· 专题研究 ·

【编者按】　原发性高血压（essential hypertension，EH）是一种严重危害人们健康及影响生活质量的疾病，我国成人 EH 患病率为 18.8%，老年人约占 22.0%，我国 EH 存在“三高”（患病率高、致残率高、病死率高）、“三低”（知晓率低、服药率低、控制率低）和“三不”（不规律服药、不难受不吃药、不耐受用药）的特点，所以对 EH 的治疗刻不容缓。本期“专题研究”对卡托普利联合非洛地平、全科团队服务模式、苯磺酸左旋氨氯地平联合卡托普利治疗 EH 的临床疗效进行研究，并分析了 EH 合并心力衰竭的临床特点，旨在为 EH 的治疗提供参考，敬请关注！

卡托普利联合非洛地平治疗原发性高血压的临床疗效观察

李　健

【摘要】　**目的**　观察卡托普利联合非洛地平治疗原发性高血压的临床效果。**方法**　选取 2011 年 8 月—2013 年 8 月我院收治的原发性高血压患者 88 例，将其随机分为观察组和对照组，各 44 例。对照组使用卡托普利治疗，观察组在对照组基础上，联合使用非洛地平。观察两组患者治疗前、治疗 4 周、治疗 8 周时的血压（舒张压、收缩压），检测患者治疗前后空腹血糖（FBG）、血脂（TG、TC）、肝功能（AST、ALT）、血尿素氮（BUN），并记录患者不良反应发生情况。**结果**　治疗前两组患者舒张压和收缩压比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗 4 周、8 周时观察组患者舒张压和收缩压均低于对照组（$P<0.05$）；观察组总有效率为 93.2%（41/44），高于对照组的 70.4%（31/44）（$P<0.05$）；观察组不良反应发生率低于对照组（$P<0.05$）；治疗前后两组 FBG、TG、TC、AST、ALT、BUN 比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。**结论**　卡托普利联合非洛地平治疗原发性高血压疗效佳，能显著降低患者血压，减少不良反应发生率，且对血糖、血脂及肝肾功能无明显影响。

【关键词】　非洛地平；卡托普利；高血压；药物疗法，联合

【中图分类号】R 544.11　【文献标识码】A　doi：10.3969/j.issn.1008－5971.2014.04.004

原发性高血压是一种比较常见的慢性病，其也是诱发心脑血管病的高危因素，持续的高血压最容易导致脑梗死、冠心病、心肌梗死、心力衰竭等并发症。降低高血压患者的血压有助于降低心、脑、肾靶器官出现损害的风险[1]。因此，临床合理选用药物对降血压意义重大。非洛地平联合 β－受体阻滞剂是治疗高血压的常用方法，具有一定疗效，然而非洛地平联合卡托普利治疗原发性高血压的临床报道较少，疗效尚不明确。本研究旨在观察卡托普利联合非洛地平治疗原发性高血压的临床效果，现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2011 年 8 月—2013 年 8 月我院收治的原发性高血压患者 88 例，将其随机分为观察组和对照组，各 44 例，其中观察组男 22 例，女 22 例；平均年龄（47.2 ± 11.6）岁；平均舒张压（15.02 ± 2.05）kPa（1 kPa = 7.5 mm Hg），平均收缩压（23.73 ± 3.38）kPa；平均病程（3.24 ± 1.05）年。对照组男 21 例，女 23 例；平均年龄（46.9 ± 12.3）岁；平均舒张压（14.93 ± 1.97）kPa，平均收缩压（22.87 ± 4.08）kPa；平均病程（3.18 ± 1.35）年。患者均符合国际诊断标准[2]，即收缩压≥18.62 kPa 和/或舒张压≥13.56 kPa，排除有严重心、脑、肾并发症及继发性高血压者。患者均无卡托普利、非洛地平过敏或相关药物禁忌证。两组患者性别、年龄、血压、病程间具有均衡性。

1.2　方法　对照组给予卡托普利口服，2～3 次/d，12.5 mg/次。观察组在对照组基础上给予非洛地平口服（8：00、20：00 服用），2.5 mg/次。治疗 1～2 周效果不佳者可逐渐加大药物剂量。但卡托普利最大剂量 < 75 mg/d；非洛地平 < 10 mg/d。两组均连续服用 6 周。观察两组患者治疗前后舒张压和收缩压、体征变化、临床症状或不良反应发生情况等。

1.3　疗效评定标准[3]　显效：舒张压降低≥10 mm Hg（1 mm Hg = 0.133 kPa），恢复至参考范围，或收缩压降低≥20 mm Hg；有效：舒张压降低 < 10 mm Hg并降至正常，或舒张压降低 10～20 mm Hg；无效：血压降低未达到以上标准或继续升高。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.4　观察指标　观察两组患者治疗前后血压变化（舒张压、收缩压），并检测患者治疗前后空腹血糖（FBG）、血脂（TG、TC）、肝功能（AST、ALT）、血尿素氮（BUN），记录两组患者不良反应发生情况。

1.5　统计学方法　采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组血压比较　治疗前两组患者舒张压和收缩压比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗 4 周、8 周时观察组患者舒张压和收缩压均低于对照组，差异有统计学意义（$P<$

作者单位：413522 湖南省益阳市安化县第二人民医院心血管内科

0.05，见表 1）。

表 1 两组患者治疗前后血压比较（$\bar{x} \pm s$，kPa）

Table 1 Comparison of blood pressure between two groups before and after treatment

组别	例数	舒张压			收缩压		
		治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周
对照组	44	14.93 ± 1.97	12.5 ± 1.63	9.68 ± 0.90	22.87 ± 4.08	19.20 ± 1.57	16.23 ± 0.93
观察组	44	15.02 ± 2.05	9.8 ± 1.44	7.85 ± 1.09	23.73 ± 3.38	16.07 ± 1.95	13.64 ± 1.53
t 值		0.110	3.307	3.241	0.456	3.833	3.172
P 值		0.918	0.030	0.038	0.666	0.019	0.034

2.2 两组疗效比较 对照组总有效率为 70.4%（31/44），观察组为 93.2%（41/44），观察组总有效率高于对照组，差异有统计学意义（$P < 0.05$，见表 2）。

表 2 两组患者疗效比较（例）

Table 2 Comparison of effect between two groups

组别	例数	显效	有效	无效
对照组	44	23	8	13
观察组	44	32	9	3

2.3 两组患者不良反应发生情况 对照组 9 例患者出现不良反应，其中头晕头痛 4 例、面色潮红 2 例、心悸 1 例、踝部轻度肿胀 2 例，不良反应发生率为 20.4%。观察组 4 例患者出现不良反应，其中干咳 1 例、头晕 3 例，不良反应发生率为 9.1%。观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。

2.4 两组患者 FBG、TG、TC、AST、ALT、BUN 比较 治疗前后两组 FBG、TG、TC、AST、ALT、BUN 比较，差异均无统计学意义（$P > 0.05$，见表 3）。在心功能常规检查中，对照组 3 例患者心电图示窦性心动过速，停药后恢复正常；观察组心功能无显著的异常变化。

3 讨论

原发性高血压是一种比较常见的慢性病，也是诱发心脑血管病的高危因素，容易导致脑梗死、冠心病、心肌梗死、心力衰竭等并发症，严重危害患者的生命健康。国外相关研究指出，降低高血压患者的血压有助于降低心、脑、肾靶器官出现损害的风险。因此，临床合理选用降压药物对降血压意义重大。然而单独使用一种降压药物，血压达标率较低。张金华等[4]研究证明，大部分患者均是采用了两种或两种以上的降压药物进行治疗，血压达标率高，血压平稳，且合理用药能够尽可能保护心、脑、肾靶器官。

非洛地平片是一种选择性长效钙离子拮抗剂，主要作用为防止小动脉平滑肌细胞外钙出现内流，与硝苯地平作用相似，对冠状动脉、脑血管和外周血管具有较好的扩张作用，通过选择性地扩张小动脉实现降压，对心肌无显著的抑制作用[5]。口服非洛地平片吸收相对缓慢但安全，由于其 $t_{1/2}$ 较长，一般每天服药 1 ~ 2 次就可维持 24 h 的有效血药浓度，使药物作用恒定持久[6]。卡托普利是一种血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI），也称为特异性竞争型抑制剂，血管中的紧张素转换酶被抑制后，醛固酮和血管紧张素Ⅱ的合成减少，同时促进血管扩张、减弱水钠潴留[7]。用药后，外周动脉阻力被减弱，心搏出量也不会受到太大影响，甚至能够增加心搏出量，同时肾脏的血流量也能增加，不会对肾小球滤过率产生太大影响。相关的临床研究表明，ACEI 治疗原发性高血压最显著的优点是能够促进良好的糖代谢和血代谢，在减轻左室重构、逆转左室肥厚、保护缺血心肌以及改善心室的收缩及舒张功能等方面作用显著，直接利于靶器官的保护。ACCOMPLISH 的研究提示，卡托普利及非洛地平联用控制血压的效果较理想，且其对患者的血糖及血脂的不良影响小，不良反应少[8]。

本研究结果显示，观察组总有效率高于对照组。表明联合使用卡托普利及非洛地平治疗原发性高血压耐受性好，不良反应发生率低，总体效果理想，而且药源广、价格经济实惠，是一种可靠有效的治疗办法，值得临床推广使用。

表 3 两组患者治疗前后 FBG、TG、TC、AST、ALT、BUN 比较（$\bar{x} \pm s$）

Table 3 Comparison of FBG，TG，TC，AST，ALT，BUN between two groups before and after treatment

组别	例数	FBG(mmol/L)		TG(mmol/L)		TC(mg/dL)		AST(U)		ALT(U)		BUN(mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	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	44	4.32 ± 1.65	4.28 ± 1.46	1.32 ± 0.45	1.33 ± 0.52	122.53 ± 23.95	122.96 ± 24.01	33.14 ± 3.48	33.53 ± 3.77	32.03 ± 1.95	32.12 ± 2.54	3.98 ± 1.35	4.27 ± 1.50
观察组	44	4.32 ± 1.06	4.37 ± 1.42	1.29 ± 0.41	1.31 ± 0.39	121.31 ± 23.75	124.26 ± 24.38	33.21 ± 3.72	32.94 ± 3.65	31.52 ± 1.39	32.71 ± 2.16	4.29 ± 1.70	4.31 ± 2.16

参考文献

1 陆建华．硝苯地平联合卡托普利治疗高血压临床疗效观察［J］．当代医学，2010，16（27）：142 – 143.

2 朱正文．吲达帕胺联合非洛地平治疗原发性高血压的临床分析［J］．实用心脑肺血管杂志，2010，18（11）：1638 – 1639.

3 赵彦林，杨峰．非洛地平缓释片治疗老年原发性高血压的临床疗效分析［J］．中国当代医药，2010，17（24）：59 – 60.

4 张金华，张辉．卡托普利联合非洛地平治疗原发性高血压的临床疗效观察［J］．中国当代医药，2011，18（11）：45.

5 李桂明，林秀山．非洛地平治疗高血压 100 例疗效分析［J］．实用心脑肺血管病杂志，2010，18（7）：948.

6 林丽，肖华平．非洛地平联合卡托普利治疗原发性高血压的疗效观察［J］．临床合理用药，2011，4（7）：58 – 59.

7 夏益清．卡托普利的作用分析［J］．实用心脑肺血管病杂志，2010，18（10）：1456.

8 郭正勇．非洛地平联合卡托普利治疗高血压病临床分析［J］．中国医药导报，2008，5（34）：52，55.

（收稿日期：2013 – 11 – 24）