

〔文章编号〕 1007-0893(2022)02-0123-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.02.039

获得性免疫缺陷综合征并发高血压 合理应用降压药的治疗效果

陈春林 宋华锋 刘德辉

(广州市第八人民医院, 广东 广州 510000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨获得性免疫缺陷综合征(AIDS)并发高血压患者合理应用降压药的治疗效果。**方法:** 选取2018年1月至2020年10月在广州市第八人民医院治疗的50例AIDS并发高血压患者,随机分为两组,对照组和观察组各25例。对照组使用苯磺酸氨氯地平片治疗,观察组使用苯磺酸氨氯地平片联合缬沙坦治疗,比较两组患者的临床疗效、血压水平变化、不良反应。**结果:** 观察组治疗总有效率为92.00%,明显高于对照组的64.00%($P < 0.05$);观察组患者治疗后4周、8周的收缩压、舒张压水平明显低于对照组($P < 0.05$);观察组患者头痛、水肿、恶心、腹痛、潮红、乏力、肝功能转氨酶异常等不良反应发生率与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:** AIDS并发高血压合理应用降压药治疗,能明显降低血压,提升血压控制效果,且不良反应发生率低。

〔关键词〕 高血压; 获得性免疫缺陷综合征; 降压药

〔中图分类号〕 R 544.1; R 512.91 〔文献标识码〕 B

近年来,我国获得性免疫缺陷综合征(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)感染率持续上升,其死亡率已位居所有传染病的首位,临床防治形势严峻。但目前临床对AIDS的治疗尚无特效方法,多采用抗病毒药物治疗,在治疗过程中病情随时可能发生变化,也可能引发多器官、多系统并发症,严重损害患者健康。随着AIDS患病人数的增加,诱发心血管系统、神经系统、呼吸系统等疾病的概率也明显升高,导致AIDS并发高血压的概率也随之上升^[1]。与普通高血压患者相比,AIDS并发高血压患者更易受到血压波动影响,容易诱发严重心脑血管并发症,致残及致死率高^[2]。因此,如何合理调控AIDS并发高血压患者的血压,是临床医师需要解决的问题。病理研究显示,AIDS患者血管病变常累及中小动脉,发生内膜纤维化和钙化,引发管腔狭窄,导致血压升高^[3]。临床在应用降压药物时,应综合考虑患者的AIDS病情,并遵循高血压防治指南,以优化药物配置,提升降压疗效^[4]。苯磺酸氨氯地平片和缬沙坦均是临床常用的降压药物,两者联用可从不同作用机制发挥降压作用,提升降压疗效。本研究进一步分析AIDS并发高血压合理应用降压药治疗的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月至2020年10月在广州市第八人民

医院治疗的50例AIDS并发高血压患者,随机分为两组,对照组和观察组各25例。观察组中,男15例,女10例;年龄42~83岁,平均年龄(62.3±10.1)岁;I级高血压5例、II级高血压7例,III级高血压3例。对照组中,男16例,女9例;年龄40~82岁,平均年龄(62.1±10.4)岁;I级高血压4例、II级高血压8例,III级高血压3例。两组患者的年龄、性别、高血压级别等一般资料比较,差异无明显差异($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 所有患者均符合《中国高血压防治指南(2018年修订版)》^[5]中原发性高血压诊断标准,并符合《艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准》^[6]中AIDS诊断标准,经临床检查证实为AIDS并发高血压,血压在I~III级,无合并高血压并发症,意识清晰,沟通交流顺畅,能积极配合临床治疗。所有患者均知情同意,自愿加入。**排除标准:** 存在全身感染或严重传染性疾病;既往有严重心脑血管疾病史或已发生严重高血压并发症;严重肝肾功能障碍;药物过敏;精神或意识障碍;治疗依从性差或中途退出治疗等。

1.2 方法

对照组使用苯磺酸氨氯地平片(辉瑞制药有限公司,国药准字H10950224),5mg·次⁻¹,1次·d⁻¹。在此基础上,观察组使用缬沙坦胶囊(北京诺华制药有限公司,国药准字H20040217),80mg·次⁻¹,1次·d⁻¹,晨起

〔收稿日期〕 2021-10-26

〔作者简介〕 陈春林,男,副主任医师,主要从事心内科诊疗工作。

服用。两组患者在治疗前进行肝肾功能、心肌酶谱检查以及 AIDS 蛋白检测，明确有无用药禁忌；均在治疗期间根据血压变化及时调整剂量，根据患者身体状况接受抗病毒治疗，采取防范感染措施，若治疗期间发生不良反应，应立即停药观察^[7]。两组均治疗 8 周后评价疗效。

1.3 疗效判断标准

显效：治疗后收缩压（systolic blood pressure, SBP）下降 ≥ 20 mmHg（1 mmHg ≈ 0.133 kPa）或下降 $10 \sim < 20$ mmHg 且降到正常范围内，舒张压（diastolic blood pressure, DBP）下降 ≥ 10 mmHg 且降至正常范围内；有效：治疗后 SBP 下降 $10 \sim < 20$ mmHg，但未降到正常范围内，DBP 下降 < 10 mmHg 但降至正常范围内，或下降 ≥ 10 mmHg 但未降至正常范围内；无效：治疗后 SBP、DBP 下降未达上述标准^[8]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 观察指标

治疗前后检测 SBP、DBP，由医生用水银式血压计测量 3 次，取平均值，并计算脉压，SBP 和 DBP 的差值即为脉压，评估血压控制情况；观察有无头痛、水肿、恶心、腹痛、潮红、乏力、肝功能转氨酶异常等不良反应发生。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

表 3 两组患者不良反应发生率比较

($n = 25, n(\%)$)

组别	头痛	水肿	恶心	腹痛	潮红	乏力	肝功能转氨酶异常	总发生
对照组	1(4.00)	0(0.00)	1(4.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(4.00)	0(0.00)	3(12.00)
观察组	0(0.00)	1(4.00)	1(4.00)	0(0.00)	1(4.00)	1(4.00)	0(0.00)	4(16.00)

3 讨论

AIDS 是由人类免疫缺陷病毒感染引起的一种免疫缺陷性疾病，一旦感染人类免疫缺陷病毒，机体的免疫功能受到明显破坏，导致免疫力快速下降，不仅增加了感染概率，而且也会引起心血管、胃肠道、呼吸系统、神经系统等多种病变，损害机体重要脏器及系统功能。其中，AIDS 并发心血管系统疾病概率高达 $55\% \sim 70\%$ ，尤其以高血压最为高发，严重损害患者健康，甚至危及生命^[9]。目前临床尚无特效治疗 AIDS 的方法，对 AIDS 并发的各种疾病仍以预防为主。因此，临床十分重视 AIDS 并发高血压的防治，加强日常血压监测，尽早发现并治疗，对维持机体健康至关重要。

AIDS 并发高血压在 AIDS 患者中较为常见，虽然临

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率为 92.00% ，明显高于对照组的 64.00% ，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 ($n = 25, n(\%)$)

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	3(12.00)	13(43.00)	9(36.00)	16(64.00)
观察组	11(44.00)	12(48.00)	2(8.00)	23(92.00) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后血压水平比较

观察组患者治疗后 4 周、8 周的 SBP、DBP、脉压水平均明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血压水平比较 ($n = 25, \bar{x} \pm s, \text{mmHg}$)

组别	时间	SBP	DBP	脉压
对照组	治疗前	159.10 \pm 10.04	102.65 \pm 6.29	56.45 \pm 3.75
	治疗后 4 周	148.38 \pm 12.27	96.91 \pm 5.93	51.47 \pm 6.34
	治疗后 8 周	144.26 \pm 11.19	93.57 \pm 5.84	50.69 \pm 5.35
观察组	治疗前	158.42 \pm 9.85	102.74 \pm 6.38	55.68 \pm 3.47
	治疗后 4 周	140.23 \pm 11.92 ^b	92.15 \pm 5.43 ^b	48.08 \pm 6.49 ^b
	治疗后 8 周	135.46 \pm 10.78 ^b	88.06 \pm 5.21 ^b	47.40 \pm 5.57 ^b

注：SBP — 收缩压；DBP — 舒张压。
与对照组同时间比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者头痛、水肿、恶心、腹痛、潮红、乏力、肝功能转氨酶异常等不良反应发生率与对照组相比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 3。

床无相关文献证实两者之间存在相关性，但临床病理研究显示，AIDS 患者发生血管病变后病情一般累及中小动脉，最为明显的病理改变为血管内皮纤维化和钙化，导致血管弹性减弱、血管狭窄，从而导致外周血管阻力增加，诱发高血压^[10]。但临床也无法排除患者在罹患 AIDS 之前已发生血管病变。因此，AIDS 并发高血压的发病机制复杂，至今尚无统一、明确的研究机制，临床治疗也较为棘手，仍以常规降压治疗为主^[11]。

大多患者受 AIDS 病情影响，身体较为虚弱，临床在制定降压治疗方案时应结合高血压防治指南选择适宜的降压药物，并严格规范用药剂量，明确适应证及禁忌证，不能一味强调过快降压，应根据患者的耐受性逐步降压，才能确保治疗的安全性及有效性。临床研究证实，

联合应用降压药能提升降压疗效, 且不增加不良反应发生率^[12]。

本研究使用苯磺酸氨氯地平片联合缬沙坦治疗, 是临床常用的联合降压方案。苯磺酸氨氯地平片为第 3 代长效二氢吡啶类钙拮抗剂, 可防止钙离子经细胞膜的钙通道进入心肌和血管平滑肌细胞, 从而松弛血管平滑肌, 扩张外周血管, 降低血压^[13]。该药半衰期达 25 ~ 45 h, 用药 1 周后血药浓度达到稳态, 降压作用平稳持久, 且不影响心、脑、肾等重要器官的血流量, 安全性较高^[14]。缬沙坦属于血管紧张素 II 受体 (angiotensin II receptor, AT) 拮抗剂, 可高度选择 AT1, 阻断血管紧张素 II 与 AT1 结合, 达到扩张血管的目的, 并可间接激活 AT2, 减轻心脏负荷, 保护心功能。本药口服后 2 h 开始发挥药效, 4 ~ 6 h 达到最佳降压效果, 降压作用持续 24 h^[15]。两药联合使用能增强降压效果, 延长药物作用时间, 减少血压波动, 更符合 AIDS 并发高血压患者的病情特点, 能达到高效、安全的治疗目的^[16]。但 AIDS 患者本病病情严重, 病变发展变化迅速, 可能在短时间内损伤机体各个系统、器官功能, 导致降压疗效受到影响, 因此需要临床在降压治疗过程中密切监测病情变化, 及时调整用药剂量, 保障药物疗效的发挥^[17]。

本研究结果显示, 观察组治疗有效率为 92.00%, 明显高于对照组的 64.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后 4 周、8 周的 SBP、DBP、脉压水平明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组头痛、水肿、恶心、腹痛、潮红、乏力、肝功能转氨酶异常等不良反应发生率与对照组相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。充分证明苯磺酸氨氯地平片联合缬沙坦胶囊的降压方案治疗 AIDS 并发高血压有效性高, 是一种较为合理的治疗方案, 能有效降低血压, 缩小脉压, 维持血压稳定, 避免过快降压对心血管系统的损伤, 且用药安全性较高, 两药配伍使用不会引起严重不良反应, 各种不良反应的程度较轻微, 不影响 ADIS 用药治疗^[18]。此外, ADIS 患者病情特殊, 病情变化存在明确个体差异, 临床应做好病情监测, 一旦发现异常应立即停药并展开针对性检查, 确保患者治疗的安全性。

综上所述, AIDS 并发高血压合理应用降压药治疗能促进血压的平稳控制, 且安全性较高。

〔参考文献〕

(1) 徐小慧, 单淑晴, 时允, 等. 云南省德宏州接受抗病毒治

疗的 HIV 感染者高血压患病率及其影响因素 (J). 中国初级卫生保健, 2020, 34(4): 48-51.

- (2) 陈建新. 老年高血压患者降压药的合理应用及治疗研究进展 (J). 医疗装备, 2016, 29(18): 200-201.
- (3) 黄传应, 杨荣, 廖晓阳. 家庭社会支持对高血压治疗依从性影响的研究进展 (J). 中华全科医学, 2021, 19(3): 466-470.
- (4) 李婷婷. 两种药物联合使用对老年高血压患者临床疗效的观察 (J). 检验医学与临床, 2014, 11(15): 2062-2064.
- (5) 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟 (中国), 中华医学会心血管病学分会, 等. 中国高血压防治指南 (2018 年修订版) (J). 中国心血管杂志, 2019, 24(1): 33.
- (6) 邵一鸣, 康来仪, 汪宁, 等. 艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准 (J). 中国艾滋病性病, 2012, 18(4): 272-275.
- (7) 李元宝. 硝苯地平联合卡托普利治疗原发性高血压的临床观察 (J). 中国药房, 2011, 22(28): 2614-2616.
- (8) 郭才华. 苯磺酸氨氯地平片与缬沙坦胶囊联合用药治疗社区老年高血压患者疗效研究 (J). 现代医药卫生, 2019, 35(18): 2893-2895.
- (9) 周继强. 依那普利、氢氯噻嗪、倍他乐克联合用药治疗高血压的临床疗效分析 (J). 中国现代药物应用, 2017, 11(3): 111-112.
- (10) 曾晓勤. 小剂量氨氯地平联合用药治疗高血压的疗效和安全性评价 (J). 中华临床医师杂志 (电子版), 2016, 10(4): 33-34.
- (11) 张金彭, 吴玉泉, 费明峰, 等. 氯沙坦联合硝苯地平治疗老年性高血压的临床疗效观察 (J). 国际医药卫生导报, 2015, 21(5): 694-697.
- (12) 冯琳惠, 洪艳群. 护理干预对 115 例艾滋病并高血压患者生存质量的影响 (J). 中国社区医师, 2012, 14(19): 336.
- (13) 杨婧, 谭炜, 杨雅云. 艾滋病并发高血压患者合理应用降压药物治疗效果研究 (J). 当代医学, 2015, 21(26): 142-143.
- (14) 陈玉钊, 周哲瑜, 曾志勇, 等. 联合应用降压药和降脂药治疗高血压患者的临床疗效评价 (J). 中国医药科学, 2015, 5(19): 129-131.
- (15) 赖永柱. 苯磺酸氨氯地平片与硝苯地平控释片治疗原发性高血压患者的临床疗效 (J). 医疗装备, 2020, 33(17): 120-121.
- (16) 邓琼燕, 周仪钺, 李零燕, 等. 艾滋病患者体重指数与代谢综合征的关系 (J). 临床内科杂志, 2021, 38(5): 322-325.
- (17) 武珊珊. 心理护理干预对高血压合并艾滋病患者免疫功能的影响研究 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(16): 115, 117.
- (18) 郭燕青. 苯磺酸左旋氨氯地平片联合缬沙坦治疗老年原发性高血压的临床观察 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(4): 424-425.