

一例合并高血压糖尿病患者的病例分析

邓丽

(青海省海东市平安区中医医院 青海 海东 810699)

合并高血压糖尿病降压治疗的目的^[1]: (1) 减少糖尿病大血管和微血管并发症的发生; (2) 保护易受高血压损害的靶器官; (3) 减少致死、致残率, 提高患者的生活质量, 延长寿命。合并高血压糖尿病的降压治疗, 更重要的是保护心、脑、肾等重要靶器官。

1 病史简介

患者: 男, 47岁, 身高 168cm, 80Kg, 体重指数: 28.345, 腰围 110cm, 吸烟饮酒史 30年。

“糖尿病”12年, 口服二甲双胍片(具体剂量不详)。5年前改用瑞格列奈片(2mg/po/Tid)、皮下注射甘精胰岛素 20U。口干、多饮多尿加重伴乏力 2月。

入院查体: BP171/96mmHg, 随机血糖 21.9mmol/L。

入院诊断: 2型糖尿病, 高血压 3级(极高危)

诊疗经过: 给予门冬胰岛素注射液(6U)皮下泵入、注射用腺苷钴胺 1.5mg/im/Qd、注射用磷酸肌酸钠 1.0ivgtt/Qd。硝苯地平缓释片 30mg/口服/Qd。第二天, 血压 150/100mmHg, 双下肢动脉彩超示: 双下肢动脉粥样硬化斑块形成; 颈部血管彩超结果示: 右侧颈动脉斑块形成; 生化结果示: 甘油三酯(TG) 4.01mmol/L, 高密度载脂蛋白(HDL-C) 1.11mmol/L。给予苯扎贝特片 0.4g/口服/Tid、阿司匹林肠溶片 100mg/口服/Qd。葡萄糖空腹 9.40mmol/L, 二小时 14.86mmol/L; C-肽空腹 1.91ng/mL, C-肽 2小时 3.51ng/mL。加用缬沙坦胶囊(80mg/口服/Qd)。血压 151/89mmHg, 患者腹型肥胖, 给予二甲双胍片(0.5g/口服/Bid)。第六天, 查血压 130/80mmHg, 24小时血压平均值 156/92mmHg, 监测空腹血糖波动在 8-10mmol/L, 餐后血糖波动在 8-10mmol/L, 改为皮下注射胰岛素(甘精胰岛素 18单位/Qd), 继续口服二甲双胍, 利拉鲁肽注射液(0.6g/皮下注射/Qd)。第八天, 查血压 130/90mmHg, 空腹血糖 8.30mmol/L, 餐后血糖 9.60mmol/L, 患者症状缓解, 出院。

2 治疗方案的分析

2.1 合并高血压的糖尿病患者的相关危险因素分析

研究显示, 高密度载脂蛋白偏低、血脂异常、体重指数、年龄、职业紧张都是合并高血压糖尿病的危险因素^[2]。HDL-C是一种抗动脉粥样硬化的血浆脂蛋白, 可以清除血液和细胞中过多的胆固醇和低密度脂蛋白, 高密度脂蛋白越低, 高血压患者患糖尿病的风险越大, 血脂异常是合并高血压糖尿病患者的危险因素, 其中甘油三酯异常的高血压患者发生糖尿病的风险比甘油三酯正常的高血压患者大, 体重指数及腰围越大, 糖尿病的患病风险越高^[2-3]。有糖尿病和高血压家族史者糖尿病合并高血压的患病率要显著高于无家族史者^[3]。该患者年龄 47岁, 属于超重范围, 生化检验结果显示高密度载脂蛋白(HDL-C) 1.11mmol/L, 甘油三酯(TG) 4.01mmol/L, 吸烟、饮酒史 30年, 属高危人群。

2.2 降压方案分析

高血压合并糖尿病患者血压控制目标^[1]: 血压 < 140/80mmHg; ≥65岁的老年人收缩压应控制在 150mmHg以下, 如能耐受还可以进一步降低; 舒张压 < 60mmHg的冠心病患者, 应在密切监测血压的情况下逐渐实现降压达标; 合并肾脏疾病或病情稳定的冠心病患者治疗目标更宜个体化。联合用药的适应证^[1]: 2级高血压、高于目标血压 20/10mmHg和(或)伴有多种危险因素、靶器官损害或临床疾患的高危人群, 往往初始治疗即需要应用 2种小剂量降压药物, 如不能达到目标血压, 可在原药基础上加量或可能需要 3种, 甚至

4种以上降压药物。目前被推荐的联合用药方案包括^[1]: (1) ACEI或ARB联合利尿剂; (2) ACEI或ARB联合钙拮抗剂; (3) 单片复方制剂, 如ACEI/ARB加小剂量利尿剂、ARB加钙拮抗剂等固定复方, 降压效果好, 临床耐受性高, 可提高服药依从性, 是高血压伴糖尿病患者推荐的联合治疗方案。

钙拮抗剂对于心肌钙通道以及血管平滑肌具有选择性作用, 能够有效扩张周围动脉, 且能够降低外周血管的阻力, 降压效果显著, 药效持久^[4]。硝苯地平可通过降低血管壁细胞质内游离钙离子浓度使血管扩张, 因其不影响糖脂代谢, 故在糖尿病患者中应用比较安全。钙离子作为第二信使参与细胞分裂增生, 故钙离子拮抗剂还通过减少生长因子的促有丝分裂作用, 对高血压肾脏损害如肥大、增生等起抑制作用^[5]。研究显示, 硝苯地平缓释片治疗高血压时, 患者的生生化指标以及肝功能、血糖值等均无显著影响, 避免了短效药物因强效、快速降压而导致反射性的交感神经兴奋引发诸多不良反应, 用于治疗高血压合并糖尿病安全有效, 且不良反应少, 单次服用剂量以及每天用药次数均较少, 患者依从性高。

缬沙坦对血管紧张素转换酶没有抑制作用, 不引起缓激肽或P物质的滞留, 所以不会引起咳嗽; 缬沙坦降低血压的同时, 不影响心率, 突然终止治疗, 不引起高血压“反跳”或其他毒副作用; 缬沙坦亦不影响高血压患者的胆固醇、三酰甘油、血糖和尿酸水平。

根据高血压合并糖尿病患者血压控制目标, 该患者血压须控制在 < 140/80mmHg, 患者入院时测得血压 171/96mmHg, 给予硝苯地平缓释片(30mg/口服/Qd)降压治疗, 第三天测得血压 151/89mmHg, 血压控制不佳, 加用口服缬沙坦胶囊(80mg/口服/Qd)联合降压治疗。第六天测得血压 130/80mmHg, 第八天测得血压 130/90mmHg, 降压治疗已达标。该患者初始测得血压 171/96mmHg, 高于目标值 31mmHg, 在给予硝苯地平缓释片(30mg/口服/Qd)单药治疗时, 降压效果不佳, 联用缬沙坦胶囊(80mg/口服/Qd)后效果明显, 故给予联合药物治疗合理。在两药联合时, 降压作用机制应具有协同的降压作用, 该病例中使用了二氢吡啶类钙拮抗剂+ARB的用药方案, 钙拮抗剂具有直接扩张动脉的作用, ARB既扩张动脉、又扩张静脉, 故两药合用有协同降压作用^[6]。

3 小结

本病例中硝苯地平缓释片和缬沙坦胶囊联合使用可有效控制血压, 而不会影响血糖的控制, 所以硝苯地平联合缬沙坦治疗高血压合并 2型糖尿病患者的抗高血压效果优于单药治疗。

高血压和糖尿病是临床常见疾病, 存在血压控制难度更大, 且容易发生心、脑、肾等相关病变, 可使患者的致死率增加。选择高血压合并糖尿病的治疗药物时, 除了要考虑药物的降压效果外, 还需要考虑药物对于患者体内代谢平衡的影响, 注意合理联合用药, 在提高疗效的同时尽量避免药物的相互作用。

参考文献

- [1] 孙宁玲, 王鸿懿. 高血压合并 2 型糖尿病患者的血压控制专家指导意见 2013 版[J]. 中华高血压杂志, 2013, 21(6): 522-525
- [2] 刘湘琳, 吕淑荣, 张风云, 等. 高血压合并糖尿病的相关危险因素分析[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2013, 33(1): 68-72
- [3] 田园, 王建华, 职心乐, 等. 2 型糖尿病合并高血压危险因素病例对照研究[J]. 中国预防医学杂志, 2010, 11(1): 51-55