

厄贝沙坦和氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床分析

洪长发

(广东省中山市南区医院 中山 528400)

摘要:目的:探讨分析厄贝沙坦和氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床疗效。方法:将 2012 年 5 月~2014 年 6 月间我院治疗的 116 例 2 型糖尿病合并高血压患者随机分为两组:治疗组 58 例,给予厄贝沙坦和氨氯地平治疗;对照组 58 例,应用美托洛尔治疗。治疗后比较两组疗效。结果:治疗后治疗组的总有效率为 91.38%,高于对照组的 75.86%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的 DBP、SBP、FBG 和 FINS 均低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论:厄贝沙坦和氨氯地平可有效治疗 2 型糖尿病合并高血压,具有临床推广价值。

关键词:糖尿病合并高血压;氨氯地平;厄贝沙坦

中图分类号:R587.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.021

高血压和糖尿病属于同源性疾病,常合并发作,约 50% 的高血压患者合并糖尿病,该类患者易出现心脑肾等器质性病变、血脂紊乱等,同时长期高血压会诱发视网膜病变、糖尿病肾病等,甚至危及患者生命^[1]。笔者采用厄贝沙坦和氨氯地平治疗 58 例 2 型糖尿病合并高血压患者,取得了较好的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月~2014 年 6 月间我院治疗的 116 例糖尿病合并高血压患者,随机分为两组:治疗组 58 例,其中男 34 例,女 24 例;年龄 33~72 岁,平均(52.92±7.12)岁。对照组 58 例,其中男 36 例,女 22 例;年龄 35~76 岁,平均(53.28±6.88)岁。两组一般资料比较均无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均采用抗血小板、降糖、调脂等措施,并应用运动疗法和饮食疗法等。同时,治疗组口服厄贝沙坦片(150 mg×7 片/盒,国药准字 H20053912),1 片/次,1 次/d;口服氨氯地平(5 mg×7 片/盒,国药准字 H20073989),1 片/次,1 次/d。同时,对照组口服美托洛尔(25 mg×20 片/盒,国药准字 H32025116),50 mg/次,1 次/d。治疗 2 个月后,比较两组疗效,观察两组治疗前后的舒张压(DBP)、收缩压(SBP)的变化以及空腹血糖(FBG)、空腹胰岛素(FINS)等糖代谢指标的变化。

1.3 疗效评价 显效:DBP 降幅超过 10 mm Hg,回归正常;有效:DBP 降幅少于 10 mm Hg 但恢复正常;无效:治疗后血压未明显下降。

1.4 统计学方法 数据处理软件应用 SPSS17.0,计量资料表示方法为均数±标准差($\bar{x} \pm s$),采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组的总有效率为

91.38%,和对照组的 75.86%相比,差异具统计学意义($\chi^2=5.0982, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	58	22 (37.93)	31 (53.45)	5 (8.62)	53 (91.38)
对照组	58	18 (31.03)	26 (44.83)	14 (24.14)	44 (75.86)

2.2 两组治疗前后血压变化 治疗后,治疗组的 DBP、SBP 均低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血压变化(mm Hg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n		DBP	SBP
治疗组	58	治疗前	98.59±4.18	173.83±14.06
		治疗后	78.04±4.61 [#]	126.92±10.74 [#]
对照组	58	治疗前	97.25±4.49	172.46±13.19
		治疗后	89.15±4.03 [*]	142.56±12.07 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后糖代谢指标的变化 治疗后,治疗组的 FBG、FINS 均低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后糖代谢指标的变化($\bar{x} \pm s$)

组别	n		FBG (mmol/L)	FINS (μ U/ml)
治疗组	58	治疗前	7.35±0.85	27.04±5.53
		治疗后	6.28±0.66 [#]	16.17±2.39 [#]
对照组	58	治疗前	7.27±0.91	26.82±4.16
		治疗后	7.16±0.73	20.26±3.27 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

糖尿病和高血压常以合并症的形式存在,存在高胰岛素血症、胰岛素抵抗、肥胖等诱因的 2 型糖尿病患者易并发高血压,若高血压患者的体质指数偏高或腰臀比偏大,则也易并发患糖尿病^[2]。高血压可加重糖尿病患者的动脉粥样硬化、诱发冠心病;糖尿病则可促使高血压患者的血液处于高凝状态,导致脑梗死,同时促使肾病发生发展^[3]。目前该病的治疗方案已从单一用药过渡到了联合用药,从而更加有效地控制危险因素和防止心脑血管或微血管等并

发病的发生。常用的治疗药物包括血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、钙离子拮抗剂(CCB)、血管紧张素 II 受体阻滞剂(ARB)等^[4-5]。

本研究探讨分析了厄贝沙坦和氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床疗效。厄贝沙坦为 ARB 类药物,可阻断血管紧张素 I 和 II 之间的转变,抑制后者结合 AT1,减少醛固酮分泌和血管收缩,以此降压^[6];还可降低肾小球毛细血管内高压,改善肾血流动力学,对肾功能具保护作用^[7]。氨氯地平属于 CCB,主要作用于血管平滑肌,减小外周血管阻力从而降压,且可以较慢的速度和受体结合或解离,故可长时间维持药效^[8]。研究结果显示,治疗后治疗组的总有效率高于对照组,治疗后治疗组的 DBP、SBP、FBG 和 FINS 均低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,厄贝沙坦和氨氯地平可有效治疗 2 型糖尿病合并高血压,可同时降低血压和血

糖,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]胡伟.厄贝沙坦与氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床研究[J].医学综述,2014,21(22):4210-4212
- [2]卞素莲.采用厄贝沙坦和氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床体会[J].吉林医学,2015,36(3):411-412
- [3]林峰冰.厄贝沙坦联合氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床价值分析[J].深圳中西医结合杂志,2014,24(11):81-82
- [4]李晓娟.厄贝沙坦和氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床疗效分析[J].航空航天医学杂志,2014,25(3):376-377
- [5]范亚丽.厄贝沙坦与氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压临床研究[J].河北医学,2014,20(7):1169-1171
- [6]董良璞.厄贝沙坦与氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的效果分析[J].河南医学研究,2014,23(5):83-84
- [7]苟晓虎,申莉.厄贝沙坦与氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床价值分析[J].中国社区医师,2014,30(21):36-38
- [8]张雪峰.厄贝沙坦联合氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床效果分析[J].临床合理用药杂志,2014,7(9):1-2

(收稿日期:2015-04-10)

两种不同肝病基础上肝衰竭的临床特点分析

谢能文¹ 李小广² 涂慧敏¹

(1 江西省南昌市第九医院重症肝病科 南昌 330002; 2 江西省高安市人民医院传染科 高安 330800)

摘要:目的:探讨不同肝病基础上的慢加急性肝衰竭和慢性肝衰竭的临床特点差异。方法:回顾分析 59 例慢加急性肝衰竭、38 例慢性肝衰竭患者的临床资料,比较临床和实验室指标、并发症发生率及预后。结果:两组患者的血清丙氨酸转氨酶(ALT)、白蛋白(Alb)、胆碱酯酶(CHE)、凝血酶原时间(PT)比较均有显著差异($P<0.05$),肝性脑病、腹水、原发性腹膜炎肝肾综合征上消化道出血等并发症的发生率比较均有显著差异($P<0.05$),两组患者治愈或好转率比较有显著差异($\chi^2=6.923, P<0.01$)。结论:慢加急性肝衰竭与慢性肝衰竭患者在生化指标、并发症发生率及预后方面比较均有差异,慢性肝衰竭组有肝硬化基础、年龄大、并发症多等特点,病死率高,预后较差。

关键词:慢加急性肝衰竭;慢性肝衰竭;临床特点

中图分类号:R575.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.022

肝衰竭是临床常见的严重肝病症候群,其治疗困难,病死率极高。为适应临床工作需要,规范我国肝衰竭的诊断和治疗,中华医学学会感染病学分会和中华医学学会肝病学会组织国内有关专家,于 2006 年制订了我国第一部《肝衰竭诊疗指南》,并于 2012 年进行了更新。《肝衰竭诊疗指南》根据病理组织学特征和病情发展速度,将肝衰竭分为急性肝衰竭(ALF)、亚急性肝衰竭(SALF)、慢加急性肝衰竭(ACLF)和慢性肝衰竭(CLF)四类,将以往的慢性重型肝炎根据是否存在肝硬化,分为慢性肝衰竭与慢加急性肝衰竭^[1]。因为其病理表现的不同,从而导致了临床表现和预后的差异,因此本文回顾总结了 59 例慢加急性肝衰竭、38 例慢性肝衰竭患者的临床资料。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 97 例为 2006 年 1 月~2012 年 12

月我院住院患者,诊断符合 2012 年中华医学学会感染病学分会和中华医学学会肝病学会制订的《肝衰竭诊疗指南》^[1]。其中男性 77 例,女性 20 例,发病年龄 19~65 岁,病因均为乙型病毒性肝炎,排除其他甲、丙、丁、戊型病毒性肝炎及 CMV、EB 病毒感染,排除酒精性肝病、自身免疫性肝病、药物性肝损害等。慢加急性肝衰竭 59 例,平均年龄(36.5±10.3)岁;慢性肝衰竭 38 例,平均年龄(48.8±12.6)岁。

1.2 预后判断标准 病情转归以出院时状况或在院死亡为终点判断。治愈:症状、体征基本消失,肝功能恢复正常;好转:症状、体征明显恢复,肝功能明显改善[血清丙氨酸转氨酶(ALT)及总胆红素(TBil)较原水平下降 50%以上],且无明显波动者;未愈:病情无明显好转;恶化:病情进展,或出现脏器衰竭等生命体征不稳定表现^[2]。

1.3 方法 比较慢加急性肝衰竭与慢性肝衰竭患者