

氨氯地平与吲达帕胺治疗老年收缩期高血压 59 例

赵 映¹, 张清华², 方效民², 蒋知新²

[关键词] 高血压; 氨氯地平; 吲达帕胺; 老年病学

[中国图书资料分类法分类号] R 544.1 [文献标识码] B

高血压是老年人的常见病、多发病,其主要表现形式为单纯收缩压增高,称为单纯收缩期高血压(isolated systolic hypertension, ISH),较其他类型高血压更难以控制,多数患者需要联合使用 2 种或多种药物治疗。现就氨氯地平与吲达帕胺治疗 59 例 ISH 患者效果作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择符合 1999 年 WHO/ISH 制定的高血压诊断标准的患者作为观察对象,除外明显心、脑、肾并发症和其他内科疾病。59 例中男 26 例,女 33 例;年龄 62~81 岁。其中 1 级高血压 14 例,2 级高血压 36 例,3 级高血压 9 例。既往均有明确的高血压病史。病程 5~21 年。经询问病史、临床查体和实验室检查无继发性高血压。

1.2 方法

1.2.1 观察 59 例均停用各种降压药物 2 周,并口服安慰剂。第 2 周末测不同日 3 次坐位右上臂血压,符合 WHO/ISH 标准,取其平均值作为基础血压。治疗前后检查血、尿常规及血脂、血糖、电解质、肝肾功能、血尿酸、胸部 X 线片和心电图。治疗期间不再使用其它任何影响血压的药物。

1.2.2 治疗 氨氯地平(广东彼迪药业有限公司产)起始量 5 mg,1 次/日,于晨 7 时 30 分至 8 时口服;吲达帕胺(天津力生制药股份有限公司生产)2.5 mg,1 次/日,于晨 7 时 30 分至 8 时口服。第 2 周若血压控制不好,将氨氯地平增至 10 mg,1 次/日,口服,此量为每天最大服用剂量,而吲达帕胺剂量不变。连续治疗 4 周。

1.3 疗效判定标准 显效:SBP 下降 30 mmHg 以上,未达到正常范围;有效:SBP 下降 20~30 mmHg,但未达到正常者;无效:未达到以上标准^[1]。

2 结果

用药后随血压下降,多数患者头晕脑胀、心悸、胸闷等症明显好转或逐渐消失,除 1 例治疗第 2 周出现头痛、便秘而自动停药外,其余 58 例中,服药第 2 周,显效 27 例,有效 20 例,无效 11 例,总有效率 81.0%;第 4 周,显效 42 例,有效 12 例,无效 4 例,总有效率 93.1%。服药第 4 周,SBP 140~150 mmHg 16 例,<140 mmHg 39 例,>150 mmHg 4 例。对血、尿常规、血糖、血脂、血尿酸、肝肾功能、电解质、胸部 X 线片和心电图等检查无明显影响。59 例中,出现头痛、便秘 1

例,腹胀、食欲不振 1 例,面部潮红和踝部水肿各 3 例。除 1 例因头痛、便秘而停药治疗外,其他未行特殊处理,症状逐渐缓解消失。

3 讨论

ISH 又称动脉硬化性高血压,是指 SBP \geq 140 mmHg,而 DBP<90 mmHg。其中一个亚组是临界收缩期高血压,指 SBP 在 140~149 mmHg,而 DBP<90 mmHg。一般认为 SBP 随年龄的增加呈线性上升,而 DBP 在 55 岁左右达高峰,以后随着年龄上升而轻度下降^[2]。中青年单纯舒张期高血压因社会压力大,负担重,治疗依从性差,可能使单纯舒张期高血压加重,甚至随着年龄上升,进而转变为混合性高血压或 ISH^[3]。收缩压形成取决于三个部分,即左心室排血量(每搏出量)动脉的缓冲垫作用(血管的顺应性或称血管弹性,血管可扩张性),动脉压及其分支的脉搏传递与反射性质(脉搏反射强度与到达时间)。其中大动脉的缓冲垫起着重要作用,当心脏收缩时,主动脉扩张,舒张对主动脉回弹起着缓冲垫的作用,把左心室缓冲性血流和血压转化成连续性血流进入周围器官。每搏出量中,40%~50%在收缩期直接进入周围器官,其余 50%~60%储存在大动脉内,到舒张期主动脉回弹把大动脉内的血挤到周围器官。老年人由于大动脉硬化,主动脉内皮与中层的弹性纤维发生变化,内皮变厚,中层弹性纤维排列紊乱、断裂、变薄,胶原纤维增加造成弹性回缩减弱。收缩期时,主动脉弹性减弱不能完全扩张,此时,小动脉收缩以阻抗血流导致收缩压增高;舒张期时,主动脉回缩力减弱,血流量减少,需增加主动脉的容积和主动脉壁张力以维持储存回心血量,舒张压下降。收缩压上升,脉压差增大,从而导致单纯性收缩期高血压。另外,收缩压随年龄增长而增高,舒张压则降低或不变,也增加了 ISH 的发生。

氨氯地平为二氢吡啶类长效钙离子拮抗剂,可通过选择性地扩张小动脉而降低外周血管阻力,降低动脉血压。其作用机制与硝苯地平相似,给药 6~12 h 血药浓度达高峰,半衰期约为 35~50 h,每天给药 1 次,足以维持 24 h 血压^[4]。连续给药约 7~8 天后血药浓度达稳态。不仅如此,氨氯地平治疗剂量无心脏抑制作用,而且不激活交感肾上腺素系统,还能排钠、利尿、逆转心肌肥厚^[5],其作用缓慢、持久,对高血压的降压效果覆盖 24 h。每天 1 次给药就可达到有效平稳降压效果,克服了短效降压药物的不足,尤其对于那些依从性差的高血压患者更为适合。

吲达帕胺为非噻嗪类利尿剂,其化学结构与磺胺相似^[6],是一种磺胺类利尿剂,单独治疗轻、中度高血压的有

[收稿日期] 2008-12-02

[作者单位] 1. 南方医科大学研究生学院,广东 广州 510515; 2. 解放军 305 医院老年病中心,北京 100017

[作者简介] 赵 映(1982-),女,住院医师。

效率仅为75%,其机制是通过抑制远端肾小管皮质稀释段的再吸收水与电解质发挥作用,调节血管平滑肌细胞的钙内流;刺激前列腺素的合成;降低血管对血管加压素的超敏感性,从而抑制血管收缩。该药降压时对心排血量、心率及心律影响小或无,而且不引起血脂、血糖的代谢紊乱,降低血钾,升高尿酸等不良反应也较噻嗪类利尿剂轻。另外能降低高血压引起的心、脑、肾等靶器官损害,是一种具有心脏保护作用利尿剂,用药方便,每日1次,每次1片,尤其是适合老年人服用。本组患者经上述两种药物联合治疗约4周后,总有效率达93.1%,而副作用的发生率仅为13.6%。

ISH常见于老年人,若血压控制不佳,常可导致心、脑、肾等其他重要脏器的并发症,因此要重视ISH的治疗。目前由于抗高血压药物中没有一种能够阻断血压升高的所有途径,故单一药物治疗并不能使血压降至理想水平,而通过增加药物剂量来控制血压水平常可带来诸多不良反应。因此主张联合用药,即可通过不同途径控制血压,增加降压疗效,减少不良反应,从而提高耐受性,降低心血管病危险。

[文章编号] 1000-2200(2010)01-0062-02

· 临床医学 ·

儿童特发性血小板减少性紫癜 84 例诊治体会

马 勇,朱明英

[关键词] 紫癜,血小板减少性;临床特点;儿童

[中国图书资料分类法分类号] R 554.6 [文献标识码] B

儿童特发性血小板减少性紫癜(idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP)是儿科最常见的出血性疾病之一,其病因呈多样性,疗效也与多种因素相关。为提高对该病的认识,现将我院2000年1月至2008年3月收治的ITP患儿84例的临床特点、诊治情况作一分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 84例患儿中,男47例,女37例;年龄1岁以下2例,1~4岁51例,>4~7岁22例,>7~12岁9例。入院时轻度出血12例,中度出血56例,重度出血10例,极重度出血6例。84例均有皮肤出血症状,牙龈出血9例,鼻出血4例,起病至就诊时间平均2.8天。均符合1986年10月杭州全国小儿血液病专题座谈会诊断、临床分型及病情分度标准。

1.2 起病与感染的关系 起病前1~3周34例有前驱感染史,其中呼吸道感染22例,腹泻5例,风疹3例,麻疹2例,水痘1例,流行性腮腺炎1例。23例起病前接种乙肝疫苗7例,乙脑疫苗4例,麻疹疫苗3例,流感疫苗2例,水痘疫苗2例,百白破疫苗3例,腮腺炎疫苗2例。

1.3 实验室检查

1.3.1 血小板计数 血小板 $>50 \times 10^9/L$ 15例, ($>25 \sim$

[参 考 文 献]

- [1] 罗建忠,王建湘. 326例单纯性收缩期高血压与单纯舒张期高血压临床对比分析[J]. 湖南医学, 2001, 18(2): 104-105.
- [2] Haller H. Effective management of hypertension with dihydropyridine calcium channel blocker-based combination therapy in patients at high cardiovascular risk[J]. Int J Clin Pract, 2008, 62(5): 781-790.
- [3] Simons LA, Ortiz M, Calcino C. Persistence with antihypertensive medication: Australia-wide experience, 2004-2006[J]. Med J Aust, 2008, 188(4): 224-227.
- [4] 罗素新. 动态血压监测在评价高血压靶器官损害中的预测价值[J]. 心血管病学进展, 1998, 19(2): 69-73.
- [5] Khan NA, Hemmelgarn B, Padwal R, et al. The 2007 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2-therapy[J]. Can J Cardiol, 2007, 23(7): 539-550.
- [6] 林艳. 抗高血压药物的临床药理分类及评价[J]. 中国心血管病研究杂志, 2004, 2(4): 1.

$50) \times 10^9/L$ 53例, ($10 \sim 25) \times 10^9/L$ 13例, $<10 \times 10^9/L$ 3例,入院时平均血小板为 $34 \times 10^9/L$ 。

1.3.2 免疫学检查 50例异常,单纯IgM增高23例,IgG增高12例,IgG、IgM同时增高5例; C_3 降低10例。50例免疫异常患儿入院时血小板平均为 $27 \times 10^9/L$ 。

1.3.3 骨髓检查 巨核细胞增多70例,正常14例。在产板、幼稚与颗粒巨核细胞计数中,产板巨核细胞明显减少,占平均百分比的3.6%,幼稚巨核细胞及颗粒巨核比例明显增高,分别占51.2%、47.3%。

1.4 治疗 血小板 $>50 \times 10^9/L$ 者,不治疗或者仅予以泼尼松 $1.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 口服,血小板恢复正常后,逐渐减量停药,外周血小板($>25 \sim 50) \times 10^9/L$ 者,先用氢化可的松 $5 \sim 10 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 静脉滴注(静滴),连用5天,如血小板恢复正常,改泼尼松口服维持,剂量 $1.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,1~3周内逐渐减量停药,若滴注氢化可的松5天后,血小板仍 $<50 \times 10^9/L$,则加用人血丙种球蛋白静滴,剂量按 $0.4 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,连用5天,待血小板升至正常后,再改泼尼松口服维持。入院时外周血小板 $\leq 25 \times 10^9/L$ 者,即予以氢化可的松及丙种球蛋白静滴,剂量同上,连用5天,血小板正常后改泼尼松口服维持,方法同上。对于慢性特发性血小板减少性紫癜(CITP)患儿,如血小板在 $20 \times 10^9/L$ 以上,予以观察随诊,血小板 $<20 \times 10^9/L$ 患儿,则予以甲泼尼龙冲击治疗及大剂量丙种球蛋白静滴。其中,甲泼尼龙 $20 \sim 30 \text{ mg} \cdot$

[收稿日期] 2008-09-26

[作者单位] 安徽省巢湖市第一人民医院 儿科, 238000

[作者简介] 马 勇(1973-),男,主治医师。