

• 短篇论著 •

吲哒帕胺联合阿罗洛尔对老年高血压患者的疗效观察

郝晓红, 孔冬梅

【关键词】 吲哒帕胺; 阿罗洛尔; 高血压; 老年人

【中图分类号】 R544.05

【文献标识码】 A

【文章编号】 1671-5403(2010)05-0464-02

高血压是老年人常见病, 现已成为老年人死亡、致残最严重的疾病之一。老年高血压人群也是高血压控制率最低的人群之一, 选择合理的治疗药物和用药方案是提高老年高血压患者血压控制率和达标率的重要课题。本研究旨在观察吲哒帕胺联合小剂量阿罗洛尔治疗老年人高血压的效果, 同时观察这种治疗方案对糖脂代谢的影响。

1 对象与方法

1.1 对象 选择门诊初次接诊的老年高血压患者 40 例(男 22, 女 18), 年龄 60~78 岁, 平均(65.1±7.6)岁。受试者随机分为 2 组: 治疗组 20(男 10, 女 10)例, 平均年龄(63.7±5.3)岁, 对照组 20(男 12, 女 8)例, 平均年龄(64.1±1.3)岁。研究对象排除标准: 继发性高血压、心肾功能不全、窦性心动过缓、传导阻滞、糖尿病、脑卒中、心肌梗死及对肾上腺素受体阻滞剂过敏者。两组治疗前基线资料无统计学差异($P>0.05$)。高血压的诊断均符合 2004 年高血压防治指南的诊断标准^[1]。

1.2 治疗方法 治疗前停用血管扩张剂 2 周, 为洗脱期。治疗组于晨起 7:00 时口服吲哒帕胺 2.5 mg(1 次/d)和阿罗洛尔 5 mg(1 次/d)。对照组仅口服吲哒帕胺 2.5 mg(1 次/d)。共治疗 12 周。

1.3 血压测量 患者每周门诊随访 1 次, 使用标准水银柱血压计测量右臂坐位血压, 连续 3 次, 取其平均值, 同时测心率。以洗脱期末血压为治疗前基础诊室血压。每例患者于洗脱期末和治疗 12 周后分别采用动态血压检测仪测定 24 h 动态血压 1 次, 分别计算平均收缩压及平均舒张压。

1.4 降压谷峰比值(trough-peak ratio, TPR)的计算^[1] 服药后 2~6 h 内, 分别计算每相邻 2 h 的血压均值, 在分别减去洗脱期末的相应血压均值, 取最大平均值(最大降压幅度)为峰值, 以早 6:00 的治疗期末与洗脱期末血压差值为谷值分别计算收缩压和舒张压的 TPR。药物治疗的 RPR 要达到 50% 以上。

1.5 疗效判定 根据高血压疗效评定标准^[2], 显效: 收缩压降至正常; 有效: 血压尚未达标, 但在原有基础上, 收缩压下降 ≥ 20 mmHg; 无效: 未达到以上标准。

1.6 生化指标 患者于治疗前及治疗 12 周后分别检测血糖、血脂、血钾、血尿酸及心电图。

1.7 统计学处理 采用 SPSS10.0 统计软件进行分析。所有参数均以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 治疗前后比较用配对 t 检验, 组间比

较用成组 t 检验。计数资料比较用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗前后诊室血压 治疗组显效 13 例(65%), 有效 6 例(30.0%), 无效 1 例(5%), 总有效率 95%。对照组显效 8 例(40%), 有效 7 例(33%), 无效 5 例(25%), 总有效率 73%。两组间比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.2 治疗前后动态血压 治疗前两组间 24 h 平均收缩压、平均舒张压、夜间血压值均无差异($P>0.05$)。治疗后, 两组各时间段(24 h、白天、夜间)平均血压值与治疗前比较均有显著差异。治疗组比对照组平均收缩压降压幅度更为明显($P<0.01$; 表 1)。两组 TPR 分别为 80% 和 59%, 组间比较有显著性差异($P<0.01$)。

表 1 两组治疗前后血压变化 (mmHg, $n=20, \bar{x} \pm s$)

组别	收缩压		舒张压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	158±20	131±8 [*]	72±8	68±6 [*]
对照组	157±19	147±3 [*]	73±7	69±6 [*]

注: 与治疗前比较, ^{*} $P<0.01$; 与对照组比较, ^{*} $P<0.01$

2.2 血生化及心电图变化 两组患者治疗前后生化指标(血糖、血脂、血尿酸、电解质等)无明显差异($P>0.05$)。治疗组中 4 例治疗前心电图显示窦性心动过速, 2 例偶发房性早搏, 后均恢复正常。治疗组未发生明显窦性心动过缓(心率小于 55 次/min)而终止试验者。两组治疗前后心电图无明显变化。

2.3 不良反应 40 例患者中治疗组 7 例(1.75%)、对照组为 5 例(1.3%)发生不良反应, 两组间比较无统计学差异($P>0.05$)。治疗第 1 周内轻度恶心、头晕、无力等症状, 第 2 周后症状逐渐消失。

3 讨论

长期以来, β 受体阻滞剂和利尿剂一直是抗高血压的一线药物。随着临床研究的深入, 人们发现这两种药物在取得降压疗效和实现心血管获益的同时, 对糖脂代谢也存在不利影响, 因而成为制约其临床应用和疗效发挥的主要因素。随着对各种利尿剂和选择性 β 受体阻滞剂的特征和不良反应认识的深入研究, 采用合理的联合用药方案可以显著减少药

物不良反应的发生。

阿罗洛尔是一种新型的 α 及 β 受体阻滞剂,两者作用强度比为1:8,其体位性低血压作用甚微,无内源性拟交感活性,生物利用度高,半衰期长,作用缓慢持久,可平稳持续控制血压,并改善高血压治疗的依从性,使清晨高峰期血压降低^[3,4]。新型利尿剂呋塞米是一种具有双重作用机制的非噻嗪类药物,其脂溶性高,可以更多地进入组织,并作用于血管壁,舒张血管,达到降压作用,且对糖脂代谢无明显影响。两者单一降压作用相同,联合给药可增加降压作用^[5]。

β 受体阻滞剂联合利尿剂治疗中青年高血压的疗效已得到肯定,但对老年人高血压特别是老年收缩期高血压治疗效果的相关报道较少。本研究结果初步显示,与单纯应用呋塞米治疗比较,采用呋塞米联合小剂量阿罗洛尔治疗老年高血压患者,对收缩期血压的下降更为显著($P<0.01$),而舒张期血压下降并不明显,两组患者在治疗中均未发生舒张压 <60 mmHg者。给药12周后,治疗组整体降压显效率65%,总有效率97%;对照组显效率40%,总有效率73%;两组间有显著性差异($P<0.01$)。治疗后两组TPR分别为80%和59%,差异显著($P<0.01$),提示联合给药不仅能有效降压,而且还能长久维持平稳降压效果,这将有助于减缓靶器官的损伤。阿罗洛尔虽有轻度的负性频率作用,但心率减慢程度并不显著,治疗组中未发生心率低于60次/min者。治疗前后两组生生化指标稳定,药物的不良反应仅发生在用药初期,提示呋塞米和阿罗洛尔联用,除具有良好的降压效果外,对脂糖代谢亦无明显影响。因此,采用这种药物组合治

疗老年高血压具有依从性和安全性好的优点,与国内类似研究的结果相一致^[6]。

本研究联用呋塞米和小剂量阿罗洛尔的治疗周期还较短,虽然已经显示出良好地降压效果,且对脂糖代谢和水电解质水平无明显影响,但是长期联用的安全性和效果尚有待更大样本量的长期随访研究进一步证实。

【参考文献】

- [1] 刘力生,龚兰生. 中国高血压防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:6231.
- [2] 余振球. 实用高血压病[M]. 第3版. 北京:科学出版社,2007:1083-1096.
- [3] Sever PS. 1985-The year of the hypertension trials: interpreting the results [J]. Trends Pharmacol Sci, 1986,7(2):134.
- [4] 许强宏,姜寿峰,陈进. 阿罗洛尔片治疗老年原发高血压的临床疗效观察[J]. 浙江实用医学,2008,6(13):173-174.
- [5] 陈修. 心血管药理学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2009:388-425.
- [6] 唐鸿彬. 呋塞米联合比索洛尔治疗原发性高血压患者的疗效观察[J]. 华西医学,2009,24(5):1126-1127.

(收稿日期:2010-07-19;修回日期:2010-08-25)

(上接第463页)

3.3 术中注意事项 输尿管上段或UPJ结石,鞘要紧靠结石碎石,防止结石移位至其他肾盏成为残留结石,碎石时勿损伤肾黏膜。当直视下只能见部分结石难以碎石时,旋转镜头用碎石杆撬起结石,或注射器打水使结石翻动再碎石,提高手术成功率。当术中寻找UPJ困难时,可从输尿管导管注入稀释的亚甲蓝引导寻找。当输尿管的结石位置较低,甚至在4、5腰椎时,要注意从上盏穿刺建立通道。逆行注水建立“人工肾积水”时应缓慢注水,本组有一例UPJ结石,注水时速度过快,将结石移位至前组盏内,术中未能寻到结石,只能术后行ESWL辅助治疗。

对积水多、病情危重、结石复杂需手术2h以上的患者,先仅建立通道引流尿液,待肾功能好转后再择期行MPCNL治疗。双侧肾重度积水病例可仅行双肾造瘘引流改道,尽快结束手术,5~10d后待身体好转,二期经造瘘口局部麻醉或硬膜外阻滞麻醉行碎石^[2]解除原发病灶。本组病例残石率28.5%(10/35),较既往文献报道明显高^[3]。老年肾结石患者中对肾功能无影响、不易移位的肾盏结石可不处理,笔者认为老年结石患者手术麻醉时间应尽量缩短,勿盲目追求结

石取净率。

总之,MPCNL治疗老年上尿路结石具有微创、安全、简单、并发症少、疗效明显等优点,临床医师熟练掌握MPCNL技术后,值得在老年患者中推广应用。

【参考文献】

- [1] 李逊,何朝辉,曾国华,等. 上尿路结石的现代治疗方法的探讨(附5178例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志,19(6):325-327.
- [2] 朱建国,孙兆林,刘军,等. 局麻下二次微创经皮肾镜取石术的研究[J]. 临床泌尿外科杂志,23(7):529-530,532.
- [3] 曾国华,钟文,李逊,等. 微创经皮肾穿刺取石术并发液气胸的处理及预防[J]. 临床泌尿外科杂志,22(3):185-186,189.

(收稿日期:2009-05-12;修回日期:2010-06-04)