进一步升高, 因此寻求高效、安全的治疗方案是临床重要课题。有相关研究数据显示, 对高血压患者应用药物联合治疗方案, 能够有效的提升整体治疗依从性, 但保持一定时间治疗后是否会引发不良反应, 影响对血压的有效控制, 是需要进一步探析并得到相关数据支撑。近年来本院尝试对高血压患者应用苯那普利联合替米沙坦治疗方案治疗, 现将收治 60 例高血压患者资料报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入在本院内科门诊就诊的高血压患者 60 例, 以随机数字表方式将患者分为对照组、观察组, 各组有 30 例。纳入标准: ①与《中国高血压防治指南》(2010 年版) 关于高血压诊断内容相符合 (患者在未使用相关药物控制下收缩压在 140mmHg 以上, 舒张压在 90mmHg 以上); ②年龄在 60 岁以上; ③临床资料齐全; ④意识清晰, 具备满足研究的沟通能力; ⑤生活自理能力未受到严重影响; ⑥对研究内容了解并签署知情同意书。排除标准: ①属于继发性高血压疾病; ②存在精神疾病、认知障碍等影响正常交流的情况; ③为四肢残疾、中风偏瘫患者; ④有重要脏器功能衰竭, 合并严重糖尿病疾病; ⑤对本研究药物有过敏反应; ⑥依从性低或者明确表示拒绝配合。对照组患者男性 19 例, 女性 11 例; 年龄在 62~83 岁间, 平均 (72.51 ± 4.11) 岁; 病程在 2~12 年间, 平均 (5.91 ± 1.12) 年。观察组患者男性 17 例, 女性 13 例; 年龄在 61~85 岁间, 平均 (73.05 ± 4.15) 岁; 病程在 1~12 年间, 平均 (6.02 ± 1.09) 年。两组患者在一般资料比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究流程项目经医院伦理委员会审核后批准展开。

1.2 方法

如患者在以往曾用其它降压药物控制血压的, 先进行为期 1 周的药物洗脱处理。对照组患者单纯用苯那普利 (商品名洛汀新, 北京诺华制药有限公司, 国药准字 H20000292) 治疗, 用药方式为口服, 1 次/d, 10mg/次。观察组患者联合替米沙坦 (海南赛力克药业有限公司, 国药准字 H20040459) 治疗, 用药方式为口服, 1 次/d, 40mg/d。

1.3 观察及评价标准

(1) 疗效判断标准: 在为期 12 周疗程后评价两组患者血压控制情况: 患者舒张压显著下降且幅度 $> 10\text{mmHg}$ 间, 血压指标长期

稳定在正常范围内, 为显效; 舒张压有所下降但幅度在 10mmHg 以内, 接近正常范围, 为有效; 患者血压指标没有得到改善甚至有所提高, 为无效^[1]。有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 血压指标检测: 在用药前及疗程后两个阶段, 选择清晨 7:00 左右进行血压水平检测, 对舒张压及收缩压均检测 3 次, 以平均值作为最后标准。(3) 生活质量: 在干预前后应用 SF-36 量表对患者生活质量进行评估, 从社会、心理、生理和正常生活等项目评价, 分数越高提示生活质量越突出。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间比较采用 t 检验; 计数资料采用率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

疗程后观察组患者治疗有效率评价高于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。请见表 1。

表 1 两组高血压患者病情控制有效率评价

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	30	13(43.33)	10(33.33)	7(23.33)	76.67
观察组	30	17(56.67)	12(40.0)	1(3.33)	96.67
χ^2	-				5.192
P	-				0.023

2.2 治疗前后血压检测情况

干预后观察组患者清晨血压指标包括收缩压、舒张压指标低于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。如表 3 所示:

表 3 两组高血压患者治疗前后舒张压、收缩压检测情况 (mmHg)

组别 (n)	舒张压		收缩压	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (30)	102.54 ± 10.21	91.43 ± 6.51*	163.12 ± 12.25	145.56 ± 10.25*
观察组 (30)	100.13 ± 12.61	82.13 ± 6.58*	163.87 ± 12.65	133.79 ± 10.36*
T	0.369	7.362	1.376	9.458
P	0.713	<0.001	0.171	<0.001

注: *提示组内数据治疗前后比较有统计学意义, $P < 0.05$

2.3 治疗前后生活质量检测情况

干预后观察组患者生活质量评价量表 (SF-36) 各项目评价分数高于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 两组高血压患者治疗前后 SF-36 量表项目评价情况 (分)

组别 (n)	社会		心理		生理		正常生活	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照 组(30)	13.42 ±	18.52 ±	14.03 ±	18.11 ±	13.68 ±	17.98 ±	13.61 ±	18.01 ±

	1.73	2.36 [*]	1.85	2.25 [*]	1.58	2.52 [*]	2.51	2.49 [*]
观察组(30)	13.41	22.31	14.01	22.51	13.65	22.64	13.58	21.69
	±	±	±	±	±	±	±	±
T	0.325	5.659	0.368	5.965	0.366	5.698	0.373	5.697
P	0.848	<0.001	0.836	<0.001	0.897	<0.001	0.877	<0.001

3 讨论

近年来高血压发病率呈现明显升高趋势,甚至已经成为危害公共健康的疾病,高血压病程时间较长且机体长期处于血压波动的情况下可引发多种并发症,容易发展为动脉硬化,已经有研究^[3]确认动脉硬化和心血管疾病的发病率之间存在紧密联系,对于高血压患者的治疗需要有效控制血压,避免出现高血压动脉硬化^[3-5]。

在本研究中将收治高血压患者以随机数字表方式分组,分别给予单纯苯那普利及联合替米沙坦治疗,对照组患者疗程后病情控制有效率为 76.67%,可知单一苯那普利治疗对于高血压依然有一定的改善效果,苯那普利是临床常用前体药物,对高血压患者控制机制在于应用后能够直接在体内发挥作用,利用血管紧张素活性进行转化,成为酶抑制剂,可有效抑制患者体内血管紧张素 II 当中的 I 型及 II 型受体^[4-6],但对照组患者治疗有效率明显低于联合替米沙坦治疗的观察组患者 96.67%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),替米沙坦属于非肽类长效血管紧张素受体拮抗剂,也是临床应用频率相对较高的降压药物,对于高血压的控制机制在于在被服用之后对于血管紧张素 II、AT₁ 亚型受体相结合的反应有着良好的阻断效果,从而避免因为体内血管紧张素 II 过高而使得机体生理出现明显的应激反应,从而取得较好的降压效果。临床有研究^[7]显示高血压患者应该重视颈动脉内膜-中层厚度的测量如果在 0.8mm 以上时,有较高可能诱发动脉硬化,而笔者在对高血压患者应用苯那普利联合替米沙坦治疗时发现患者动脉硬化程度能够得到游侠控制,与上述研究数据内容相符合,究其原因在于两种药物联合使用下能够抑制体内血管紧张素的生成速度,提升血管弹性,这就使得两种药物联合不但能够发挥协同作用提升降压效果,同时也可发挥降低心血管事件发生风险作用,达到保护心血管的目的^[8-10]。

综上所述,对高血压患者应用苯那普利联合替米沙坦治疗方案治疗对血压指标有良好的控制效果,从而达到一定程度改善动脉硬化的作用,值得对此类患者普及推广。

参考文献:

- [1]谢勇. 苯那普利联合替米沙坦治疗高血压的临床疗效及对动脉硬化的影响[J]. 北方药学,2019,16(1):88-89.
- [2]卢艳萍. 苯那普利联合替米沙坦治疗高血压的临床疗效及对动脉硬化的影响[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(90):142-144.
- [3]唐文博,陈阳,唐可清. 釜底抽薪方贴敷涌泉穴治疗肝阳上亢型原发性高血压的临床研究[J]. 河北中医,2021,43(10):1632-1635,1639.
- [4]徐永娟,苏稼航,迟荣香,等. 脐灸联合穴位贴敷治疗阴性体质高血压病人血清 microRNA-92a 水平的变化[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(6):1008-1011.
- [5]中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2010年修订版)[J]. 中国实用乡村医生杂志,2012,19(12):1-15.
- [6]《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》(摘编之一)[J]. 中医药临床杂志,2007,19(2):118-119.
- [7]Li W, Liu H, Huo C, et al. Effects of acupuncture on the relationship between cerebral hemodynamics and arterial blood pressure in patients with hypertension[J]. Medicine in Novel Technology and Devices, 2021(5):100093.
- [8]梁燕,多慧玲,陈蕾,等. 加味升降散穴位贴敷对原发性高血压患者血压昼夜节律及临床疗效的影响——附 30 例临床资料[J]. 江苏中医药,2020,52(9):25-28.
- [9]Moore M N, Climie R E, Otahal P, et al. Exercise blood pressure and cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies[J]. Journal of hypertension, 2021, 39(12):2395-2402.
- [10]赵洪霞,刘迎,刘金凤. 穴位贴敷联合中药泡脚足治疗高血压眩晕疗效观察[J]. 西部中医药,2022,35(1):138-141.