

螺内酯联合降压治疗老年难治性高血压的临床观察

古丽努尔·堆依木汗

(新疆维吾尔自治区人民医院高血压诊疗中心 新疆乌鲁木齐 830001)

摘要: 目的: 探讨老年难治性高血压采取螺内酯联合降压治疗的临床效果。方法: 选取 2021.1~2021.12 期间我院治疗的 60 例老年难治性高血压, 随机将其分为 2 组, 给予对照组降压治疗, 研究组在对照组基础上加以螺内酯治疗, 观察两组临床效果、治疗前后血压水平以及不良反应发生率。结果: 总有效率: 研究组的 93.33% 高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$), 血压水平: 治疗前两组无差异 ($P > 0.05$), 治疗后两组均有所降低 ($P < 0.05$), 但研究组降低更明显 ($P < 0.05$)。结论: 老年难治性高血压患者采取螺内酯联合降压治疗可促使临床效果得到进一步提升, 血压得到进一步控制, 并且该方案不良反应少, 安全性高, 值得推广。

关键词: 老年难治性高血压; 螺内酯; 降压治疗; 临床效果; 血压水平; 安全性

高血压是临床常见病, 发病率较高, 数据统计显示, 全世界范围内高血压负担占比高达 4.5%^[1]。该病最主要特征为血压水平升高, 该病常见诱发因素有超重和肥胖、血脂异常、体力活动不足、不良饮食习惯、过量饮酒、年龄、长期精神紧张、高血压家族史^[2]。难治性高血压是指在改善生活方式的基础上, 联合应用耐受且合理的足量 3 种或超过 3 种的降压药 (包括利尿剂), 治疗一个月以上血压仍未控制在 140/90mmHg 以内的高血压, 或至少应用 4 种或超过 4 种的降压药才能促使血压得到控制的一种高血压^[3]。该类高血压治疗难度较高, 血压长期控制不佳可损害患者血管、肾脏、心脏、脑等靶器官, 进而诱发多种疾病, 如肾衰竭、脑梗死、冠心病等, 这些疾病对患者造成的危害十分严重, 故需及早治疗。本研究对于该病在降压治疗基础上联合应用螺内酯取得的效果较为满意, 现探讨如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2021.1~2021.12 期间我院治疗的 60 例老年难治性高血压, 随机将其分为 2 组, 即对照组 (30 例, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 60~75 岁, 平均 67.58 ± 8.01 岁) 和研究组 (30 例, 男 15 例, 女 15 例, 年龄 60~74 岁, 平均 67.12 ± 8.29 岁)。纳入标准: ①所有患者均符合 2022 年颁布的《中国高血压临床实践指南》^[4] 中高血压诊断标准; ②经联合应用 ≥ 3 种以上降压药治疗 1 个月后血压仍未控制在 140/90mmHg 以内; ③各项资料齐全; ④患者同意研究。排除标准: ①存在药物过敏史; ②已经出现严重并发症; ③心、肝、肾功能衰竭; ④依从性极差。两组基线资料无统计学差异 ($P > 0.05$), 可比。

1.2 方法

给予对照组降压治疗, 药物主要应用缬沙坦、硝苯地平和氢氯噻嗪, 片剂口服, 缬沙坦用量为 80mg/次, 1 次/d, 硝苯地平控释片用量 30mg/次, 1 次/d, 后续用量按照患者具体情况调整, 氢氯噻嗪用量为 25mg/次, 1 次/d。研究组在对照组基础上加以螺内酯治疗, 给予患者螺内酯片口服, 20mg/次, 1 次/d。所有患者在治疗期间均严格遵医嘱服药, 并保持良好的饮食习惯、生活习惯和运动习惯。

1.3 观察指标

比较两组临床效果、治疗前后血压水平以及不良反应发生率。临床效果评价标准^[5]: 显效: 舒张压 (DBP)、收缩压 (SBP) 降至正常水平; 有效: DBP 下降 5~10mmHg, SBP 下降 10~20mmHg; 无效: 未满足以上标准。统计总有效率, 总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100.00%。

1.4 统计学方法

数据纳入 SPSS22.0 软件分析, 采用 χ^2 检验和 t 检验, $P < 0.05$ 表示数据有差异。

2 结果

2.1 两组临床效果对比

总有效率: 研究组的 93.33% 高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$)。详见下表:

表 2 两组临床效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	30	11(36.67%)	9(30.00%)	10(33.33%)	20/30

					(66.67%)
研究组	30	20(66.67%)	8(26.67%)	2(6.67%)	28/30
χ^2	-	5.406	0.082	6.667	6.667
P	-	0.020	0.774	0.010	0.010

2.2 两组治疗前后血压水平对比

血压水平: 治疗前两组无差异 ($P > 0.05$), 治疗后两组均有所降低 ($P < 0.05$), 但研究组降低更明显 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 两组治疗前后血压水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	149.05 ± 7.98	142.08 ± 6.35 ^a	102.09 ± 8.02	92.12 ± 5.61 ^b
研究组	30	149.31 ± 7.06	119.29 ± 5.56 ^a	102.54 ± 8.23	80.09 ± 6.14 ^b
t	-	0.134	14.790	0.214	7.922
P	-	0.894	0.001	0.831	0.001

注: a、b 与治疗前对比, 均 $P < 0.05$ 。

2.3 两组不良反应发生率对比

不良反应发生率: 研究组的 6.67% 与对照组的 3.33% 无差异 ($P > 0.05$)。详见表 3:

表 3 两组不良反应发生率比较[n(%)]

组别	例数	头晕头痛	胃肠道反应	高钾血症	合计 (%)
对照组	30	1(3.33%)	0(0.00%)	0(0.00%)	1/30(3.33%)
研究组	30	0(0.00%)	1(3.33%)	1(3.33%)	2/30(6.67%)
χ^2	-	1.017	1.017	1.017	0.351
P	-	0.313	0.313	0.313	0.554

3 讨论

高血压在临床中十分常见, 是以体循环动脉血压 (收缩压和/或舒张压) 增高为主要特征的一种疾病, 发病率较高, 老年人群是该病常见好发群体。该病起病较为缓慢, 病程较长, 多数患者无明显症状, 部分患者可出现耳鸣、乏力、头晕、头痛、失眠等, 紧张或劳累后加重^[6]。难治性高血压是高血压治疗的一个难点, 数据统计显示, 难治性高血压约占全部高血压患者的 15%~20%, 难治性高血压常见病因有靶器官损害、继发性高血压、血管重塑、药物、肥胖、假顽固性、患者服药依从性差、不良生活方式、药物治疗不规范、高盐摄入、颈动脉压力反射减退、肥胖等, 若治疗不及时, 血压长期处在较高水平可对患者各器官造成损害, 并可改变心脏、血管功能结构, 最终诱发脏器功能衰竭, 血压在短期内骤升者可出现高血压脑病、高血压危象等, 故需及早治疗^[7]。

药物是现临床上治疗该病的常用方法之一, 钙通道阻滞剂 (CCB)、 β 受体阻滞剂、血管紧张素 II 受体阻滞剂 (ARB)、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 等是常用药, 往常临床上对于这类高血压一般采取 3 种或 3 种以上降压药联合治疗, 本研究即采取了缬沙坦、硝苯地平和氢氯噻嗪联合治疗, 其中缬沙坦属于血管紧张素 II 受体拮抗剂类降压药物, 该药应用后可有效封闭血管紧张素 II 内 I 型受体 (AT1 受体), 促使血管紧张素 II 中血浆水平进一步升高, 从而对未封闭的 AT2 受体产生刺激, 使其对 AT1 受体产生抗衡作用, 进而达到扩血管、降压作用, 但该药不会抑制钾诱

发的醛固醇释放,同时该药降压作用相对较弱,药物半衰期较短,作用持续时间较短^[8]。硝苯地平控释片是钙离子拮抗剂中常见的一种,该药经应用后可作用于患者的外周阻力血管、心肌细胞以及冠状动脉的平滑肌细胞,可选择性抑制心肌内钙离子内流,进而促使冠脉扩张,外周血管阻力降低,也可促使机体耗氧需求减少,从而降压^[9]。氨氯地平也是钙离子拮抗剂中常见的一种,该药应用后可促使外周小动脉扩张,进而促使血管外周阻力降低,降低血压。以上三种药物虽应用广泛,但对于难治性高血压患者来说,控制血压的效果仍欠佳,故需寻求一种更有效的药物^[10]。

螺内酯是利尿剂中常见的一种,该药属于醛固酮竞争性抑制剂,难治性高血压采取该药治疗即使患者无醛固酮升高也有效。研究显示,对于难治性高血压,在常规降压基础上联合螺内酯治疗可促使血压降低约 22/10mmHg^[11]。该药结构类似于醛固酮,应用后可作用于集合管、机体远曲小管的皮质段上皮细胞,作用于该细胞上与醛固酮受体进行竞争性结合,对醛固酮促进 K-Na 的交换产生抑制作用,进而增加 Cl、Na 的排出,发挥良好积极的利尿作用^[12]。并且该药对肾小管之外的醛固酮靶器官也具有良好的作用,该药的利尿持久而缓慢,血浆蛋白结合率、生物利用度均较高。该药除具备以上作用外,还可抑制长期使用 ACEI 类药物、ARB 药物治疗后出现的醛固酮逃逸和胰岛素抵抗现象,并可对内皮素、甲状腺素、去甲肾上腺素等醛固酮刺激因子诱发的血醛固酮升高进行抑制,同时该药应用后可改善血管平滑肌张力,促使血管对肾上腺素的加压反应得以减轻,进而预防血管重构^[13]。并且该药不良反应少,安全性高。

此次结果显示,总有效率:研究组的 93.33% 高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$), 血压水平: 治疗前两组无差异 ($P > 0.05$), 治疗后两组均有所降低 ($P < 0.05$), 但研究组降低更明显 ($P < 0.05$), 可见螺内酯联合降压治疗是显著有效的,这主要与螺内酯具有良好的利尿降压作用有关。不良反应发生率:研究组的 6.67% 与对照组的 3.33% 无差异 ($P > 0.05$), 可见在常规降压治疗基础上联合螺内酯治疗并不会增加药物不良反应,联合用药安全性仍较高,表明该方案具备推广价值。

综上所述,老年难治性高血压患者采取螺内酯联合降压治疗可促使临床效果得到进一步提升,血压得到进一步控制,并且该方案不良反应少,安全性高,值得推广。

参考文献:

- [1] 杨文, 刘洁云, 秦雷. 螺内酯与呋塞米对老年难治性高血压患者降压效果及安全性分析[J]. 广东医学, 2019, 40(8):74-77.
- [2] 张子渠, 刘勇, 李经纬, 等. 氨氯地平贝那普利片治疗自由双联降压未达标的 2 级高血压患者动态血压评价[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(18):5.
- [3] 孙宁玲, 霍勇, 王继光, 等. 难治性高血压诊断治疗中国专家共识[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2013, 21(2):69-73.
- [4] 中国医师协会, 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会高血压专业委员会. 《中国高血压临床实践指南》, 2022.
- [5] 袁梅. 螺内酯联合血府逐瘀胶囊治疗难治性高血压心力衰竭 ACEI/ARB 治疗后醛固酮逃逸的疗效及对心率变异性、主要心血管事件的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(17):6.
- [6] Pool J, Kaihlanen P, Lewis G, et al. Once-daily treatment of patients with hypertension: A placebo-controlled study of amlodipine and benazepril vs amlodipine or benazepril alone[J]. Journal of Human Hypertension, 2001, 15(7):495-498.
- [7] 刘淑德, 苏冬梅, 刘伟杰. 螺内酯联合缬沙坦及氢氯噻嗪治疗老年难治性高血压的临床效果研究进展[J]. 中外医疗, 2019, 38(23):4.
- [8] 江文科, 程卓, 李锦良, 等. 分析原发性高血压应用缬沙坦联合硝苯地平控释片治疗的效果[J]. 海峡药学, 2020, 32(5):96-97.
- [9] 范会敏. 缬沙坦分散片+硝苯地平控释片联合用药方案治疗原发性高血压病的临床研究[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(02):89-91.
- [10] 周雁花, 刘红阳, 周慧, 等. 阿托伐他汀钙片联合氨氯地平对中老年高血压合并冠心病患者血脂及血清 Apelin 水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2020, 040(008):1587-1589.
- [11] 张志彬, 钟鸣, 黄丽群, 等. 螺内酯联合卡维地洛治疗难治性高血压的临床效果[J]. 中国当代医药, 2019, 26(7):61-63.
- [12] 唐南, 王慎旭. 探讨不同剂量螺内酯治疗冠心病并慢性心力衰竭的临床疗效[J]. 中国合理用药探索, 2020, 17(06):84-87.
- [13] 王文涛. 螺内酯联合常规抗高血压药物治疗难治性高血压的效果分析[J]. 糖尿病天地, 2018, 15(10):53-54.