

苯磺酸氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的价值分析

赵海英

淄博市张店区房镇镇卫生院, 山东 淄博 255000

【摘要】 **目的** 观察高血压合并冠心病的临床治疗中, 对患者采取苯磺酸氨氯地平联合阿托伐他汀钙片的效果, 分析该方案的临床应用价值。**方法** 回顾性选取我院2020年1月至2022年1月收治的88例高血压合并冠心病患者, 并按照治疗方法的不同分为观察组和对照组两组, 每组各44例。其中对照组使用苯磺酸氨氯地平药物干预, 观察组则在应用上述药物的同时联合阿托伐他汀钙片联合治疗, 连续治疗6个月。记录并分析相应临床疗效与指标。**结果** 观察组患者的临床疗效、血脂、血压与心血管活性肽比较均优于对照组, 且差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 苯磺酸氨氯地平、阿托伐他汀钙片联合治疗是一种具有临床推广价值的高血压合并冠心病治疗方案, 其疗效显著, 心脏与血压相关指标均得到明显改善。

【关键词】 苯磺酸氨氯地平; 阿托伐他汀; 高血压; 冠心病

高血压是一种缺乏典型症状的慢性疾病, 该病患者的动脉血压长期处于偏高状态。高血压在临床上分为原发性高血压和继发性高血压两种, 其中以原发性高血压更为多见, 其占比可达到90%~95%左右。高血压作为一种严重的疾病, 虽然在临床上没有显著症状, 但是由于血流对动脉壁长期施加较高的压力, 会显著增加罹患冠状动脉疾病、脑卒中、心脏衰竭、慢性肾脏病和视力受损等疾病的风险^[1]。对于发病人群, 高血压可以发生于任何年龄, 但大多数是40岁之后发生自发性高血压^[2]。

高血压引起的一种常见的心脏疾病就是冠心病, 即冠状动脉疾病。冠心病在临床上常表现为稳定型心绞痛、非稳定型心绞痛、心肌梗塞和猝死等, 临床症状包括胸痛不适, 呼吸困难和心律不齐等^[3]。对于高血液合并冠心病的临床治疗, 主要采用苯磺酸氨氯地平药物, 它作为鞘磷脂磷酸二酯酶的功能性抑制剂来干预高血压和冠心病的治疗^[4]。但是在使用过程中, 常常会产生外周性水肿、消化不良、心悸和头晕等药物副作用。阿托伐他汀是一种具备多种功效的临床常见药物, 不仅能降低患者血液中的胆固醇含量, 而且还可以稳定患者血液斑块, 进

而有效预防脑卒中, 此外该药物对冠状动脉心脏病也有很好的预防作用^[5]。苯磺酸氨氯地平联合阿托伐他汀钙片, 可同时发挥两药物的功效并降低不良反应的发生。基于此, 我院进行相关临床试验, 综合分析苯磺酸氨氯地平、阿托伐他汀钙片联合治疗高血压合并冠心病的临床疗效, 探讨分析其临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾性选取我院2020年1月至2022年1月收治的88例高血压合并冠心病患者, 按照治疗方式的不同分为观察组和对照组。其中纳入标准: ①经过常规心电图与心肌显像确诊为冠心病; ②符合《中国高血压防治指南》诊断标准。排除标准: ①合并其它心血管系统疾病患者; ②合并严重肝、肾等严重疾病患者; ③近期有相关手术史患者; ④存在精神疾病, 神经异常患者。本研究经过淄博市张店区房镇镇卫生院医院伦理委员会批准, 且患者均签署知情同意书。两组患者临床基线资料无显著差异($P>0.05$)。具体情况见表1。

表1 两组患者临床资料比较

组别	例数	性别(男/女)	平均年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程($\bar{x} \pm s$, 年)
对照组	44	23/21	56.32 ± 12.55	8.63 ± 4.80
观察组	44	24/20	57.16 ± 13.27	8.78 ± 5.02
t/χ^2		0.046	0.305	0.143
P		0.831	0.761	0.886

1.2 方法 两组患者均暂停使用降压药物, 对照组患者口服苯磺酸氨氯地平片(厂家:广东彼迪药

业有限公司; 规格:5 mg), 1片/次, 早餐后口服, 1次/d。观察组则应用口服苯磺酸氨氯地平联合阿托

伐他汀钙片(厂家:北京嘉林药业股份有限公司;批准文号:规格:20 mg),早餐后口服苯磺酸氨氯地平片,晚餐后口服阿托伐他汀钙片,1片/次,1次/d。两组均连续治疗六个月。

1.3 观察指标 (1)根据血压下降幅度评估两组患者的临床疗效评定,显效为收缩压下降>30%或舒张压下降 ≥ 10 mmHg;有效为舒张压下降<10 mmHg,但降至正常或下降10~19 mmHg;无效:未达到以上两种标准水平;总有效率=(显效人数+有效人数)/总人数 $\times 100\%$;(2)利用BS-600全自动血液生化分析仪检测离心10min后的空腹静脉血5mL血脂相关指标,包括总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C);(3)利用酶联免疫吸附测定血浆中的Apelin、Salusins- α 和Salusins- β 水平;(4)应用UNEXEF38G血管内皮功能检测仪检测记录血管扩张功能(FMD),基于FMD评估血管的内皮功能,其中分数以6.0为分界

线, ≤ 6.0 则怀疑血管内皮功能受损;(5)采用双抗夹心ELISA检测血浆内皮素1(ET-1)和一氧化氮(NO)水平;(6)统计两组患者的不良反应包括头晕、心悸和水肿等,并计算上述事件的发生率。不良反应发生率=发生不良反应的患者数/本组患者数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 将本组数据代入SPSS22.0软件处理分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,实施 t 检验;计数资料用%表示,用 χ^2 检验。 $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗情况及临床疗效比较 治疗后,观察组患者的总有效率为93.18%显著高于对照组的77.27%,且差异具有统计学意义($\chi^2=10.051, P < 0.01$),具体见表2。

表2 两组患者临床疗效比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	44	26 (5.91)	15 (3.41)	3 (0.68)	41 (93.18)
对照组	44	17 (3.86)	17 (3.86)	10 (2.27)	34 (77.27)
χ^2					10.051
P					0.002

2.2 两组患者治疗前后的血脂情况比较 两组患者治疗前血脂相关指标比较,TC、TG、LDL-C含量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,

观察组患者的TC、TG和LDL-C含量较治疗前明显降低,而对照组患者较治疗前变化不明显,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表3。

表3 两组患者治疗前后的血脂比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	TC		TG		LDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	44	5.12 \pm 1.03	5.01 \pm 0.98	1.55 \pm 1.21	1.47 \pm 1.20	3.82 \pm 1.17	3.71 \pm 1.20
观察组	44	5.23 \pm 1.09	4.52 \pm 1.05	1.48 \pm 1.12	1.01 \pm 0.95	3.81 \pm 1.13	3.15 \pm 1.17
t		0.487	2.263	0.282	1.994	0.041	2.216
P		0.628	0.026	0.779	0.050	0.968	0.029

2.3 两组患者的治疗前后血浆心血管活性肽指标比较 两组患者治疗前血脂相关指标比较,Apelin、Salusins- α 和Salusins- β 含量比较,差异无统计学意

义($P > 0.05$)。治疗后,观察组患者与对照组患者的Apelin、Salusins- α 和Salusins- β 较治疗前改善,而观察组效果比对照组更加显著($P < 0.05$),见表4。

表4 两组患者治疗前后血浆心血管活性肽指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Apelin (pg/mL)		Salusins- α (ng/mL)		Salusins- β (ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	44	215.08 \pm 30.58	243.55 \pm 31.54	0.85 \pm 0.35	1.28 \pm 0.43	4.63 \pm 1.75	4.05 \pm 1.42
观察组	44	214.25 \pm 29.64	267.21 \pm 30.65	0.86 \pm 0.44	1.72 \pm 0.49	4.75 \pm 2.01	3.44 \pm 1.02
t		0.129	3.569	0.118	4.477	0.299	2.314
P		0.897	0.001	0.906	0.001	0.766	0.023

2.4 两组患者治疗前后血管内皮功能比较 治疗前,两组患者的血管内皮功能比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,两组患者ET-1、NO水

平及FMD均得到明显改善,而观察组的改善情况优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表5。

表 5 两组患者治疗期那后血管内皮功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ET-1 (ng/L)		NO ($\mu\text{mol/L}$)		FMD (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	44	74.25 \pm 17.26	68.56 \pm 15.17	34.51 \pm 6.80	36.97 \pm 6.23	4.68 \pm 1.75	5.65 \pm 1.42
观察组	44	76.36 \pm 18.25	57.27 \pm 13.28	34.95 \pm 6.71	41.72 \pm 7.49	4.72 \pm 2.01	6.94 \pm 1.02
<i>t</i>		0.557	3.714	0.306	3.234	0.010	4.894
<i>P</i>		0.579	0.001	0.761	0.002	0.921	0.001

2.5 两组患者的不良反应发生率比较 治疗期间, 两组均未发生严重的不良反应, 主要轻症不良反应包括: 头痛头晕、心悸、水肿等, 具体数据详见表6。

表 6 两组不良反应发生状况 [n (%)]

组别	头晕	心悸	水肿	不良反应发生率
对照组	4 (0.91)	5 (1.14)	3 (0.68)	12 (27.27)
观察组	1 (0.23)	1 (0.23)	1 (0.23)	3 (6.82)
χ^2				14.795
<i>P</i>				0.001

3 讨论

高血压作为一种慢性疾病, 会对动脉壁产生的过大压力会损坏血管和器官, 而且血压越高且不加控制的时间越长, 损伤就越大。从长远来看, 高血压造成动脉血管损伤后易形成粥样硬化, 继而导致冠心病的发作。除此之外, 血压升高还可能导致血管削弱和隆起, 形成动脉瘤。如果动脉瘤, 可能会造成生命危险^[6]。原发性高血压是最常见的高血压, 占有高血压病例的 90% 左右, 在现代社会中, 血压会随着年龄的增高而升高, 而晚年罹患高血压的风险也相当高^[7]。冠心病作为高血压的常见并发症, 若冠状动脉被严重阻塞, 可引致很严重的后果。血液不能供应到心脏会引致剧烈的心绞痛, 然后引发衰竭, 严重可致死亡。

目前治疗高血压的临床药物苯磺酸氨氯地平, 虽然疗效显著, 但是副作用产生较多, 同时在病患患有冠状动脉疾病下使用此药, 可能会增加心绞痛的频率和严重程度, 在某些条件下还可能会导致心脏病发^[8]。而阿托伐他汀可以有效地治疗血脂异常和预防心血管疾病, 配合苯磺酸氨氯地平使用可事半功倍。本研究通过临床对照研究也证明, 苯磺酸氨氯地平联合阿托伐他汀钙片在治疗过程中, 不仅提高了临床疗效, 在具体调节血液血脂水平和血浆心血管活性肽指标方面, 单独治疗的对照组对于血脂紊乱的调节作用并不明显, 观察组更能发挥调节血脂, 稳定血浆心血管活性肽的作用, 而且联合治疗的观察组还发现对于血管内皮功能的有效恢复, 也印证了预防心血管疾病的研究观点, 说明两种药物不仅在药理学上相互兼容, 更可以协同发挥降压和降脂的作用, 提高临床疗效。

综上所述, 苯磺酸氨氯地平、阿托伐他汀钙片联合治疗方案能显著调节血脂及血管内皮功能, 其

对于高血压合并冠心病具有较好的疗效, 对于临床治疗具有重要的研究价值, 值得进一步探索研究。

参考文献

- [1] 周雁花, 刘红阳, 周慧, 等. 阿托伐他汀钙片联合氨氯地平对中老年高血压合并冠心病患者血脂及血清 Apelin 水平的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40 (8): 1587-1589.
- [2] 于丽丽, 廉炜, 余晓英, 等. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙治疗高血压合并冠心病患者的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37 (20): 2734-2737.
- [3] 陈仪寿, 陈云斌. 氨氯地平联合阿托伐他汀治疗高血压合并冠心病的临床疗效及其对炎症因子的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (36): 64-66.
- [4] 石雪丽, 赵光宇, 刘敬敏. 氨氯地平阿托伐他汀对高血压合并冠心病患者心血管活性肽、炎症因子及血管内皮功能的影响 [J]. 中国循证心血管医学杂志, 2021, 13 (4): 438-442.
- [5] 黄丹, 许秀峰, 龙亚雄. 阿托伐他汀联合苯磺酸氨氯地平治疗冠心病并脑梗死患者的临床疗效及其对血液流变学的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15 (21): 33-36.
- [6] 黄秀娟. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病临床效果研究 [J]. 医药论坛杂志, 2022, 43 (12): 91-94.
- [7] 周玮, 李秀琴. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病的标准化治疗效果分析 [J]. 中国标准化, 2022, 18): 270-272.
- [8] 陈慧敏, 许逸飞. 苯磺酸氨氯地平联合阿托伐他汀钙治疗老年高血压伴血脂异常的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32 (12): 1072-1074.