

足、心绞痛,甚至可猝死^[3]。因此,探究一种有效治疗 PSVT 的方法,对治疗原发病及提高存活率具有重要意义。

复律治疗包括药物复律、同步电复律,其中同步电复律是利用 R 波作为同步触发点,外加高能量电流作用于心脏,使所有或绝大部分心肌细胞于极短时间内同时除极,心电活动暂停,再由最高自律性起搏点重新主导心脏节律治疗过程,主要适用于阵发性室上速、房颤、房扑等快速型心律失常^[4]。电除颤的推广及使用为救治心脏骤停最重要决定因素,是提高心脏骤停患者存活率关键,为医学史上重要进步^[5]。同步直流电除颤治疗 PSVT 具有以下优势:(1)将与心电图上 QRS 波同步发放的直流电释放至心脏,所释放电流可使不同数量心肌纤维除极,进而消除心动过速;(2)通过精确控制的“电荷量”将失常心律恢复为窦性心律,有效避免服用药物而发生不良

反应,安全性较高。本研究结果显示,研究组首次成功率、总成功率均高于对照组,且研究组治疗有效率高于对照组($P<0.05$),提示阵发性室上性心动过速患者行同步直流电除颤治疗,可明显提高复律成功率,提高临床治疗效果。综上所述,阵发性室上性心动过速患者行同步直流电除颤治疗效果显著,可提高复律成功率。

参考文献

[1]王竞靖,王学忠,沙勇,等.射频消融术治疗阵发性室上性心动过速疗效观察[J].宁夏医科大学学报,2014,36(10):1163-1164
[2]谢展雄,梁翠霞,王庆文,等.胺碘酮与普罗帕酮治疗慢性心房颤动复律的疗效与安全性比较[J].中国药房,2015,26(21):2916-2918
[3]陈凯,刘健,陈建东,等.老年人阵发性室上性心动过速射频消融的特点[J].中国老年学杂志,2014,34(1):91-92
[4]范景秀,石峻,郭应强.同步电复律治疗心脏术后房性心律失常的疗效及安全性观察[J].重庆医学,2015,44(21):2918-2920
[5]杨倩,齐晓勇,党懿,等.他汀类药物对持续性心房颤动电复律后复发影响的荟萃分析[J].中华心血管病杂志,2015,43(11):994-998

(收稿日期:2017-02-09)

缬沙坦联合阿托伐他汀钙对原发性高血压患者
血管内皮功能及生活质量的影响

梁瑞东

(河南省鹿邑县人民医院心血管内科 鹿邑 477200)

摘要:目的:探讨缬沙坦联合阿托伐他汀钙对原发性高血压患者血管内皮功能及生活质量的影响。方法:选择我院 82 例原发性高血压患者,按随机数字表法分为对照组和观察组各 41 例。对照组予以缬沙坦治疗,观察组给予缬沙坦联合阿托伐他汀钙治疗。比较两组患者治疗前、治疗 3 个月后血管内皮功能指标内皮素-1(ET-1)、一氧化氮(NO)水平及患者的生活质量和临床效果。结果:治疗后,观察组 ET-1 水平显著低于对照组,NO 水平、生活质量评分及临床治疗总有效率均显著高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:缬沙坦与阿托伐他汀钙联合应用治疗原发性高血压疗效显著,能有效改善患者血管内皮功能,提高生活质量。

关键词:原发性高血压;缬沙坦;阿托伐他汀钙;血管内皮功能

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.029

原发性高血压为高血压的主要类型,长期高血压状态可对患者心、脑、肾等重要器官造成严重损害,导致心律失常、心室肥大、颅内血管硬化等并发症的发生,影响患者生命健康^[1]。因此,及时、有效地治疗原发性高血压对改善患者预后、保障生命健康意义重大。目前临床应用较广泛的降压药物包括利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂与钙通道阻滞剂等,疗效尚可。本研究通过分组,观察缬沙坦联合阿托伐他汀钙对原发性高血压患者血管内皮功能及生活质量的影响。现报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月~2016 年 10 月我院收治的 82 例原发性高血压患者,按随机数字表

法分为观察组和对照组各 41 例。对照组男 23 例、女 18 例,年龄 42~78 岁,平均年龄(57.42±11.35)岁;观察组男 24 例、女 17 例,年龄 41~79 岁,平均年龄(56.67±10.83)岁。所有患者均符合《内科学》(第 8 版)中高血压的诊断标准^[2],已签署知情同意书,排除继发性高血压患者。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组予以缬沙坦治疗。第 1 周给予缬沙坦(国药准字 H20080820)80 mg/次,1 次/d;若第 2 周患者血压仍>90/60 mm Hg 则将剂量增加为 160 mg/次,1 次/d。观察组给予缬沙坦联合阿托伐他汀钙治疗。予以阿托伐他汀钙(国药准字 H20163163)10 mg/次,1 次/d,睡前服用。缬沙坦用

法用量与对照组一致。两组均持续治疗 3 个月。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者治疗前、治疗 3 个月后 ET-1、NO 水平。(2)比较两组患者临床治疗疗效。无效为治疗后心悸、头痛、头晕、易疲劳等临床症状无明显缓解,舒张压、收缩压未显著降低;有效为临床症状改善,血压有所降低,但收缩压降低<20 mm Hg,舒张压降低<15 mm Hg;显效为临床症状显著改善,舒张压、收缩压恢复到正常水平。总有效=有效+显效^[3]。(3)比较两组患者生活质量,采用生活质量评估量表(SF-36)进行评估,得分越高说明生活质量越高。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 18.0 统计软件对数据进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血管内皮功能指标比较 治疗后,两组患者血管内皮功能指标均显著改善,观察组 ET-1 水平较对照组下降,NO 水平较对照组升高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者血管内皮功能指标比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	时间	ET-1 (pg/L)	NO (mmol/L)
观察组	41	治疗前	8.76± 3.19	0.10± 0.09
对照组	41		8.54± 3.68	0.09± 0.07
<i>t</i>			0.289	0.562
<i>P</i>			>0.05	>0.05
观察组	41	治疗后	3.02± 1.54	0.22± 0.14
对照组	41		5.29± 2.36	0.13± 0.08
<i>t</i>			5.158	3.574
<i>P</i>			<0.05	<0.05

2.2 两组患者临床疗效比较 治疗 3 个月后,观察组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	无效	有效	显效	总有效率
观察组	41	5 (12.20)	12 (29.27)	24 (58.54)	36 (87.80)*
对照组	41	13 (31.71)	13 (31.71)	15 (36.59)	28 (68.29)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者生活质量比较 两组患者治疗前生活质量比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,观察组生活质量评分明显高于对照组,差异有统计学意义,

(上接第 43 页)

[3]冷仲禹,徐文双,崔婵.房角分离手术结合超声乳化对原发性闭角型青光眼合并白内障的治疗价值[J].中外医疗,2016,35(9):64-65

[4]徐武平,洪卫,朱建刚.不同房角关闭状态闭角型青光眼合并白内障的手术方式探讨[J].国际眼科杂志,2016,16(6):1099-1101

[5]秦剑鸾,顾育红,张作仁.闭角型青光眼合并白内障的手术治疗分析[J].中医眼耳鼻喉杂志,2016,6(2):87-90

$P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	41	63.85± 7.42	79.67± 8.29
对照组	41	64.59± 7.16	71.38± 8.04
<i>t</i>		0.460	4.597
<i>P</i>		>0.05	<0.05

3 讨论

原发性高血压为内科常见慢性疾病,随临床研究的不断深入,发现除交感神经系统亢进、肾性水钠潴留与胰岛素抵抗等因素可导致患者血压升高外,血管活性物质(缓激肽、ET-1、NO 等)亦对血压有显著影响,若 ET-1、NO 分泌异常可打破血管舒张因子与收缩因子间的平衡,引起血压升高^[4]。因此,改善患者血管内皮功能对有效控制血压尤为重要。

β -受体阻滞剂、利尿剂与钙通道阻滞剂均为临床常用的降压药物。缬沙坦是血管紧张素 II 受体阻滞剂,能有效抑制血管紧张素 II 与受体结合,抑制血管收缩和醛固酮释放,达到降压作用,同时能减少内皮素分泌,促进缓激肽、NO 合成与释放,有助于保障内皮细胞功能及结构完整性。阿托伐他汀钙属羟甲戊二酰辅酶 A 还原酶抑制剂,通过抑制肝脏内 HMG-CoA 还原酶和胆固醇的合成,降低血浆中胆固醇和脂蛋白水平,发挥良好的抗动脉粥样硬化与调脂作用,且能减少血管壁炎症反应,降低血压。本研究结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$),ET-1 水平及 NO 水平均改善明显,与魏晓娟等^[5]研究结果一致。说明缬沙坦与阿托伐他汀钙联合应用可有效控制血压,维持血压稳定性,改善血管内皮功能,提高患者生活质量,具有重要的临床价值。

参考文献

[1]王其虎,桂树杰.苯磺酸氨氯地平联合缬沙坦治疗原发性高血压临床效果观察[J].国际老年医学杂志,2013,34(2):60-63

[2]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.257

[3]朱清,夏璐.缬沙坦联合氨氯地平治疗高龄老年高血压疗效及肾脏保护作用[J].中国老年学杂志,2013,33(19):4833-4834

[4]梁德贤,李庆军,陈康荣.氨氯地平联合缬沙坦对老年高血压患者内皮素 -1、一氧化氮及血管弹性功能的影响[J].疑难病杂志,2014,13(5):469-471

[5]魏晓娟,常荣,苏晓灵,等.阿托伐他汀钙联合缬沙坦治疗原发性高血压的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(12):1069-1071

[6]吴怡怡,秦常军.超声乳化联合房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障疗效分析[J].中国实用眼科杂志,2016,34(5):433-435

[7]孙进峰.青光眼白内障联合手术中改良小梁切除与经典小梁切除效果比较[J].河南医学研究,2016,25(5):925-926

[8]王涛.治疗合并白内障的闭角型青光眼联合手术应注意的问题[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2016,16(3):174-178

(收稿日期: 2017-02-21)

(收稿日期: 2017-02-22)