

高血压患者临床三种药物降压疗效对比

陈元成 王君 谢兆平
(天津市职业病防治院 天津 300011)

摘要:目的:比较缬沙坦、硝苯地平控释片和贝那普利对高血压病的降压疗效。方法:54 例高血压患者随机分为 A、B、C 三组各 18 例。A 组给予缬沙坦治疗,B 组给予硝苯地平控释片治疗,C 组给贝那普利,观察三组临床疗效、血压变化情况和血压谷/峰值(T/P)。结果:三组用药后血压均下降($P<0.01$),A 组优于 B、C 组($P<0.05$);A 组总有效率高于 B、C 组($P<0.05$ 和 $P<0.01$);A 组 SBP 和 DBP 的 T/P 值分别为 78%和 74%,B 组为 70%和 65%,C 组为 81%和 71%。结论:缬沙坦、硝苯地平控释片和贝那普利均可每日服用 1 次,前两类药控制 24 h 血压及清晨醒后的高峰期血压较后者为佳。

关键词:高血压;血压监测;缬沙坦;硝苯地平控释片;贝那普利

中图分类号:R 544.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.014

原发性高血压是动脉粥样硬化、心脑血管疾病的重要危险因素,研究证实有效的抗高血压治疗是预防心脑血管疾病的主要措施,目前动态血压监测已广泛应用于高血压临床诊断、疗效评价和预后判断,长期规则而有效的血压控制能够降低高血压并发症。近年来发现在清晨醒后几小时的血压高峰期内心脑血管并发症最容易发生。因此,控制这一段时间内的血压显得尤为重要。本文运用动态血压监测技术,比较三种长效降压药物对高血压病患者的降压疗效,并观察各药对 24 h 血压节律的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院门诊患者 54 例,平均年龄(58 ± 11)岁,偶测舒张压(DBP)在 12.6~15.2 kPa,经病史询问、体格检查和实验室检查,排除继发性高血压,无严重的内科疾病,无血管紧张素 2 受体拮抗剂(ARB)、钙离子拮抗剂和血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)禁忌证。所观察 A、B、C 三组各 18 例,三组年龄、性别、病情等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 停用其他抗高血压药,轻、中度高血压患者于停药 1 周后服药,重度者立即开始服药。A 组:缬沙坦(国药准字 H20010823)的起始剂量为 40 mg/d,于早 7:00 顿服。B 组:硝苯地平控释片(国药准字 H20000079) 30 mg/d,早 7:00 顿服。C 组:贝那普利(国药准字 H20044841)10 mg/d,早 7:00 顿服。如患者在药物治疗第 2 周末的偶测 DBP 未能降至 12.0 kPa 以下,则缬沙坦的剂量增至 80 mg/d,贝那普利增至 20 mg/d。三组疗程均为 8 周。

1.3 观察指标及方法 (1)诊室血压及心率按国际标准测定,由固定医师每周随访 1 次,于 9:00~11:00 就诊,每次测心率和坐位血压 3 次,治疗前、后需加测卧位与立位血压和心率。(2)动态血压监测,于停药 1 周或治疗前及治疗 8 周后各行 24 h 动态血压监测 1 次。日间(6:00~22:00)每 20 分钟、夜间(22:00~6:00)每 30 分钟自动测血压及心率 1 次。(3)全部患者临床观察前、后进行心电图、血液常规、肝肾功能、血糖、血脂、血电解质检测,计算血压谷/峰比值(T/P)。

1.4 疗效判定标准 显效:舒张压下降 ≥ 1.3 kPa 并降至正常(<12 kPa)或下降 >2.7 kPa。有效:舒张压下降 <1.3 kPa,并降至正常或下降 1.3~2.5 kPa;如地清除血液中氮质代谢产物和多余的水分,通过纠正酸碱紊乱、调整电解质平衡等方面改善机体内环境,是心衰的有效治疗手段。但要根本性治疗顽固性心力衰竭,还需治疗其原发病因,CRRT 治疗仅是改善病情、提高患者生存质量的一种有效手段。

本研究结果显示,经 CRRT 治疗后顽固性心力衰竭患者心率减慢,左室射血分数、心输出量、心脏指数显著升高,表明 CRRT 能够清除患者体内多余水分,减轻心脏负荷,使心脏指数提高,心功能改善。血氧饱和度上升与 CRRT 治疗改善肺功能有关,CRRT 能够清除患者体内多余水分,肺水肿减轻,呼吸改善,氧饱和度上升,心力衰竭得以纠正^[4]。另外,经 CRRT 治疗后患者的症状、体征明显好转,心功能等级明显改善,治疗后血氧饱和度升高,血清肌酐、尿素氮较治疗前下降,二氧化碳结合率升高,电解质较治疗前恢复正常。表明 CRRT 能有效

血压者于停药 1 周后服药,重度者立即开始服药。A 组:缬沙坦(国药准字 H20010823)的起始剂量为 40 mg/d,于早 7:00 顿服。B 组:硝苯地平控释片(国药准字 H20000079) 30 mg/d,早 7:00 顿服。C 组:贝那普利(国药准字 H20044841)10 mg/d,早 7:00 顿服。如患者在药物治疗第 2 周末的偶测 DBP 未能降至 12.0 kPa 以下,则缬沙坦的剂量增至 80 mg/d,贝那普利增至 20 mg/d。三组疗程均为 8 周。

1.3 观察指标及方法 (1)诊室血压及心率按国际标准测定,由固定医师每周随访 1 次,于 9:00~11:00 就诊,每次测心率和坐位血压 3 次,治疗前、后需加测卧位与立位血压和心率。(2)动态血压监测,于停药 1 周或治疗前及治疗 8 周后各行 24 h 动态血压监测 1 次。日间(6:00~22:00)每 20 分钟、夜间(22:00~6:00)每 30 分钟自动测血压及心率 1 次。(3)全部患者临床观察前、后进行心电图、血液常规、肝肾功能、血糖、血脂、血电解质检测,计算血压谷/峰比值(T/P)。

1.4 疗效判定标准 显效:舒张压下降 ≥ 1.3 kPa 并降至正常(<12 kPa)或下降 >2.7 kPa。有效:舒张压下降 <1.3 kPa,并降至正常或下降 1.3~2.5 kPa;如地清除血液中氮质代谢产物和多余的水分,通过纠正酸碱紊乱、调整电解质平衡等方面改善机体内环境,是心衰的有效治疗手段。但要根本性治疗顽固性心力衰竭,还需治疗其原发病因,CRRT 治疗仅是改善病情、提高患者生存质量的一种有效手段。

参考文献

[1]王海燕.肾脏病学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1996.1 034-1 038
[2]Cadnapaphornchai MA,Gurevich AK,Weinberger HD,et al. Pathophysiology of sodium and water retention in heart failure[J]. Cardiology,2001,96(3/4):122-131
[3]汤蓓,相鹏,吴闯程.连续性肾脏替代治疗对顽固性心力衰竭作用的临床探讨[J].心脑血管病防治,2005,5(3):20-21
[4]杜莉,赵雪红.连续肾脏替代治疗难治性心衰 10 例[J].实用医药杂志,2007,24(8):978

(收稿日期:2012-01-09)

实用中西医结合临床 2012 年 3 月第 12 卷第 2 期

为收缩期高血压则收缩压较治疗前下降 >2.7 kPa。无效:未达到以上标准。

1.5 统计学方法 用 SAS 统计软件包(版本 6.04)进行数据分析。计算资料以($\bar{X} \pm S$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血压变化情况 三组治疗后血压明显降低, $P < 0.01$,其中 A 组降压更为显著,与 B、C 组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后各组血压变化情况比较 ($\bar{X} \pm S$) kPa					
组别	n	收缩压(SBP)		舒张压(DBP)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	18	21.4± 1.6	17.3± 1.3* [#]	13.5± 0.9	10.7± 1.3* [#]
B 组	18	21.3± 1.3	18.1± 0.9*	13.7± 0.9	11.4± 0.8*
C 组	18	21.6± 1.0	18.0± 1.7*	13.6± 1.0	11.2± 1.1*

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$;与 B、C 组比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.2 临床疗效 A 组总有效率高于 B、C 组,差异

表 3 三组高血压患者服药前后血压变化 ($\bar{X} \pm S$) kPa								
组别	n	血压	用药前	用药后				差值
				2 周	4 周	6 周	8 周	
A 组	18	SBP	21.4± 1.6	19.7± 1.6	18.4± 1.0	17.8± 1.8	17.3± 1.3	4.1± 1.5
		DBP	13.5± 0.9	12.6± 0.8	12.5± 0.8	11.0± 1.0	10.7± 1.3	2.8± 1.0
B 组	18	SBP	21.3± 1.3	19.1± 2.1	18.5± 1.8	18.6± 2.0	18.1± 0.9	3.2± 1.9
		DBP	13.7± 0.9	12.3± 1.3	12.0± 0.9	11.9± 0.8	11.4± 0.8	2.3± 0.9
C 组	18	SBP	21.6± 1.0	19.1± 1.8	18.1± 1.4	19.0± 2.0	18.0± 1.7	3.6± 1.0
		DBP	13.6± 1.0	12.3± 2.9	12.2± 1.1	11.9± 0.8	11.2± 1.1	2.4± 0.8

3 讨论

高血压患者减小药物引起的血压波动性的最好办法是做 24 h 监测,掌握血压的 T/P 值能判断血压是否得到 24 h 全天控制,有利于药物的治疗^[1]。谷峰比值是降压疗效评价的一个重要指标,反映药物作用维持时间和平稳程度,但不能反映 24 h 血压变异性,因此谷峰比值临床价值有限。过分降低夜间血压,尤其是对那些患有冠心病的患者,则有可能在夜间发生心肌缺血和心肌梗死^[2-3]。因此,根据观察结果,在对非杓型者进行降压治疗时,可优先考虑选用贝那普利和缬沙坦,希望其恢复正常的昼夜节律。而对于杓型者,或同时患有冠心病的患者,可考虑选用硝苯地平控释片,以免由于血压过分降低而引起心肌缺血。

本观察显示三种药的血压 T/P 值都 >65%,达到 FDA 的标准,因此是适于每天服用 1 次的降压药。但是,血压 T/P 值不是唯一评价降压药物疗效的

• 21 •

均有统计学意义($P < 0.05$ 和 $P < 0.01$)。见表 2。

表 2 各组临床疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
A 组	18	11(61.1)	6(33.3)	1(5.6)	94.4* [#]
B 组	18	10(55.6)	6(33.3)	2(11.1)	88.9
C 组	18	11(61.1)	4(22.2)	3(16.7)	83.3

注:与 B 组比较,* $P < 0.05$;与 C 组比较,[#] $P < 0.01$ 。

2.3 T/P A 组的 SBP 和 DBP 的 T/P 值分别为 78% 和 74%,B 组为 70% 和 65%,C 组为 81% 和 71%。

2.4 治疗前后心率变化及治疗过程的血压变化趋势 治疗后三组的心率变化无显著性。各组治疗过程中的血压变化趋势:A 组在治疗前 2 周血压下降不明显,第 3 周后明显下降,并达到稳定状态;B、C 组在治疗 1 周后血压就明显下降,随着治疗时间延长,血压进一步平稳下降。三组高血压患者服药前后血压变化见表 3。

指标,必须结合 24 h 平均、白天平均和夜间平均降压幅度以及 24 h 血压曲线等进行综合考虑^[4-5]。本观察中贝那普利的血压 T/P 值略大于缬沙坦与硝苯地平控释片,但总体降压幅度明显小于前二者,故以为缬沙坦与硝苯地平控释片控制 24 h 血压较贝那普利为佳。因此,缬沙坦与硝苯地平控释片和贝那普利均可每天服用 1 次,能有效控制 24 h 血压,贝那普利较前两位物美价廉。

参考文献

[1]陈元成,闻丽萍,杨中良,等.替米沙坦、氨氯地平和咪达普利对高血压患者 24 h 血压测定的影响 [J]. 临床合理用药杂志,2010,3(11): 42-43

[2]凌云,李惟国,王燕.非洛地平和苯那普利治疗原发性高血压病的临床疗效观察[J].中国煤炭工业医学杂志,2000,3(2):167-168

[3]朱理敏,王宪衍.比索洛尔、拉西地平和赖诺普利对高血压病患者 24 h 血压的影响[J].中华心血管病杂志,1998,26(1):41-44

[4]殷冬生,陈元成.三种降压药对高血压患者 24 h 血压的影响[J].职业与健康,2010,26(13):121-122

[5]曹志峰,段红,宋丽茹.氨氯地平、福辛普利、吲达帕胺降压效果的对比分析[J].中国医院药学杂志,2001,21(5):297-298

(收稿日期: 2012-01-06)