

〔文章编号〕 1007-0893(2022)20-0078-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.20.024

# 硝苯地平联合厄贝沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病的疗效分析

吴海云 卓辉林 王 敏

(福建医科大学附属泉州第一医院, 福建 泉州 362000)

〔摘要〕 目的: 探究硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病的有效性和安全性。方法: 纳入福建医科大学附属泉州第一医院 2021 年 2 月至 2022 年 2 月收治的 100 例合并 2 型糖尿病的高血压病患者, 将其按照不同的治疗方法分为对照组和观察组, 各 50 例。对照组行单纯硝苯地平缓释片治疗, 观察组则给予硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗, 比较两组患者治疗前后血压、血糖、治疗总有效情况、不良反应发生情况。结果: 观察组患者治疗后的收缩压、舒张压、空腹血糖 (FBG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)、胰岛素 (FINS) 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者血压、血糖控制率、总有效率均高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 对高血压合并 2 型糖尿病的患者采用硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗, 能将血压、血糖控制在更理想的范围内, 而且不会增加新的不良反应。

〔关键词〕 高血压; 2 型糖尿病; 硝苯地平缓释片; 厄贝沙坦

〔中图分类号〕 R 544.1; R 587.1 〔文献标识码〕 B

高血压、2 型糖尿病均为目前临床的常见病、多发病, 由于不健康的生活和饮食习惯、老龄化等原因, 其发病率呈逐年上升的趋势, 发病年龄亦逐年提前<sup>[1]</sup>。上述两种疾病均为心脑血管疾病的危险因素, 如果发生高血压合并 2 型糖尿病, 则发生心脑血管疾病的风险增加, 需要通过长期药物治疗方可将其血糖、血压控制在正常范围内, 以延缓疾病的进展, 提高生活质量。临床主要应用硝苯地平缓释片作为高血压合并 2 型糖尿病患者的降压药物, 该药能通过抑制  $Ca^{2+}$  的内流, 扩张血管的平滑肌, 降低血管内的阻力从而达到降低血压的目的, 但单一用药效果有限, 常需要结合其他药物治疗<sup>[2-4]</sup>。厄贝沙坦是血管紧张素 II 受体拮抗剂, 不但具有降血压的效果, 还能改善胰岛素抵抗, 对高血压合并 2 型糖尿病的患者尤为适用<sup>[5-6]</sup>。为进一步研究硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病的有效性和安全性, 本研究选取 100 例患者进行观察, 结果如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入福建医科大学附属泉州第一医院 2021 年 2 月至 2022 年 2 月收治的 100 例合并 2 型糖尿病的高血压病患者, 将其按照不同的治疗方法分为对照组和观察组,

各 50 例。对照组年龄 41 ~ 76 岁, 平均年龄 ( $59.35 \pm 3.12$ ) 岁; 男性 29 例, 女性 21 例; 体质量 45 ~ 83 kg, 平均体质量 ( $64.20 \pm 6.21$ ) kg。观察组年龄 42 ~ 78 岁, 平均年龄 ( $59.41 \pm 3.16$ ) 岁; 男性 28 例, 女性 22 例; 体质量 46 ~ 84 kg, 平均体质量 ( $64.23 \pm 6.22$ ) kg。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合《国家基层高血压防治管理指南 2020 版》<sup>[7]</sup>中关于原发性高血压的诊断标准和中华医学会糖尿病学分会制定的《中国 2 型糖尿病防治指南》(2020 年版)<sup>[8]</sup>中的关于 2 型糖尿病的诊断标准; (2) 40 ~ 80 岁; (3) 患者和家属知情同意。

1.1.2 排除标准 (1) 继发性高血压、1 型糖尿病; (2) 其他心脑血管疾病、肝肾功能异常、血液系统原发病; (3) 精神、语言、认知障碍, 无法配合研究; (4) 本研究所使用的药物过敏。

### 1.2 方法

两组患者均实施常规降低血糖的治疗。对照组采取单纯硝苯地平治疗方案, 硝苯地平缓释片 (亚宝药业集团股份有限公司, 国药准字 H14020439), 晨起口服, 每次 10 mg、每日 1 次。观察组在对照组基础上给予厄贝沙坦片 (江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字

〔收稿日期〕 2022 - 08 - 13

〔作者简介〕 吴海云, 男, 副主任医师, 主要从事心血管内科临床工作。

H20000513) 治疗,晨起口服,每次 0.15 g,每日 1 次。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患者治疗前后诊室血压水平,分别于治疗前 1 日、治疗后 4 周后对患者诊室的收缩压、舒张压进行测量,其测量标准参照《国家基层高血压防治管理指南 2020 版》<sup>[7]</sup>,并对结果进行分析。(2) 比较两组患者治疗前后血糖指标,主要指标有空腹血糖(fasting blood glucose, FBG)、糖化血红蛋白(glycosylated hemoglobin, HbA1c)、空腹胰岛素(fasting insulin, FINS)。(3) 比较两组患者血压、血糖控制情况,记录治疗后血压、血糖的控制情况,以治疗后血压、血糖指标水平达到正常范围内为控制,并对结果进行分析。

(4) 比较两组患者治疗总有效情况,显效:舒张压下降至正常范围且下降幅度超过 10 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa),或舒张压下降幅度超过 15 mmHg,但未达正常水平,FBG 下降至正常范围内;有效:舒张压下降至正常范围但下降幅度不足 10 mmHg,或舒张压未达正常水平且下降幅度在 10~14 mmHg,FBG 较治疗前有明显改善;无效:达不到上述标准者。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。(5) 比较两组患者不良反应的发生情况,统计治疗期间不良反应的发生情况,主要指标有头晕、面部潮红、踝部水肿、心悸。

1.4 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  $\chi^2$  检验,*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血压水平比较

治疗后,两组患者的收缩压、舒张压水平均低于治疗前,且观察组患者的收缩压、舒张压水平低于对照组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后血压水平比较 (*n* = 50,  $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	时间	收缩压	舒张压
对照组	治疗前	159.71 ± 13.80	99.81 ± 8.71
	治疗后	141.37 ± 11.98 <sup>a</sup>	94.59 ± 9.23 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	159.63 ± 13.74	99.87 ± 8.76
	治疗后	126.15 ± 10.39 <sup>ab</sup>	87.35 ± 8.51 <sup>ab</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>a</sup>*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后的血糖水平比较

治疗后,两组患者的 FBG、HbA1c、FINS 水平低于治疗前,且观察组患者 FBG、HbA1c、FINS 水平均低于对照组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的血糖水平比较 (*n* = 50,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	FBG/mmol·L <sup>-1</sup>	HbA1c/%	FINS/U·L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	8.69 ± 0.83	8.15 ± 0.80	22.64 ± 2.03
	治疗后	7.66 ± 0.75 <sup>c</sup>	7.36 ± 0.72 <sup>c</sup>	18.42 ± 1.63 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	8.72 ± 0.85	8.12 ± 0.79	22.67 ± 2.04
	治疗后	6.25 ± 0.60 <sup>cd</sup>	6.89 ± 0.67 <sup>cd</sup>	10.85 ± 0.96 <sup>cd</sup>

注:FBG—空腹血糖;HbA1c—糖化血红蛋白;FINS—空腹胰岛素。

与同组治疗前比较,<sup>c</sup>*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,<sup>d</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者诊室血压、血糖控制情况比较

治疗后,观察组患者血压、血糖控制率均高于对照组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 3。

表 3 两组患者诊室血压、血糖控制情况比较 (*n* = 50, *n*(%))

组别	血压控制	血糖控制
对照组	26(52.00)	31(62.00)
观察组	36(72.00) <sup>c</sup>	43(86.00) <sup>c</sup>

注:与对照组比较,<sup>c</sup>*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗总有效情况比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 4。

表 4 两组患者治疗总有效情况比较 (*n* = 50, *n*(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	16(32.00)	24(48.00)	10(20.00)	40(80.00)
观察组	31(62.00)	17(34.00)	2(4.00)	48(96.00) <sup>f</sup>

注:与对照组比较,<sup>f</sup>*P* < 0.05。

2.5 两组患者不良反应发生情况比较

两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05),见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生情况比较 (*n* = 50, *n*(%))

组别	头晕	面部潮红	踝部水肿	心悸	总发生
对照组	2(4.00)	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	5(10.00)
观察组	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	3(6.00)

3 讨论

高血压是体循环动脉血压异常升高的疾病,是最常见的心脑血管疾病,如果未及时治疗可引起各器官损害。2 型糖尿病则是以血糖异常升高为主要特征的疾病,患者可出现多食、多饮、多尿、消瘦等症状,如果未及时治疗可并发血管、神经病变<sup>[9-10]</sup>。高血压和 2 型糖尿病均为临床常见的疾病,随着我国逐渐进入老龄化社会,上述两种疾病的患病人数也呈逐年上升趋势,直接威胁到人民群众的身体健康,已经引起了公共卫生部门的重视<sup>[11]</sup>。高血压合并 2 型糖尿病患者可能出现多种症状,如果血压、血糖没有控制在理想的范围内,病情可进一步发展,

出现头晕、头痛、肢体麻木、心悸、胸闷、乏力等症状，而且随着血液对血管壁的压力增大，及高血糖对血管的损伤，患者发生心脑血管疾病、肾脏疾病等概率大大增加，严重时可危及其生命<sup>[12]</sup>。因此，临床应采取积极、有效的治疗措施，控制患者的血压和血糖，延缓并发症的发生，提高患者的生活质量。以往临床常使用硝苯地平缓释片治疗，该药是二氢吡啶类钙通道阻滞剂，能阻断细胞膜上的慢Ca<sup>2+</sup>通道，使得全身血管扩张，从而达到降低血压的目的。随着医疗技术的不断发展，临床对于高血压合并2型糖尿病的治疗已经从传统的单一用药过渡到联合治疗，已经取得了显著的效果<sup>[13]</sup>。

本研究显示，观察组患者治疗后的收缩压、舒张压、FBG、HbA1c、FINS 低于对照组，血压控制率、血糖控制率、总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示应用硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗高血压合并2型糖尿病可取得比单一用药更好的效果，患者的血压、血糖均更控制在更好的范围内，而且控制率也更高。厄贝沙坦是一种血管紧张素 II 受体拮抗剂，能够对血管紧张素 II 与 AT1 受体的结合产生抑制的作用，减轻血管的收缩，使血管的阻力减少，从而发挥降压的作用<sup>[14]</sup>；同时，厄贝沙坦还可能有效地降低胰岛素的释放，提高患者对胰岛素的敏感性，通过改善胰岛素的抵抗发挥辅助降糖的作用，患者的代谢紊乱得到纠正，血管内皮功能得到改善，从而有利于减少心脑血管意外事件的发生。将硝苯地平缓释片和厄贝沙坦联合应用具有协同增效的作用，不但能长时间地维持血压的平稳，还对改善血糖的水平具有积极的作用<sup>[15]</sup>。治疗期间，观察组不良反应发生率低于对照组，提示联合用药比单独用药的不良反少，安全性更高。

综上所述，对高血压合并2型糖尿病的患者采用硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦治疗，能将患者的血压、血糖指标控制在更为理想的范围内，而且不良反应少，安全性高。

#### 〔参考文献〕

(1) 孙贺. 硝苯地平与厄贝沙坦联合治疗糖尿病合并高血压的临床分析 (J). 中国现代药物应用, 2020, 14(5): 126-

128.  
 (2) 尚慧琴. 分析硝苯地平联合厄贝沙坦治疗2型糖尿病合并高血压的效果 (J). 海峡药学, 2020, 32(5): 115-116.  
 (3) 焦伟红, 王春花. 硝苯地平联合厄贝沙坦治疗糖尿病合并高血压的疗效分析 (J). 山西医药杂志, 2020, 49(4): 428-430.  
 (4) 金怡满. 硝苯地平控释片联合厄贝沙坦治疗2型糖尿病合并高血压的疗效与安全性 (J). 临床合理用药杂志, 2020, 13(29): 31-32.  
 (5) 李倩. 硝苯地平联合厄贝沙坦治疗2型糖尿病合并高血压的临床疗效与安全性分析 (J). 实用糖尿病杂志, 2019, 15(5): 44-45.  
 (6) 罗伟华, 唐毓启, 蒙庆旭, 等. 厄贝沙坦治疗老年单纯收缩期高血压的效果及其对胰岛素抵抗的影响 (J). 中国临床保健杂志, 2020, 23(6): 827-830.  
 (7) 国家心血管病中心, 国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室, 国家基层高血压管理专家委员会. 国家基层高血压防治管理指南2020版 (J). 中国医学前沿杂志 (电子版), 2021, 13(4): 26-37.  
 (8) 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南 (2020年版) (J). 中华内分泌代谢杂志, 2021, 37(4): 311-398.  
 (9) 马直勉, 徐广玲. 观察硝苯地平缓释片联合厄贝沙坦辅助治疗2型糖尿病合并高血压患者的临床疗效 (J). 糖尿病新世界, 2021, 24(5): 78-80.  
 (10) 毛剑, 邢海辉. 硝苯地平控释片联合厄贝沙坦片治疗2型糖尿病合并高血压的疗效分析 (J). 中国社区医师, 2021, 37(19): 31-32.  
 (11) 杨开元, 辜雅莉. 硝苯地平联合厄贝沙坦治疗2型糖尿病合并高血压的临床疗效分析 (J). 糖尿病新世界, 2019, 22(22): 49-51.  
 (12) 靳雪梅. 社区糖尿病合并高血压治疗中硝苯地平联合厄贝沙坦的应用效果观察 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(16): 40, 60.  
 (13) 李胜宇. 硝苯地平联合厄贝沙坦治疗糖尿病合并高血压的疗效观察 (J). 航空航天医学杂志, 2020, 31(7): 838-839.  
 (14) 刘侠. 硝苯地平联合厄贝沙坦治疗糖尿病合并高血压患者的应用 (J). 中国实用医药, 2020, 15(34): 104-106.  
 (15) 王鹤. 关于糖尿病 (DM) 合并高血压患者的内科治疗策略及临床效果探讨 (J). 实用糖尿病杂志, 2021, 17(1): 113-114.