

吲达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病患者的临床观察

窦伟光 孙永晖 王宁

(青州市人民医院 山东青州 262500)

摘要:目的: 探究吲达帕胺、氨氯地平联合用于高血压并冠心病患者治疗中的效果。方法: 选取本院 2023 年 1 月至 2023 年 8 月收治的 86 例高血压并冠心病患者作为研究对象, 随机分配法分组, 对照组 (43 例) 行氨氯地平单药治疗, 观察组 (43 例) 行吲达帕胺+氨氯地平治疗, 分析对比两组临床疗效。结果: 两组治疗后血压水平降低, 且观察组改善效果更突出 ($P < 0.05$)。观察组治疗后 TG、TC、LDL-C 水平比对照组更低, HDL-C 水平比对照组更高 ($P < 0.05$)。两组治疗后血清因子水平降低, 且观察组下降幅度更突出 ($P < 0.05$)。两组不良反应发生率 (观察组 9.30%/4.65%) 对比, 组间差异较小 ($P > 0.05$)。观察组总有效率 97.67% 比对照组 81.40% 更高 ($P < 0.05$)。结论: 将吲达帕胺、氨氯地平联合用于高血压并冠心病患者治疗中疗效确切, 有助于促进患者血压、血脂水平及血管内皮功能改善, 且安全性较高。

关键词: 吲达帕胺; 氨氯地平; 高血压; 冠心病

高血压并冠心病为临床常见的一种心血管疾病, 该病以暂时性缺血或心肌缺氧引发心前区疼痛作为典型症状, 高血压为诱发冠心病的一个重要因素, 该病患者随病情进展, 易引起心梗、脑梗等严重并发症, 危及患者生命^[1]。当前, 对于此类患者, 临床多用药物对病情进展加以控制。苯磺酸氨氯地平属于钙离子通道阻滞剂的一种, 其可直接作用血管平滑肌, 促进外周血管阻力降低, 保护心脏, 但临床实践发现, 单用此药治疗疗效并不理想^[2]。吲达帕胺属于磺胺类利尿剂, 其存在显著的抗压作用, 可经由对肾小管皮质部再吸收进行抑制而发挥利尿作用, 使心脏负荷降低, 二者联用, 可发挥协同增效作用, 有助于促进患者病情康复^[3]。本研究以 86 例高血压并冠心病患者作为研究对象, 对比分析吲达帕胺、氨氯地平联合用于高血压并冠心病患者治疗中的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2023 年 1 月至 2023 年 8 月收治的 86 例高血压并冠心病患者作为研究对象, 随机分配法分组, 对照组 (43 例) 行氨氯地平单药治疗, 观察组 (43 例) 行吲达帕胺+氨氯地平治疗。对照组男性、女性各 26 例、17 例, 年龄 37~81 (58.47±3.15) 岁, 病程 2~10 (5.72±1.13) 年。观察组男性、女性各 27 例、16 例, 年龄 36~81 (58.30±3.24) 岁, 病程 2~10 (5.67±1.05) 年。两组一般资料基本相同 ($P > 0.05$), 有可比性。(1) 纳入标准: 与冠心病、高血压相关诊断标准相符; 收缩压超过 140mmHg 或者舒张压超过 90mmHg; 短期内冠心病心绞痛发作次数每周不低于 2 次; 知情同时在“知情协议”上签字。(2) 排除标准: 精神异常; 并发恶性肿瘤疾病; 并发严重脏器 (肝、肾等) 功能障碍; 对研究用药物过敏。

1.2 方法

1.2.1 对照组

行氨氯地平单药治疗, 5mg/次, 1 次/d, 口服, 患者持续治疗 2 个月。

1.2.2 观察组

行吲达帕胺+氨氯地平治疗, 具体如下: (1) 氨氯地平治疗方法与对照组相同; (2) 吲达帕胺治疗, 1.5mg/次, 1 次/d, 口服, 患者持续治疗 2 个月。

两组患者在治疗期间, 均需严格遵医嘱用药, 严禁私自增减用量或更换药物。并且在治疗期间, 医师要密切监测患者病情及各项体征变化状况, 以便及时对用量进行调整。

1.3 观察指标

(1) 在治疗前、后分别使用动态血压检测仪对患者血压水平 (舒张压; 收缩压) 进行检测比较。

(2) 在治疗前、后分别采集患者 4mL 清晨空腹静脉血, 离心 (3000r/min, 7min) 取上清液, 利用酶联免疫吸附法对患者血脂 (TG: 三酰甘油; TC: 总胆固醇; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白) 水平进行测定比较。

(3) 采集患者治疗前、后 3mL 静脉血, 离心取上清液, 利用双抗夹心法对患者 ET-1 (内皮素)、hs-CRP (超敏 C 反应蛋白) 进行测定比较。

(4) 对患者不良反应 (头痛/口干/肌肉痉挛) 发生状况进行统计对比。

(5) 观察对比两组临床疗效, 患者血压水平恢复正常, 心绞痛症状消失或缓解显著, 舒张压降低 10mmHg 以上, 血脂水平显著改善代表显效; 血压、血脂水平改善, 心绞痛发作次数减少 50% 以上, 舒张压下降不超过 10mmHg 代表有效; 病情未改善, 心绞痛发作次数减少 < 50% 代表无效。

1.4 统计学处理

数据由 SPSS26.0 软件处理, 计数 (不良反应发生状况; 临床疗效)、计量 (血压水平; 血脂水平; 血清因子水平) 资料分别由数 (n) 或率 (%)、均数 ± 标准差 ($\bar{X} \pm s$) 表示, χ^2 、t 检验, $P < 0.05$ 说明有统计差异。

2 结果

2.1 血压水平

两组治疗前血压水平差异较小 ($P > 0.05$); 两组治疗后血压水平降低, 且观察组改善效果更突出 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组血压水平对比 ($\bar{X} \pm S$, mmHg)

组别 (n=43)	舒张压		收缩压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	97.81 ± 6.13	81.03 ± 3.66	150.76 ± 7.58	123.18 ± 5.06
对照组	97.70 ± 5.92	86.54 ± 4.49	150.65 ± 7.42	132.64 ± 6.01
t	0.085	6.237	0.068	7.896
P	0.933	0.000	0.946	0.000

2.2 血脂水平

两组治疗前血脂水平差异较小 ($P > 0.05$); 观察组治疗后 TG、TC、LDL-C 水平比对照组更低, HDL-C 水平比对照组更高 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组血脂水平对比 ($\bar{X} \pm S$, mmol/L)

组别 (n=43)	TG		TC		LDL-C		HDL-C	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

观察组	3.71 ± 0.37	1.77 ± 0.24	6.07 ± 0.56	4.23 ± 0.37	5.33 ± 0.45	3.17 ± 0.32	0.85 ± 0.12	1.49 ± 0.25
对照组	3.65 ± 0.32	3.03 ± 0.28	6.14 ± 0.49	5.61 ± 0.40	5.40 ± 0.52	4.68 ± 0.39	0.88 ± 0.10	1.09 ± 0.18
t	0.804	22.405	0.617	16.608	0.667	19.628	1.259	8.515
P	0.424	0.000	0.539	0.000	0.506	0.000	0.211	0.000

2.3 血清因子水平

两组治疗前血清因子水平差异不明显 ($P > 0.05$); 两组治疗后血清因子水平降低, 且观察组下降幅度更突出 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组血清因子水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=43)	ET-1 (ng/L)		hs-CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	66.85 ± 6.14	39.67 ± 4.15	3.53 ± 0.47	2.06 ± 0.24
对照组	67.01 ± 6.30	50.32 ± 4.79	3.59 ± 0.41	3.19 ± 0.30
t	0.119	11.019	0.631	19.287
P	0.905	0.000	0.530	0.0000

2.4 不良反应发生状况

两组不良反应发生率 (观察组 9.30%/4.65%) 对比, 组间差异较小 ($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生状况对比[n(%)]

组别 (n = 43)	头痛	口干	肌肉痉挛	发生率
观察组	1 (2.33)	2 (4.65)	1 (2.33)	4 (9.30)
对照组	1 (2.33)	1 (2.33)	0 (0.00)	2 (4.65)
X ²	-	-	-	0.717
P	-	-	-	0.397

2.5 临床疗效

观察组总有效率 97.67% 比对照组 81.40% 更高 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组临床疗效对比[n(%)]

组别 (n = 43)	显效	有效	无效	有效率
观察组	26 (60.47)	16 (37.21)	1 (2.33)	42 (97.67)
对照组	23 (53.49)	12 (27.91)	8 (18.60)	35 (81.40)
X ²	-	-	-	6.081
P	-	-	-	0.014

3 讨论

近些年, 受公众生活习惯、饮食结构等方面变化因素影响, 心脑血管疾病发病率显著提升, 冠心病为其中一种。一般情况下, 高血压、糖尿病、高血脂、遗传因素、长期酗酒、吸烟等均可能直接或者间接诱发该病, 且冠心病发作受情绪波动、季节等因素影响, 其根本原因在于冠状动脉粥样硬化等病变致使血管变窄, 血流量减少, 使心肌供氧、供血不足, 进而引起心功能异常^[4]。部分研究指出, 高血压为冠心病的常见诱因, 大部分冠心病患者均具备高血压史, 此两种疾病虽然均为慢性病, 但随患者病情进展, 易使患者产生心肌梗死等严重并发症, 危及患者生命^[5]。当前, 对于此类患者, 临床多采用药物进行治疗。降压药的选择直接关乎患者病情控制效果。氨氯地平、吲达帕胺均为临床应用频率较高的降压药, 此两种药物作用机制存在一定差异, 协同使用可发挥理想的降压效果^[6]。吲达帕胺为一种磺胺类药物, 此药可对远曲小管水、电解质的吸收发挥抑制作用, 其具备保钠排钾的功效, 发挥利尿作用, 可对 Ca²⁺转运进行调节, 抑制 Ca²⁺流入血管内皮, 促进血管平滑肌松弛, 促进邻近小动脉扩张, 从而使血管阻力下降, 患者血压水平降低, 提高

心肌供氧供血量, 减轻心脏负荷, 使患者心肌缺血状况得以改善^[7]。吲达帕胺起效快, 药效平稳, 且毒副作用较低, 多数患者用药后无明显不良反应, 安全性较高^[8]。氨氯地平为第 3 代二氢吡啶类药物的一种, 此药可高选择性作用于心肌、血管平滑肌。对 Ca²⁺内流进行抑制, 促进血管内皮功能改善, 松弛平滑肌, 扩张冠状动脉以及外周血管, 使患者心脏负荷减轻, 增加心脏血流灌注, 对动脉粥样硬化进展进行控制, 从而发挥改善心肌缺血、降压的双重功效^[9]。除此之外, 氨氯地平还可对心肌细胞钙泵活性进行抑制, 减少心肌耗氧量, 缓解患者心绞痛症状^[10]。

本研究结果显示, 两组治疗后血压、血脂水平改善, 且观察组改善效果更突出, 提示对高血压并冠心病患者实施吲达帕胺+氨氯地平治疗有助于改善患者血压、血脂水平。高血压损害指标为 ET-1、hs-CRP, 血压异常升高, 会造成血管内皮受损, ET-1 合成量增多, 使血管顺应性降低, 血压水平升高; hs-CRP 浓度提升对血管内皮细胞迁移、增殖存在积极的促进作用, 可造成动脉内膜增厚, 血管重构阻力增加, 对病情恢复造成影响。本研究结果显示, 两组治疗后血清因子水平降低, 且观察组下降幅度更突出, 提示对高血压并冠心病患者实施吲达帕胺+氨氯地平治疗可改善患者血管内皮功能。究其原因, 氨氯地平为二氢吡啶类拮抗剂, 此药中含有充足的降压成分, 有助于促进血管对内源性一氧化氮予以释放, 减轻病情对血管内皮造成的损害。吲达帕胺存在扩血管、钙通道阻滞的作用, 可减少钙离子内流, 促进血管平滑肌舒张, 降低患者血压水平, 减轻病情对血管内皮造成的损伤。两组不良反应发生率差异较小, 提示将吲达帕胺、氨氯地平联合用于高血压并冠心病治疗中安全性较高。观察组总有效率 97.67% 比对照组 81.40% 更高, 可见将吲达帕胺、氨氯地平联合用于高血压并冠心病治疗中疗效突出。

综上, 对高血压并冠心病患者行吲达帕胺+氨氯地平治疗疗效突出, 有助于促进患者血压、血脂水平及血管内皮功能改善, 安全性较高, 值得推广。

参考文献:

- [1] 梁艳霞. 吲达帕胺联合氨氯地平用于高血压合并冠心病的临床治疗效果探讨[J]. 中外女性健康研究, 2023(8):54-55,74.
- [2] 孙恒. 吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2023,17(1):76-78.
- [3] 莫颖娟, 周礼志, 赖胜华. 吲达帕胺联合左旋氨氯地平治疗高血压合并冠心病的药学特点及对疗效的影响分析[J]. 医药前沿, 2023,13(10):65-67.
- [4] 陈丽娟, 宋才. 吲达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病患者的疗效观察[J]. 健康之友, 2023(12):263-265.
- [5] 陆良美. 吲达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J]. 健康女性, 2023(21):49-50,70.
- [6] 张万强, 刘冰. 吲达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2022,17(23):121-123.
- [7] 李玉华. 吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J]. 保健文汇, 2022,23(2):21-22.
- [8] 杨海军, 李相彬. 吲达帕胺联合左旋氨氯地平对高血压合并冠心病患者血压、血脂及 hs-CRP、ET-1 水平的影响[J]. 现代医学与健康研究 (电子版), 2021,5(8):49-51.
- [9] 刘佳. 吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病的临床效果评价[J]. 中国保健营养, 2021,31(1):60.
- [10] 王玉芝. 吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病的效果观察[J]. 饮食保健, 2021(16):73.