

· 临床研究 ·

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

谢玉霞, 武刚[△]

(新疆医科大学附属中医医院心内二科, 乌鲁木齐 830000)

摘要:目的 观察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。方法 选择该院收治的高血压合并冠心病患者 68 例, 随机分为治疗组 40 例、对照组 28 例。治疗组给予苯磺酸氨氯地平片和吲达帕胺缓释片, 对照组给予硝苯地平控释片, 治疗 6 周后, 分别观察两组血压、硝酸甘油片用量、血脂及不良反应情况。结果 治疗组降压及硝酸甘油片用量减少总有效率均高于对照组 (χ^2 分别为 4.31 和 11.5, $P < 0.05$); 治疗组血脂含量的变化均优于对照组 ($P < 0.05$); 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 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良好, 能有效控制病情, 值得临床推广应用。

关键词: 高血压; 冠心病; 吲达帕胺; 氨氯地平

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.06.015

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)06-0640-02

Curative effect of indapamide combined with amlodipine in treatment of hypertension associated with coronary heart disease

Xie Yuxia, Wu Gang[△]

(The Second Department of Cardiology, Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine,

Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang 830000, China)

Abstract: Objective To observe the efficacy of indapamide combined with amlodipine in treatment of hypertension associated with coronary heart diseases. **Methods** 68 patients treated in our hospital from December 2010 to March 2012 were divided into treatment group (40 cases) and control group (28 cases). The treatment group was given amlodipine besylate tablets and indapamide sustained-release tablets, and the control group was given nifedipine controlled release tablets. After treatment for 6 weeks, the blood pressure, nitroglycerin tablet dosage, blood fat and adverse reaction were observed in two groups. **Results** Total effective rate of antihypertensive in treatment group was significantly greater than that in the control group, and nitroglycerin tablet dosage obviously reduced ($\chi^2 = 4.31$ and 11.5, respectively, $P < 0.05$). Change of blood fat content in treatment group was better than that in control group ($P < 0.05$). There was no obvious difference in adverse reaction rate between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The efficacy of indapamide combined with amlodipine in treatment of hypertension associated with coronary heart disease is good. It can control the patient's condition effectively, and is worth to be popularized and applied widely.

Key words: hypertension; coronary disease; amlodipine; indapamide

高血压是最常见的心血管疾病之一, 其发病率随着年龄的增长而增高^[1]。患高血压后, 患者容易引起心、脑、肾的并发症, 严重影响患者的生活质量, 其中冠心病是最常见的并发症, 且随着年龄和高血压史的增长, 其并发症率越来越高^[2]。氨氯地平 and 吲达帕胺均是目前临床一线治疗高血压的药物, 有文献报道均可以应用高血压合并冠心病的治疗^[3-4], 但单独效果不佳, 本文在 2010 年 12 月至 2012 年 3 月观察了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疗效, 为临床更有效地用药提供充分的依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择同期本院收治的高血压合并冠心病患者 68 例, 入选标准: (1) 均符合中国高血压防治指南关于高血压诊断标准及 WHO 关于冠心病诊断标准^[5]; (2) 坐位舒张压大于 95 mm Hg, 坐位收缩压大于 160 mm Hg; (3) 近 2 周心绞痛发作次数在每周 3 次以上, 静息心电图有明显的缺血性 ST 段变化; (4) 曾服用降压药或抗冠心病药物者, 停用药物 1 周; (5) 自愿接受并配合医生的诊治。排除继发性高血压伴有糖尿病、肾功能不全、脑卒中、妊娠、对药物有过敏史等患者。随机将患

者分为两组, 对照组 28 例, 男 16 例, 女 12 例; 年龄 43~81, 平均 (51.6 ± 11.8) 岁; 病程 2~13 年, 平均 (7.7 ± 4.5) 年。治疗组 40 例, 男 25 例, 女 15 例; 年龄 45~83 岁, 平均 (55.1 ± 9.1) 岁; 病程 3~15 年, 平均 (6.4 ± 3.7) 年。两组性别、年龄、病程等临床资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 治疗组口服苯磺酸氨氯地平片 (辉瑞制药有限公司) 5 mg/次, 1 次/d, 吲达帕胺缓释片 (施维雅制药有限公司) 1.5 mg/次, 1 次/d。对照组给予硝苯地平控释片 30 mg/次, 1 次/d。1 个疗程均为 6 周, 治疗期间如有患者出现心绞痛时舌下含服硝酸甘油片 (北京益民药业有限公司) 0.25~0.5 mg。

1.2.2 观察指标 1 个疗程后, 分别观察两组治疗前后的血压; 测量患者的收缩压和舒张压, 各 3 次, 取平均值。另外检测治疗前后的血脂; 取患者空腹静脉血, 离心分离血清, 应用 DXC800 全自动生化分析仪检测总胆固醇、三酰甘油、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白含量。

1.2.3 疗效判定标准 参照卫生部规定的《新药临床研究指

表 1 两组治疗前后的血压、血脂指标变化情况($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间点	收缩压 (mm Hg)	舒张压 (mm Hg)	总胆固醇 (mol/L)	三酰甘油 (mol/L)	高密度脂蛋白 (mol/L)	低密度脂蛋白 (mol/L)
对照组	28	治疗前	176.9±9.7	100.6±8.3	6.27±1.05	3.57±0.25	0.85±0.11	5.27±0.64
		治疗后	139.4±12.1	94.6±9.6	5.80±0.82	3.27±0.25	1.14±0.12	4.97±0.35
治疗组	40	治疗前	179.1±10.3	104.4±9.5	6.33±0.85	3.40±0.36	0.88±0.10	5.37±0.47
		治疗后	120.4±13.0*	82.7±7.1*	4.40±0.75*	1.53±0.70*	1.40±0.15*	3.87±0.51*

*: $P < 0.05$, 与对照组比较。

导原则草案》中高血压疗效判定, 显效: 舒张压下降超过 10 mm Hg 并降至正常或下降超过 20 mm Hg; 有效: 舒张压下降低于 10 mm Hg, 但降至正常或下降 20 mm Hg 以内; 无效: 不符合以上两项标准。硝酸甘油片用量比较, 显效: 用量减少超过 80%; 有效: 用量减少超过 50%; 无效: 用量减少小于 50% 或没有减少反而增加。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件, 计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 结果比较采用 t 检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组降压效果比较 治疗组显效 27 例, 有效 7 例, 无效 6 例, 总有效率为 85.0%; 对照组分别为 7、11、10 例, 总有效率为 63.0%。两组总有效率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.31$, $P = 0.038$)。

2.2 血压及血脂变化情况 两组用药前后高血压患者血压及血脂变化情况, 见表 1。

2.3 两组硝酸甘油片用量情况比较 治疗组显效 9 例, 有效 26 例, 无效 5 例, 总有效率为 87.5%; 对照组分别为 2、12、14 例, 总有效率为 50.0%。两组总有效率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 11.5$, $P = 0.001$)。

2.4 两组不良反应情况比较 治疗组中不良反应发生 2 例, 其中头痛 1 例、过敏 1 例, 不良反应发生率为 5.0%; 对照组中头痛 1 例, 水肿 1 例, 不良反应发生率为 7.1%。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.40$, $P = 0.548$)。

3 讨论

我国人群高血压患病率仍呈增长态势, 每 5 个成人中就有 1 人患高血压, 估计目前全国高血压患者至少 2 亿, 但高血压知晓率、治疗率和控制率较低^[6]。高血压是心脑血管疾病发病的危险因素, 致死率极高, 近几年高血压合并冠心病成为了主要的死因, 所以要采取措施有效地控制高血压, 降低冠心病并发症发生率, 减少病死率^[7-9]。

苯磺酸氨氯地平作为长效二氢吡啶类钙离子通道阻滞剂, 直接作用于血管平滑肌, 从而降低外周血管阻力和血压; 解除冠状动脉痉挛, 具有显著的降压作用, 降低心肌氧消耗, 减少心肌缺血的范围, 增加缺血心肌关注, 起到保护心脏的作用^[10-11]。长效钙离子拮抗剂具有疗效显著、降压作用平稳、维持时间长、服用方便、不良反应小等优点。吡达帕胺是具有吡啶环的磺胺衍生物, 它是一种利尿剂, 主要是通过抑制远曲小管皮质部再吸收作用, 保钠排钾, 达到利尿作用, 另外通过钙离子的跨膜转运调节作用, 改变血管平滑肌的松弛程度, 减少外周血管阻力, 从而起到降压的效果^[12-13]。由于原发性高血压 (EH) 患者大多数需要联合两种及以上药物才能使血压达标, 不同类型的降压药联合应用可以发挥协同作用, 减轻不良反

应, 患者容易接受, 并可长期坚持用药^[14-15]。患者单独应用利尿剂效果往往疗效不理想, 吡达帕胺片联合氨氯地平片使用效果较好。

本研究结果显示, 治疗前两组收缩压和舒张压均无明显差异, 经过 6 周治疗后, 治疗组的收缩压和舒张压均低于对照组; 治疗组的硝酸甘油片用量减少总有效率明显大于对照组, 这说明治疗组改善心脏功能, 控制了心绞痛发生, 降低了硝酸甘油片用量; 治疗组的总胆固醇、三酰甘油、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白含量变化均优于对照组的, 这些血脂指标与患者颈动脉粥样硬化相关^[16], 也就证实治疗组改善血脂情况较对照组效果好; 治疗组的不良反应发生率与对照组无明显差异, 说明两组控制不良反应效果一样, 安全性无差异。

综上所述, 吡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良好, 联合降压效果较好, 改善心绞痛情况, 有效控制病情, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 郑建良. 阿折地平和苯磺酸氨氯地平片对老年轻中度原发性高血压动态血压的影响[J]. 河北医药, 2011, 33(20): 3092-3093.
- [2] 刘艳, 曹桂莲, 陈爱芳. 原发性高血压患者动态动脉硬化指数与颈动脉粥样硬化的相关性[J]. 中国动脉硬化杂志, 2010, 18(7): 563-565.
- [3] 任万军. 贝那普利联合氨氯地平治疗老年高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 四川医学, 2012, 33(7): 1277-1278.
- [4] 李汝奎. 吡达帕胺治疗高血压病合并冠心病的临床观察[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(24): 1277-1278.
- [5] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 (第三版) 2010 年修订版[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 721-722.
- [6] 王可, 董平栓, 杨旭明, 等. 老年高血压合并冠心病患者冠脉造影特点[J]. 中国老年学杂志, 2011, 20(31): 4042-4043.
- [7] 陈新石. 高血压患者控制高血压同时降低胆固醇 (联合使用络活喜和立普妥) 可降低冠心病死亡和心肌梗死发作的风险[J]. 中华医学杂志, 2007, 87(10): 717-719.
- [8] 张江丽, 韩清华. 高血压合并冠心病患者血压特点及与心血管事件的相关性研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(2): 141-143.
- [9] 覃崇柳, 凌政, 吕海权, 等. 顽固性高血压合并冠心病 PCI 后有效降压 12 例临床分析[J]. 中华全科医学, 2012, 10(9): 1409-1467.
- [10] 叶迎春, 雷小光, 何成章, 等. 复方苯磺酸氨氯地平/阿托伐他汀钙片单剂量与多剂量人体药动学 (下转第 644 页)

免疫系统功能^[14],从而对糖尿病的发生有一定推动作用。

青壮年糖尿病患者应该选用何种降糖方案目前尚无统一标准,根据教科书和指南 T1DM、GDM、糖尿病合并妊娠是胰岛素的适应人群,本文统计中该人群均及早使用胰岛素治疗。同样遵循临床工作指南,本文 2 例 IGT 和超质量的 T2DM 均使用二甲双胍片或联合 GLP-1 类似物治疗控制 BMI,其他 T2DM 患者使用胰岛素或(和)联合口服降糖药者 51 例(55.4%),及早防治酮症加重和保护胰岛 β 细胞功能。Balasubramanyam 等^[15]报道,对以酮症起病的糖尿病患者,酮症消除后 β 细胞功能的修复要优于传统的自身抗体消除,一旦 β 细胞功能丧失,无论自身抗体是否阴性或阳性,均需及早胰岛素治疗。提示对于青壮年 DK 患者是否需尽早和较长期胰岛素治疗,监测胰岛 β 细胞功能比监测 ICA 更为重要。

通过以上复习文献和讨论分析,青壮年糖尿病患者中,大部分为初诊患者,而且相当高的比例无糖尿病症状,但已经合并或多或少、或轻或重的神经和血管等,故应普及糖尿病知识教育,加强高危人群的筛查,提高青壮年尤其对男性糖尿病患者的检出率,及早诊断和治疗,从而改善糖尿病总体人群的控制水平。通过生活方式甚至某些药物干预各种代谢指标,保护 β 细胞,防止和延缓各种急慢性并发症的发生、发展。

参考文献:

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2009:770.
- [2] Esteghamati A, Ashraf H, Khalilzadeh O, et al. Trends of diabetes according to body mass index levels in Iran: results of the national surveys of risk factors of non-communicable diseases (1999-2007) [J]. Diabetic Med, 2010, 27(11):1233-1240.
- [3] 翁建平.对糖尿病流行病学、循证医学及基础研究的探索[J].中山大学学报:医学科学版,2010,31(2):166-178.
- [4] Mori Y, Hoshino K, Yokota K, et al. Increased visceral fat and impaired glucose tolerance predict the increased risk of metabolic syndrome in Japanese middle-aged men [J]. Exp Clin Endocrinol Diabetes, 2005, 113(6):334-339.
- [5] Fujii N, Tsuchihashi K, Sasao H, et al. Insulin resistance functionally limits endothelium-dependent coronary vaso-

dilation in nondiabetic patients [J]. Heart Vessels, 2008, 23(1):9-15.

- [6] Francischetti EA, Genelhu VA. Obesity-hypertension; an ongoing pandemic [J]. Int J Clin Pract, 2007, 61(2):269-280.
- [7] 刘昕,陈红,武蓓,等.2型糖尿病患者合并中心性肥胖相关因素分析[J].中国综合临床,2008,24(4):372-373.
- [8] 潘长玉,田慧,刘国良,等.中国城市中心医院糖尿病健康管理调查[J].中华内分泌代谢杂志,2004,20(5):420-424.
- [9] Burns N, Finucane FM, Hatunic M, et al. Early-onset type 2 diabetes in obese white subjects is characterised by a marked defect in β cell insulin secretion, severe insulin resistance and a lack of response to aerobic exercise training [J]. Diabetologia, 2007, 50(7):1500-1508.
- [10] Westphal SA. Obesity, abdominal obesity, and insulin resistance [J]. Clin Cornerstone, 2008, 9(1):23-31.
- [11] 郑菊芬,周少雄,邵虹,等.糖尿病自身抗体在不同年龄组段糖尿病患者的阳性率分析[J].江西医学检验,2005,23(6):517-518.
- [12] 李泉,黄伟,吕波,等.2型糖尿病患者血清 GAD-Ab、ICA、IAA 与胰岛素释放功能的关系[J].国际检验医学杂志,2007,28(8):686-687.
- [13] Wadsworth M, Butterworth S, Marmot M, et al. Early growth and type 2 diabetes: evidence from the 1946 British birth cohort [J]. Diabetologia, 2005, 48(12):2505-2510.
- [14] Sepa A, Wahlberg J, Vaarala O, et al. Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in infancy [J]. Diabetes Care, 2005, 28(2):290-295.
- [15] Balasubramanyam A, Garza G, Rodriguez L, et al. Accuracy and predictive value of classification schemes for ketosis-prone diabetes [J]. Diabetes Care, 2006, 29(12):2575-2579.

(收稿日期:2012-10-19 修回日期:2012-11-06)

(上接第 641 页)

- 研究[J].中国药房,2010,21(2):130-133.
- [11] 任海舟,刘树琴,刘以林.氨氯地平与地尔硫卓缓释片联合治疗显著改善原发性高血压患者血管内皮功能[J].中华高血压杂志,2009,17(9):817-818.
- [12] 许莲芳,韩纲.贝那普利与吲达帕胺联合治疗高血压性心脏病 50 例疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2008,6(5):591-593.
- [13] 陈大为.依那普利和吲达帕胺联合治疗原发性高血压性的疗效观察[J].中国医药指南,2010,8(6):63-64.

- [14] 方海滨,梁慧,马利祥,等.复方氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压病疗效和依从性观察[J].疑难病杂志,2010,9(9):689-690.
- [15] 方海滨,梁慧,谭强,等.氨氯地平治疗高血压合并冠心病疗效观察[J].人民军医,2010,53(9):675-676.
- [16] 董艳玲,王铁建,李瑶宣,等.血脂、纤维蛋白原与脑梗死患者颈动脉粥样硬化的相关性研究[J].山东医药,2008,48(4):10-12.

(收稿日期:2012-11-08 修回日期:2012-12-05)