

瑞舒伐他汀联合依那普利 治疗高血压对患者血压、血脂及脑血管意外事件发生率的影响

李振环

济南市历城区荷花路街道办事处社区卫生服务中心, 山东 济南 250100

【摘要】 目的 探究瑞舒伐他汀联合依那普利治疗高血压对患者血压、血脂及脑血管意外事件发生率的影响。方法 选择本院 2020 年 3 月—2021 年 3 月医治高血压患者 70 例纳入观察主体, 按就诊顺序分成对照组和治疗组, 各 35 例。其中对照组采取依那普利治疗, 治疗组采取瑞舒伐他汀联合依那普利治疗。对比两组患者治疗前后血压水平、血脂水平、临床症状积分及躯体健康评分; 并统计两组患者脑血管意外事件发生率。结果 治疗后, 两组血压水平及血脂水平较治疗前显著改善, 且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组临床症状积分较治疗前显著下降, 躯体健康评分较治疗前显著提高, 且治疗组上述指标升降幅度更大 ($P < 0.05$)。治疗组脑血管意外事件发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 对高血压患者而言, 临床为其采取瑞舒伐他汀联合依那普利治疗具有良好的效果, 其能够改善患者症状, 将血压、血脂水平恢复至正常状态, 进一步抑制脑血管意外事件的发生, 利于预后。

【关键词】 瑞舒伐他汀; 依那普利; 高血压; 脑血管意外事件发生率; 血压; 血脂

高血压是最常见的慢性病之一, 也是心脑血管病最主要的危险因素, 随着疾病的发展继而增加慢性肾病、心力衰竭、脑梗死等并发症发生率, 严重威胁患者身心, 给家庭和社会造成沉重负担^[1]。临床通过规律应用降压药物控制血压达标, 降低高血压患者的心脑肾以及心血管并发症发生率^[2]。瑞舒伐他汀为临床常用的调血脂药物, 它是通过选择性竞争性地抑制肝脏中羟甲基戊二酰辅酶 A 还原酶抑制剂的活性, 抑制内源性胆固醇在肝脏中的合成, 可作为预防由于动脉粥样硬化引起的脑梗和心梗的长期预防性用药^[3]。而依那普利是临床常用降压药, 作用机理是通过抑制血管紧张素转换酶, 减少体内血管紧张素 II 的浓度, 进而减少小动脉平滑肌的痉挛, 而发挥降压作用^[4]。基于此, 探究瑞舒伐他汀联合依那普利治疗高血压患者的降压效果, 具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2020 年 3 月—2021 年 3 月医治高血压患者 70 例纳入观察主体, 按就诊顺序分成对照组和治疗组, 各 35 例。其中对照组男 20 例, 女 15 例, 年龄介于 32 ~ 58 岁, 均值为 (36.78 ± 3.43) 岁, 病程范围为 10 ~ 38 周, 均值为 (16.24 ± 1.14) 周; 治疗组男 19 例, 女 16 例, 年龄介于 33 ~ 60 岁, 均值为 (38.12 ± 3.21) 岁, 病程范围为 11 ~ 38 周, 均值为 (17.45 ± 1.56) 周。上述两组患者在基线资料方面显示出相似性 ($P > 0.05$), 满足对照研究展开条件。

纳入标准: 临床表现与高血压疾病的相关诊断

处于相符状态; 不存在既往高血压、糖尿病等病史; 近期未接受相关治疗。排除标准: 合并患有严重肿瘤、血液系统疾病; 合并患有其他慢性疾病; 对本次研究所使用药物存在过敏史。

1.2 方法

1.2.1 对照组采取依那普利治疗, 口服依那普利 (生产单位: 辰欣药业股份有限公司, 批准文号: 国药准字 H20083605), 起始剂量每次 5mg, 1 次 /d, 之后根据血压变化调整剂量, 常用维持量为 20mg/d。

1.2.2 治疗组采取瑞舒伐他汀联合依那普利治疗, 其中依那普利用法用量与对照组相同。口服瑞舒伐他汀片 (生产单位: 南京正大天晴制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H20080670), 起始剂量每次 5mg, 1 次 /d, 之后根据血压变化调整剂量, 常用维持量为 20mg/d, 两组均治疗 3 个月。

1.3 观察指标 ①对比两组患者治疗前后血压水平, 采取 24h 动态血压监测其治疗前后日间收缩压、日间舒张压、夜间收缩压、夜间舒张压、24h 平均收缩压、24h 平均舒张压^[5]。②对比两组患者治疗前后血脂水平, 包括 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平^[6]。③对比两组患者治疗前后临床症状积分, 包括眩晕、头痛、失眠、心悸症状, 每项 0 ~ 10 分, 症状越轻则分数越低^[7]。④对比两组患者治疗前后躯体健康评分, 包括 PF、RP、BP、GH 方面, 每项 0 ~ 100 分, 躯体健康状态越优则分数越高^[8]。⑤对比两组患者脑血管意外事件发生率, 包括脑出血、脑梗死、脑血管畸形。

1.4 统计学方法 将所有数据均输入到 SPSS

22.0 软件当中,采用 [n (%)]、($\bar{x} \pm s$) 分别对计数、计量数据进行表示,采用 χ^2 、t 实施相应的组间检验,以 $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结 果

2.1 对比两组患者治疗前后血压水平 治疗后,两组日间收缩压、日间舒张压、夜间收缩压、夜间舒张压、24h 平均收缩压及 24h 平均舒张压较治疗前显著改善,且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 对比两组患者治疗前后血脂水平 治疗后,两组 TC、TG、LDL-C 及 HDL-C 水平较治

疗前显著改善,且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 对比两组患者治疗前后临床症状积分 治疗后,两组眩晕、头痛、失眠、心悸临床症状积分较治疗前显著下降,且治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 对比两组患者治疗前后躯体健康评分 治疗后,两组 PF、RP、BP、GH 躯体健康评分较治疗前显著提高,且治疗组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 对比两组患者脑血管意外事件发生率 治疗组脑血管意外事件发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 1 对比两组患者治疗前后血压水平 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	日间收缩压		日间舒张压		夜间收缩压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	145.54 ± 5.65	128.98 ± 3.15 [#]	97.09 ± 3.65	86.19 ± 2.67 [#]	131.09 ± 3.60	117.34 ± 3.09 [#]
治疗组 (n=35)	146.15 ± 5.32*	120.08 ± 3.21 ^{#~}	98.65 ± 3.31*	79.21 ± 2.36 ^{#~}	130.32 ± 3.16*	108.87 ± 2.90 ^{#~}

表 1 对比两组患者治疗前后血压水平 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	夜间舒张压		24h 平均收缩压		24h 平均舒张压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	86.61 ± 3.32	71.08 ± 2.35 [#]	146.53 ± 3.18	135.91 ± 3.07 [#]	102.33 ± 2.24	82.08 ± 1.73 [#]
治疗组 (n=35)	86.17 ± 3.50*	65.17 ± 2.50 ^{#~}	147.96 ± 3.51*	123.87 ± 2.35 ^{#~}	103.57 ± 2.70*	76.32 ± 1.10 ^{#~}

注: * 表示与对照组治疗前比较, $P > 0.05$; # 表示与组内治疗前比较, $P < 0.05$; ~ 表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表 2 对比两组患者治疗前后血脂水平 ($\bar{x} \pm s$, mmol·L⁻¹)

组别	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	5.75 ± 1.31	4.98 ± 1.18 [#]	2.18 ± 0.67	1.98 ± 0.56 [#]	3.35 ± 0.65	3.07 ± 0.59 [#]	1.27 ± 0.86	1.13 ± 0.71 [#]
治疗组 (n=35)	5.69 ± 1.38*	4.62 ± 1.01 ^{#~}	2.21 ± 0.56*	1.28 ± 0.45 ^{#~}	3.37 ± 0.51*	2.65 ± 0.30 ^{#~}	1.31 ± 0.71*	0.97 ± 0.66 ^{#~}

注: * 表示与对照组治疗前比较, $P > 0.05$; # 表示与组内治疗前比较, $P < 0.05$; ~ 表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表 3 对比两组患者治疗前后临床症状积分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	眩晕		头痛	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	6.56 ± 2.31	3.40 ± 1.15 [#]	6.08 ± 2.12	3.21 ± 1.56 [#]
治疗组 (n=35)	6.28 ± 2.23*	2.31 ± 0.86 ^{#~}	6.58 ± 2.23*	1.35 ± 0.31 ^{#~}

续表 3

组别	失眠		心悸	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	5.34 ± 2.76	2.87 ± 0.75 [#]	5.87 ± 1.27	2.58 ± 0.46 [#]
治疗组 (n=35)	5.46 ± 2.22*	1.18 ± 0.53 ^{#~}	5.92 ± 1.30*	0.73 ± 0.32 ^{#~}

注: * 表示与对照组治疗前比较, $P > 0.05$; # 表示与组内治疗前比较, $P < 0.05$; ~ 表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表 4 对比两组患者治疗前后躯体健康评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	PF		RP	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	66.09 ± 3.71	77.72 ± 5.66 [#]	64.15 ± 3.27	74.16 ± 5.43 [#]
治疗组 (n=35)	66.35 ± 3.52*	80.97 ± 5.61 ^{#~}	64.80 ± 3.30*	85.08 ± 5.71 ^{#~}

续表 4

组别	BP		GH	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	62.76±3.78	71.98±5.22 [#]	60.35±3.26	70.16±5.12 [#]
治疗组 (n=35)	62.21±3.76 [*]	81.27±6.26 ^{#~}	60.09±3.27 [*]	80.82±6.17 ^{#~}

注: * 表示与对照组治疗前比较, P>0.05; # 表示与组内治疗前比较, P<0.05; ~ 表示与对照组治疗后比较, P<0.05。

表 5 对比两组患者脑血管意外事件发生率[n(%)]

组别	脑出血	脑梗死	脑血管畸形	脑血管意外事件
对照组 (n=35)	2 (5.71)	2 (5.71)	3 (8.57)	7 (20.00)
治疗组 (n=35)	1 (2.86)	1 (2.86)	0 (0.00)	2 (5.71) [^]

注: ^ 表示与对照组比较, P<0.05。

3 讨 论

高血压是患者血压超出正常范围数值的心血管内科疾病,其发病机制较为复杂,长期精神紧张、激动、不良视觉刺激等因素都能导致高血压疾病的发生^[9]。临床根据高血压患者病情给予降压药的时机与强度,防止心脑血管等并发症的发生以及发展。瑞舒伐他汀属于他汀类药物,其药理作用为减缓体内胆固醇的产生,减少胆固醇积聚于动脉管壁,稳定斑块及抑制血管动脉粥样硬化,防止出现脑血栓、心肌梗死等血管阻塞性疾病,可作为其它降血脂措施的辅助治疗^[10]。依那普利是血管紧张素转换酶抑制剂,主要是作用于肾素-血管紧张素-醛固酮系统,而发挥降压的作用,是高血压治疗的一线药物。

TC 常作为动脉粥样硬化的预防、发病估计、疗效观察的参考指标。TG 是体内含脂类最多的,大部分组织可以利用它分解产物提供能量。甘油三酯的升高会出现脑梗死、心肌梗死、冠心病等动脉硬化疾病的发生。LDL-C 主要合成部位是在血管内,由血浆中密度极低的脂蛋白胆固醇转化而成,肝脏是 LDL-C 发生降解的部位^[11]。LDL-C 越高就越易出现动脉粥样硬化性疾病,是血脂化验当中非常重要的指标。HDL-C 对于动脉硬化有作用,对于患者高密度脂蛋白水平越高,动脉硬化程度越低,是胆固醇中的一项指标。本次选取上述指标观察瑞舒伐他汀联合依那普利治疗对高血压患者血压、血脂、脑血管意外事件发生率的影响,结果显示:治疗后,两组血压水平、血脂水平较治疗前显著改善,且治疗组优于对照组 (P<0.05)。治疗后,两组临床症状积分较治疗前显著下降,躯体健康评分较治疗前显著提高,且治疗组上述指标升降幅度更大 (P<0.05)。治疗组脑血管意外事件发生率低于对照组 (P<0.05)。

综上,对高血压患者而言,临床为其采取瑞舒伐他汀联合依那普利治疗具有良好的效果,其能够改善患者症状,将血压、血脂水平恢复至正常状态,进一步抑制脑血管意外事件的发生,利于预后。

参考文献

- [1] 刘雅萌,阳晓丽,张彩虹.老年高血压相关性衰弱的发病机制及运动干预机制的研究进展[J].中国全科医学,2023,26(5):635-640.
- [2] 于扬,马为,范芳芳,等.硝苯地平控释片治疗轻、中度高血压患者清晨尿钠水平与血压达标状态的研究[J].中国临床药理学杂志,2023,39(1):3-7.
- [3] 杨志霞.阿司匹林联合拉贝洛尔治疗妊娠高血压的效果观察及临床指标改善情况分析[J].健康大视野,2023(2):111-113.
- [4] 李妮,卢华涛,高莉华.硝苯地平缓释片治疗高血压合并糖尿病的临床疗效[J].糖尿病天地,2023(1):61-62.
- [5] 张先庚,郭勤,刘赞琦,等.医养结合分级照护对老年高血压患者血压及生命质量的影响研究[J].成都医学院学报,2022,17(6):760-763.
- [6] 王宝梅.化痰涤痰利脑汤联合西药治疗老年高血压脑出血恢复期效果观察[J].医学理论与实践,2022,35(24):4182-4185.
- [7] 宋彦伟,张玉,王建敏.益气活血补肾降压方联合穴位按摩治疗高血压的疗效及对血清炎症因子水平的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(24):5932-5935.
- [8] 王心刚,邓婕.老年高血压患者血浆同型半胱氨酸水平对颈动脉内膜中层厚度的影响[J].神经损伤与功能重建,2022,17(12):802-803.
- [9] 杨涛,张永军,郑亮,等.心电图新标准对高血压合并超重和肥胖人群左心室肥厚的诊断效能研究[J].中国全科医学,2022,25(36):4502-4508.
- [10] 李雪,王莉,陶婷.氨氯地平片联合马来酸依那普利叶酸片治疗 H 型高血压并慢性心衰患者的疗效观察[J].黑龙江医药,2022,35(6):1296-1298.
- [11] 周新峰,万晓芳,陈琳.硫酸镁与硫酸镁联合硝苯地平治疗妊娠高血压综合症的临床疗效及用药的安全性分析[J].大医生,2022,7(24):87-89.