

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.03.032

氯沙坦联合温胆片治疗原发性高血压伴血脂异常的 临床效果及其对氧化应激指标的影响

王 昱, 高原[△]

延安大学附属医院药剂科, 陕西延安 716000

摘要:目的 探究氯沙坦联合温胆片治疗原发性高血压伴血脂异常的临床效果及氧化应激指标的影响。方法 选择 2018 年 1 月至 2020 年 6 月来该院就诊的 106 例原发性高血压伴血脂异常患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组(53 例, 给予氯沙坦治疗)及观察组(53 例, 给予氯沙坦联合温胆片治疗), 对比两组患者治疗效果、血脂水平、血压、氧化应激指标水平。结果 观察组总有效率较对照组高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 3 个月后, 观察组收缩压(SBP)、舒张压(DBP)水平低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 3 个月后, 两组患者的血脂指标水平均低于治疗前, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 且观察组总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白(LDL)、高密度脂蛋白(HDL)水平低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 3 个月后, 两组患者氧化应激水平均有显著改善, 且观察组患者血清超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-PX)、活性氧类物质(ROS)水平均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 氯沙坦联合温胆片治疗原发性高血压伴血脂异常效果明显, 能够有效控制血压及血脂水平, 可能机制在于控制氧化应激水平。

关键词:氯沙坦; 温胆片; 原发性高血压; 血脂异常; 氧化应激; 血管内皮功能

中图分类号:R544.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)03-0402-03

随着社会老龄化的日益严峻, 心脑血管疾病发病率呈升高趋势, 且该病病情凶险, 具有较高的致残率及致死率, 严重威胁中老年人生活质量。高血压患者长期的高血压状态及其引起的一系列病理学改变, 不仅间接引起患者认知功能的损伤, 而且常常伴随不同程度的血糖升高, 甚至糖尿病^[1]。目前, 高血压已经成为全球公共卫生问题, 是临床最常见的一种慢性疾病, 多见于中老年人群。高血压患者多合并血脂异常, 使病情更加复杂, 治疗难度增加, 主要心血管不良事件发生率增加 3~4 倍^[2]。目前, 治疗高血压的药物主要包括利尿剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素 II 受体(AT1)拮抗剂及血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)。氯沙坦是常见的高血压治疗药物, 能够在一定程度上控制血压, 但是不良反应较多^[3]。因此, 探索原发性高血压伴血脂异常的有效治疗措施十分必要。温胆片是本院名老中医验方, 含有法半夏、橘皮、郁金、茯苓等, 在控制血压方面具有一定效果, 且安全性好。为探究氯沙坦联合温胆片治疗原发性高血压伴血脂异常的临床效果及对氧化应激指标的影响, 本研究选择 2018 年 1 月至 2020 年 6 月来本院就诊的 106 例原发性高血压伴血脂异常患者作为研究对象, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 1 月至 2020 年 6 月来

本院就诊的 106 例原发性高血压伴血脂异常患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组(53 例, 给予氯沙坦治疗)及观察组(53 例, 给予氯沙坦联合温胆片治疗)。对照组男 34 例, 女 19 例; 年龄 45~79 岁, 平均(67.54 $\pm$ 8.43)岁; 病程 2~19 年, 平均(10.64 $\pm$ 3.12)年。观察组男 32 例, 女 21 例; 年龄 46~78 岁, 平均(68.53 $\pm$ 7.94)岁; 病程 2~18 年, 平均(9.95 $\pm$ 2.53)年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1)所选患者均为原发性高血压, 符合《中国高血压防治指南 2010》^[4]中关于本病的相关诊断标准, 临床分期为 I、II 期, 并经相关检查证实诊断, 而且存在根据《中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)》^[5]; (2)患者均能遵循医嘱配合检查和治疗, 并签字同意。排除标准: (1)合并继发性高血压者; (2)不能配合本次研究进行或因个人原因中途退出者; (3)妊娠或哺乳期女性; (4)对实验药物存在禁忌证或过敏反应者。

1.2 方法 对照组给予氯沙坦(国药准字 H20000371, 杭州默沙东制药有限公司, 规格: 每片 50 mg), 每天 3 次, 每次 1 片^[6]。观察组给予氯沙坦联合温胆片治疗, 氯沙坦用法与对照组相同, 温胆片(来源于广州中医药大学第一附属医院, 规格: 每片 0.25 g), 温水口服, 每次 1 g, 每天 3 次。两组均持续治疗 3 个月, 3 个月后评估治疗效果^[7]。

[△] 通信作者, E-mail: wy13992162223@163.com。

本文引用格式:王昱, 高原. 氯沙坦联合温胆片治疗原发性高血压伴血脂异常的临床效果及其对氧化应激指标的影响[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(3): 402-404.

1.3 观察指标

1.3.1 高血压治疗效果 (1)显效:治疗 3 个月,舒张压(DBP)下降幅度>10 mm Hg(或者恢复正常水平)或 DBP 下降幅度>20 mm Hg,但是 SBP 未恢复正常;(2)有效:DBP 下降幅度≤10 mm Hg,或者恢复正常水平,DBP 下降幅度在 10~19 mm Hg,但是未恢复正常^[8-9];(3)无效:DBP、SBP 指标无上述好转情况。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.3.2 血压 分别于治疗前及治疗 3 个月后检测两组患者的 SBP 及 DBP,采用压力示波振荡法进行检测^[10]。

1.3.3 血脂水平 采用全自动生化分析仪检测三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白(LDL)、高密度脂蛋白(HDL)、总胆固醇(TC)^[11-14]。抽取患者晨起空腹静脉血 3 mL,肝素抗凝,3 000 r/min 离心 10 min,取上层血清保存于-20 ℃冰箱,待所有标本收齐后,统一检测。

1.3.4 两组患者治疗前后氧化应激水平^[15] 检测指标包括血清超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-PX)、活性氧类物质(ROS)。抽取患者晨起空腹静脉血 3 mL,肝素抗凝,以 3 000 r/min 离心 10 min,取上层血清保存于-20 ℃冰箱,SOD 采用化学比色法进行检测,GSH-PX、ROS 采用 ELISA 法进行检测。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较分别采用 *t* 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 观察组总有效率较对

照组高($\chi^2 = 3.975, P = 0.046$),见表 1。

2.2 两组患者血压比较 治疗前,两组患者 SBP、DBP 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 3 个月,两组患者的 SBP、DBP 均低于治疗前,但差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗 3 个月后,观察组 SBP、DBP 低于对照组,差异无统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者治疗效果比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	53	30(56.60)	21(39.62)	2(3.77)	51(96.23)
对照组	53	25(47.17)	20(37.74)	8(15.09)	45(84.91)

2.3 两组患者血脂水平对比 治疗前,两组患者 TC、TG、LDL、HDL 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 3 个月后,两组患者血脂指标水平均低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗 3 个月后,观察组 TC、TG、LDL、HDL 水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者氧化应激水平 治疗 3 个月后,两组患者氧化应激水平均明显改善,且观察组患者 SOD、GSH-PX 水平较对照组高,ROS 水平较对照组低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者治疗前后 SBP、DBP 比较
($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	n	时间	SBP	DBP
观察组	53	治疗前	166.43±8.72	104.45±5.22
		治疗 3 个月后	123.28±5.34 ^{ab}	81.32±3.19 ^{ab}
对照组	53	治疗前	164.59±8.69	103.18±5.18
		治疗 3 个月后	132.47±6.46 ^a	92.83±4.58 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗 3 个月后对比,^b $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者血脂水平对比 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	n	时间	TC	TG	LDL	HDL
观察组	53	治疗前	7.37±1.42	3.67±0.95	3.25±0.59	1.04±0.36
		治疗 3 个月后	4.62±1.11 ^{ab}	1.43±0.48 ^{ab}	2.64±0.29 ^{ab}	1.15±0.23 ^{ab}
对照组	53	治疗前	7.29±1.73	3.44±0.89	3.31±0.53	1.07±0.29
		治疗 3 个月后	6.30±1.36 ^a	2.84±0.73 ^a	2.83±0.42 ^a	1.41±0.20 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗 3 个月后对比,^b $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后氧化应激水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	SOD(U/L)	GSH-PX(μ mol/L)	ROS(IU/mL)
观察组	53	治疗前	63.58±10.41	24.33±4.58	651.49±33.84
		治疗 3 个月后	98.73±18.36 ^{ab}	29.04±3.86 ^{ab}	587.73±18.43 ^{ab}
对照组	53	治疗前	64.39±11.42	25.12±5.49	647.57±31.59
		治疗 3 个月后	86.36±12.84 ^a	26.47±5.61 ^a	618.14±26.37 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗 3 个月后对比,^b $P < 0.05$ 。

3 讨 论

高血压是脑卒中、心力衰竭及冠心病等疾病的高危影响因素,多见于中老年人群。在血压控制目标上,高血压患者最佳血压值为 130/80 mm Hg,如果能够通过血压管理将血压控制在此范围内,则有助于降低心血管疾病发生率。然而,过度控制血压,也会增加脑梗死及急性心肌梗死的风险。

常见的 AT1 拮抗剂包括厄贝沙坦、替米沙坦、氯沙坦等。氯沙坦作为一种血管紧张素 II 受体抑制剂 (ARB),可以直接作用于 AT1,其特异性高,从而可在受体水平抑制血管收缩的效应,达到降低血压的目的,且 AT1 能通过氧化应激作用,达到降低血压及血脂水平的效果^[16]。氯沙坦可阻断 AT1 的作用,使血管紧张素 II 所致的内皮素 ET 分泌减少,并能同时作用于 AT1 来抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统的活性,从而增加肾血流量,降低肾血管阻力,改善内皮功能,控制血压。温胆片是广州中医药大学第一附属医院研制的制剂,其由温胆汤化裁而得,包括法半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、炙甘草、郁金和党参等。方中主药法半夏燥湿化痰、消痞散结,辅以陈皮理气燥湿,佐以竹茹降逆止呕、除烦祛痰,枳实化痰散痞,亦为佐药;配合郁金理气燥湿,茯苓健脾利湿,党参补益中气、益心健脾,甘草为使协调诸药。全方共起理气化痰、宽胸散结、清胆和胃之效。本研究中,观察组总有效率较对照组高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗 3 个月后,观察组 SBP、DBP、TC、TG、LDL、HDL 水平低于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。这提示氯沙坦联合温胆片能够有效控制原发性高血压伴血脂异常患者的血压及血脂水平。本研究中,两组患者治疗 3 个月后氧化应激水平均有明显改善,且观察组患者 SOD、GSH-PX、ROS 水平均明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。这提示氯沙坦联合温胆片治疗原发性高血压伴血脂异常效果明显,能够有效控制患者氧化应激水平,与既往研究一致^[17]。本研究的创新之处在于探究氯沙坦联合温胆片对原发性高血压伴血脂异常的降脂、降压效果。痰浊是高血压的主要病因,温胆片联合降血压药能有效地改善患者痰浊症状,降低血压。

综上所述,氯沙坦联合温胆片治疗原发性高血压伴血脂异常疗效明显,能够有效控制患者血压及血脂水平,可能机制在于控制氧化应激水平。

参考文献

[1] HARA K, OKADA M, TAKAGI D, et al. Association between hypertension, dyslipidemia, and diabetes and prevalence of hearing impairment in Japan[J]. Hypertens Res,

2020, 8(4):1-6.

- [2] 方士杰, 张强, 杨丽红, 等. 合并血脂异常的原发性高血压患者血脂水平与血压变异性的关系[J]. 广西医学, 2018, 40(17):11-14.
- [3] 黄国桂, 宋新明, 朱晓妹, 等. 2 246 例老年血脂异常患者高血压患病率及相关因素分析[J]. 重庆医学, 2019, 48(3):447-450.
- [4] 刘力生. 中国高血压防治指南 2010[J/CD]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2011, 3(5):42-93.
- [5] 赵旺, 叶平, 胡大一, 等. 根据《中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)》再分析 DYSIS-China 横断面调查[J]. 中国心血管杂志, 2020, 25(1):55-61.
- [6] 李培培, 刘婷, 马宏博. 理气化痰祛瘀法对慢性心力衰竭伴血脂异常患者脂代谢的调节作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(21):199-204.
- [7] BERTOMEU-GONZÁLEZ V, SORIANO MALDONADO C, BLEDA-CANO J, et al. Predictive validity of the risk SCORE model in a Mediterranean population with dyslipidemia[J]. Atherosclerosis, 2019, 290:80-86.
- [8] 孟亚星, 张小玲, 严激. 原发性高血压伴血脂异常患者的动态血压特点[J]. 中国临床保健杂志, 2018, 21(3):323-327.
- [9] 林绮芬, 于斌, 苏大理, 等. 氯沙坦和替米沙坦治疗高血压伴高尿酸血症临床效果差异分析[J]. 贵州医药, 2019, 43(2):105-108.
- [10] 吴丽丽, 吴梅梅. 硝苯地平联合氯沙坦治疗高血压合并冠心病的效果及对患者肾功能的影响[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(17):73-75.
- [11] 任爽, 李必迅, 黄天文. 研究对比氯沙坦与氨氯地平治疗原发性高血压对患者血管内皮功能和生活质量的影响[J]. 中国全科医学, 2020, 23(增刊 1):115-117.
- [12] 刘亚南, 胡莹莹, 张海燕, 等. 盐酸特拉唑嗪片联合氯沙坦钾对高血压患者的治疗效果及对氧化应激反应的影响[J]. 中国医药, 2020, 15(6):859-863.
- [13] 陈汉裕, 赵丽娟, 段骄, 等. 温胆片的临床及药理研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(3):461-464.
- [14] 张晓英, 李艳, 王秀, 等. 滋阴潜阳方辨证加味联合氯沙坦治疗原发性高血压伴血脂异常临床观察[J]. 安徽中医学院学报, 2018, 37(6):10-13.
- [15] 曾燕静, 赵萍, 陈钰仪, 等. 温胆片改善脑梗死恢复期患者颈动脉粥样硬化的速度向量成像超声技术研究[J]. 新中医, 2017, 49(7):29-31.
- [16] 贾节, 王艳, 赵萍. 温胆片治疗痰浊证动脉粥样硬化斑块的超声形态学评价[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(16):90-91.
- [17] 王文秀, 陈洁, 荣立洋, 等. 温胆片治疗广泛性焦虑症(痰热内扰证)的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(11):1679-1683.

(收稿日期:2021-06-03 修回日期:2021-11-01)