

不同剂量辛伐他汀治疗高血压血脂异常的疗效观察

陈元成 胥卫川

(天津市第一中心医院 天津 300011)

摘要:目的:观察不同剂量辛伐他汀治疗高血压患者的血脂异常,预防心脑血管疾病的发生。方法:将 70 例门诊高血压高血脂患者随机分为两组:A 组给予辛伐他汀 20 mg,每晚口服,连续治疗 1 个月后改为 10 mg,每晚 1 次,维持治疗 2 个月;B 组给予辛伐他汀 20 mg,每晚口服,连续治疗 3 个月。分别在治疗前及治疗 1 个月、3 个月后监测血脂和肝功能。结果:A 组治疗高血压高血脂血症的临床疗效和安全性优于 B 组。结论:辛伐他汀治疗高血压高血脂血症的疗效和预防心脑血管疾病的发生,并非剂量越大越好。

关键词:辛伐他汀;高血压高血脂血症;不同剂量

中图分类号:R 544.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.013

据我国心血管疾病 2009 报告估计,我国高血压患者约有 2 亿。临床研究发现,约有 80% 的高血压患者,同时并存其他心血管疾病诱发的危险因素,而最常见的是血脂异常,高血压合并血脂异常危害提高 3~4 倍,高血压的发生发展与血脂异常和冠心病的关系极为密切,当高血压和血脂异常同时发生时,患心脑血管疾病的危险性将大大增加。临床使用他汀类药物治疗高血压高血脂血症,最终目标是预防心脑血管疾病,减少患者临床事件的发生,低密度脂蛋白(LDL-C)降低多少和达标与否都是相对的^[1]。不同剂量的辛伐他汀在降低 LDL-C 的幅度及不良反应等方面是有差异的。现将我院的观察报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2009 年 3 月~2010 年 6 月本院门诊高血压高血脂血症患者 70 例,均符合 1999 年 WHO/ISH 高血压及高血脂血症诊断标准,排除既往有肝脏疾患、肝功能异常者。随机分为两组:A 组 35 例,男 20 例,女 15 例,年龄 42~81 岁,平均年龄 59.45 岁;B 组 35 例,男 18 例,女 17 例,年龄 44~78 岁,平均年龄 59.86 岁。两组在年龄、性别、病史等方面无显著性差异。

1.2 治疗方法 两组均给予降压药氨氯地平 5 mg, qd, 倍他乐克 12.5 mg, bid, 连用 3 个月。在此基础上,A 组每晚口服辛伐他汀(国药准字 H20010750) 20 mg, 连续治疗 1 个月后改为每晚 10 mg, 维持治疗 2 个月;B 组每晚口服辛伐他汀

20 mg, 连续治疗 3 个月。70 例患者均进行定期随访。

1.3 观察指标 70 例患者分别在治疗前及治疗 1、3 个月后监测血脂(TG、TC、HDL-C、LDL-C)和肝功能,血生化采用全自动生化分析仪测定。

1.4 统计学处理 所有数据采用 SPSS 10.0 软件统计分析。计量资料以均数±标准差表示,两组参数之间差异分析用 *t* 检验,*P* < 0.05 为有显著性差异。

2 结果

治疗 1、3 个月与治疗前比较,TG、TC、LDL-C 均有显著性降低(*P* 均 < 0.01),HDL-C、ALT 有显著性升高(*P* 均 < 0.05);两组间治疗 1、3 个月后 TG、TC、LDL-C、HDL-C 无显著性差异,ALT 于治疗 3 个月后有显著性差异(*P* < 0.01)。见表 1。

项目	A 组			B 组		
	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月
TG	1.65±0.52	1.26±0.38	1.20±0.25	1.68±0.56	1.30±0.32	1.16±0.28
TC	5.20±0.85	4.85±0.64	4.56±0.48	5.22±0.92	4.88±0.59	4.38±0.57
HDL-C	1.20±0.36	1.27±0.18	1.28±0.16	1.21±0.39	1.28±0.16	1.30±0.14
LDL-C	3.84±0.86	2.58±0.33	2.29±0.34	3.89±0.79	2.61±0.34	2.28±0.31
ALT(U/L)	15.7±10.8	23.2±5.6	33.9±9.6	16.3±11.4	28.4±7.4	55.8±11.7

3 讨论

来自美国 Framingham 心脏研究中心的有关数据显示,高血压、血脂异常合并存在时,将增加动脉粥样硬化及心血管疾病的患病率及死亡率,可使心脑血管疾病的风险增加 3~4 倍。高血压合并血脂异常发生危害更为严重的原因,目前还不十分明确,但研究显示可能与对血管内皮细胞功能的损伤,对肾素-血管紧张素系统的过度激活关系密切。对高血压伴血脂异常患者的降压治疗,最好首选对血脂水

- 的相关性研究[J].福建中医药,2000,31(2):8
- [7]金椿,黄芪对冠心病患者红细胞内钠含量和 Na⁺ 转运的影响[J].中西医结合杂志,1991,11(1):151
- [8]高从宽,张家庆,黄庆玲,黄连素增加胰岛素抵抗大鼠模型胰岛素敏感性的研究[J].中国中西医结合杂志,1997,17(8):162
- [9]黄琦,许家莺,麦冬多糖对 2 型糖尿病血糖及胰岛素抵抗的影响[J].浙江中西医结合杂志,2002,12(2):81-82
- [10]衡先培,张朝春.实用糖尿病手册[M].成都:四川科学技术出版社,2000.144-145

(收稿日期:2010-09-17)

- 胰高糖素和胰岛素敏感性相关性研究[J].上海中医药杂志,1999,33(9):18
- [2]钱荣立.关于糖尿病的新诊断标准与分型[J].中国糖尿病杂志,2000,8(1):5-6
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.233-237
- [4]中国中医药学会内科学消渴专业委员会.消渴病(DM)中医学分期辨证与疗效评定标准[J].中国中医药学报,1993,8(3):54
- [5]李秀钧.胰岛素抵抗综合症[M].北京:人民卫生出版社,2001.22-24
- [6]周国英,武雪萍,衡先培,等.Ⅱ型糖尿病气阴两虚证与胰岛素抵抗

中西医结合治疗重症急性胰腺炎 56 例疗效观察

刘冬军¹ 王小英²

(1 江西省永丰县人民医院 永丰 331500; 2 江西省永丰县八江卫生院 永丰 331500)

摘要:目的:观察中药直肠滴入中西医结合治疗重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis SAP)的疗效。方法:将 106 例患者随机分为治疗组(56 例)和对照组(50 例)。对照组予胃肠减压、禁食、抑酸、生长抑素及支持对症治疗;治疗组在对照组治疗的基础上采用中药直肠滴入。观察两组患者临床表现、血淀粉酶等恢复情况,并比较住院天数和总有效率。结果:治疗组在患者症状体征缓解、住院天数及血淀粉酶恢复方面明显优于对照组;治疗组的总有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。结论:中药直肠滴入中西医结合治疗 SAP 的效果明显优于常规治疗。

关键词:重症急性胰腺炎;中药直肠滴入;中西医结合疗法

中图分类号:R 576

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.014

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis,SAP)是临床常见的急腹症,其病情凶险,易发生继发感染、腹膜炎、休克等并发症,病死率高。我院自 2004 年 8 月~2010 年 8 月采用中药直肠滴入中西医结合治疗重症急性胰腺炎 56 例,取得满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2004 年 8 月~2010 年 8 月我院消化内科收治的 SAP 患者 106 例,其中胆源性 82 例,大量饮酒暴饮暴食引起 16 例,原因不明 8 例。均符合 2007 年中国急性胰腺炎诊治指南的诊断标准^[1]。将 106 例患者随机分为对照组和治疗组。对照组 50 例,男 29 例,女 21 例,年龄 21~70 岁;治疗组 56 例,男 30 例,女 26 例,年龄 17~78 岁。两组年龄、性别、病程和病情轻重程度均无明显差异。

1.2 治疗方法 对照组给予常规禁食、胃肠减压、

抑酸、解痉止痛、补液、纠正水电解质紊乱、抗感染、肠外营养和抑制胰液分泌(首先缓慢静脉给生长抑素 100 μg ,以后以 25 $\mu\text{g}/\text{h}$ 持续静脉微量泵入),疗程 5~7 d。治疗组在此基础上加用中药:柴胡、黄连、黄芩、枳实、厚朴、木香、白芍、芒硝(冲服)、大黄(后下),随症加减。水煎取汁 400 mL,装入 2 瓶 200 mL 消毒输液瓶中,把输液管剪掉过滤器,接入一次性直肠滴入导管(或导尿管),前端涂上液体石蜡,插入肛门内,插入深度为 10~20 cm,胶布固定,药量一般在 200 mL,药温控制在 35~40 $^{\circ}\text{C}$ 。点滴前嘱患者解好大便或清洁灌肠,以利药物吸收。体位以左侧卧位式较好,也可俯卧,滴速 100~150 滴/min。点滴结束后,拔出尿管,静卧 10 min 即可下床活动。每天 2 次,疗程 5~7 d。

1.3 观察指标 腹痛腹胀缓解时间、血淀粉酶降至正常时间、住院天数。两组疗效判定标准^[2]:临床痊

平的控制有益和中性影响的降压药物,如钙通道阻滞剂、ACEI 或 ARB 药物等。临床上,目前已经应用 Ca^{2+} 拮抗剂与他汀类调血脂药组合,共同控制高血压,而这种治疗也成为高血压治疗的最新模式。

辛伐他汀是组织选择性羟甲基戊二酸单酰辅酶 A 还原酶抑制剂,可以竞争性地抑制胆固醇的生物合成,使血浆和组织细胞内的胆固醇浓度降低,同时可刺激肝脏内 LDL 受体密度增加,使血浆 LDL-C 清除增加和三酰甘油浓度下降。有资料显示,虽然他汀类降脂药几乎不改变颈动脉硬化斑块大小,但却明显降低临床急性缺血性卒中的发生率,这主要与斑块内成分的改变、脂质减少、炎症反应减轻、内皮功能改善、斑块稳定性增强有关^[1]。大量的循证医学证据表明,针对有易损斑块的高危人群,他汀类药物除降脂以外对于易损斑块的稳定及血管保护亦发挥着非常重要的作用^[2]。本研究 A 组患者,开始进行强化辛伐他汀 20 mg 治疗,连服 1

个月,迅速降低 LDL-C,使其达到或者接近目标值 2.08 mmol/L,然后改为维持量 10 mg,口服 2 个月,进行二级预防治疗,同时动态随访病情、血脂、肝功能等,在安全性方面强于连续服辛伐他汀 20 mg 3 个月,而有效性与连续 3 个月 20 mg 辛伐他汀相比无明显差异。《中国成人血脂异常防治指南》中指出:他汀类药物随着剂量增大,降脂作用增强,但其不良反应也会增多,这也说明在积极推广降脂达标的理念同时,也应该严格检测其安全性。有资料指出:若调脂治疗 LDL-C 已接近达标,不一定为非得达标而追加他汀类药物的剂量^[1-2]。因为随着他汀类药物剂量的增加,获益甚微,不良反应的风险却明显增加。

参考文献

[1]陆宗良.关于血脂达标问题的再思考[J].岭南心血管病杂志,2008,14(3):153-154
[2]他汀类药物预防缺血性卒中/短暂性脑缺血发作专家组.他汀类药物预防缺血性卒中/TIA 专家建议[J].中国卒中杂志,2007,2(4):341-344

(收稿日期:2010-09-02)