

依那普利与硝苯地平治疗高血压的疗效比较

丁建强 刘卫国 张立新

(武警河南总队医院急诊科 郑州 450052)

摘要 本文比较了依那普利与硝苯地平治疗高血压的疗效。所有病例在治疗前均停药 2wk, 依那普利组 5~10mg/d, qd; 硝苯地平组 10~20mg/次, bid 或 tid。疗程 4wk。结果显示: 二组总有效率分别为 93.7% 和 93.8%, 无显著性差异($p>0.05$), 但降压幅度, 二组存在显著差异, 依那普利组显著优于硝苯平, 治疗期间前者未见明显副作用, 后者可出现头痛、乏力、心悸、头晕、便秘等副作用。

关键词 依那普利; 硝苯地平; 高血压

依那普利是血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)的新型长效制剂。因其不含巯基、副作用少, 而广泛用于治疗高血压, 而且 ACEI 作为第一线降压药的日趋广泛。本文使用依那普利治疗 32 例门诊高血压病人, 并与硝苯地平治疗的 32 例疗效相比较, 现报告如下。

一、对象和方法

(一) 病例选择 依据 1978 年 WHO 制定的高血压诊断标准, 并按卫生部心血管药物临床研究指导原则“口服高血压药物”规定测右上臂血压为准, 以卧位的 2 次血压平均值 21.5~28/12.5~15.3kPa 作为本实验高血压病例的选择, 随机分为二组, 年龄 42~75a, 平均 64a, 男 42 例, 女 32 例, 病程 3~21a, 平均 8a。经 X^2 检验无明显差异($p>0.05$)。

(二) 给药方法 所有病例在治疗前均停药 1wk 以上。依那普利组: 开始 qd, 5mg/d, 早餐后口服, 如血压未降至正常, 可增加 1 次服用。硝苯地平组: 口服硝苯地平片 10mg, tid, 视血压情况可增至 20mg, bid 或 tid。疗程 4wk。

(三) 观察方法 治疗后每周不同日门诊随访 3 次, 测量血压、心率, 将 3 次门诊的血压平均值为治疗后血压值。每次测压前需休息 15min, 测压时间必须固定。

(四) 疗效评价 以治疗前后的血压比较。按照 1979 年心血管病学及人群防治汇报讨论会所规定疗效标准判定^[1]。显效: DBP 下降 ≥ 1.3 kPa, 到正常 ≤ 12.0 kPa 或下降 ≥ 2.7 kPa; 有效: DBP 下降 < 1.3 kPa, 到正常或下降 1.3~2.5kPa; 或 SBP 下降 ≥ 4.0 kPa; 无效: 血压未降到上述范围。其中显效加有效例数为总有效例数。二组疗效用 Ridit 检验, 各指标间比较用 t 检验。

二、结果

(一) 降压疗效 依那普利组 32 例, 显效 25 例(78.1%), 有效 5 例(15.6%), 总有效例数 30 例(93.7%); 硝苯地平组 32 例, 显效 24 例(75.0%), 有效 6 例(18.8%), 总有效例数 30 例(93.8%)。二组总有效率无显著性差异($p>0.05$)。

(二) 降压幅度 依那普利组降压幅度为 $3.5 \pm 1.2/2.5 \pm 0.8$ kPa, 降压显著($p<0.01$); 硝苯地平组降压幅度为 $2.5 \pm 1.2/1.6 \pm 0.8$ kPa, 也显示明显降压($p<0.01$)。两组相比, 依那普利组降压幅度显著大于硝苯地平组($p<0.01$)。

(三) 心率变化及副作用 服依那普利前病人心率为 84.5 ± 5 次/min, 服药后心率为 83 ± 7 次/min, 服硝苯地平组心率由 81 ± 4 次/min 增至 92 ± 6 次/min($p<0.01$)。服药

前后依那普利组心率加快明显小于硝苯地平组($p < 0.01$)。硝苯地平组出现头痛 4 例,乏力 2 例,心悸,头晕 1 例,便秘 1 例;依那普利组未见明显副作用。

三、讨论

依那普利作用机制除了抑制血管紧张素 I 转换酶外,还通过抑制交感神经活动,阻碍缓激肽分解,促使前列腺素产生和释放等,最终导致血管扩张,血压下降^[2]。其优点是:适于各型高血压,改善胰岛素抵抗状态,不引起钠潴留,能有效地逆转左室肥厚等^[3]。

本文观察结果表明依那普利组与硝苯地平组治疗高血压总有效率无差异,两组均可显著降低血压,依那普利降压幅度比硝苯地平降压幅度大($p < 0.01$),表明依那普利降压作用较硝苯地平强。依那普利组有 4 例难治高血压,服药 1wk 后降压不满意,再加用硝

苯地平或利尿剂后,取得满意降压效果,说明其药物相容性好,有学者称^[4],它与钙拮抗剂合用,使 90% 高血压获满意疗效。

我们认为,依那普利与硝苯地平相比,二者都具有良好的降压作用,但依那普利降压作用强,效果好,副作用少,且可与大多数抗高血压药物作用相加,适应于各类型,不同程度及年龄组的高血压患者,可作为一线降压药物。

参考文献

- [1] 心血管病流行病学及人群防治汇报讨论会. 中华心血管病杂志, 1979; 7: 81
- [2] Tscholiar, W., et al. Sublingual Captopril in hypertensive crisis, lancet, 1985; 11(8445): 34
- [3] 黄振文, 崔天祥. 降压药物的现状和未来. 医学综述, 1996; 2(3): 100~1
- [4] 陈树兰. 1995 年中国医学科学进展(心血管病学). 中华医学杂志, 1995; 75(12): 715

大剂量氯氮平和安定中毒抢救 1 例

武传玺 郑多辉 高伟强

(解放军第 12 医院 新疆疏勒 844200)

患者女性, 23a, 住院号 143179, 因顿服氯氮平片(25mg/片)100 片, 安定片(2.5mg/片)100 片, 2h 急诊入院。检查: 中等度昏迷, 角膜反射消失, 光反射消失, 双侧瞳孔 0.2cm, 口腔内分泌物多。T35.6℃, P166 beat/min, R24 beat/min, Bp14/8KPa, 脉搏细弱, 唇色发绀, 肌纤维不自主颤动, 四肢抽搐, 肌张力高。双肺闻及湿性罗音, 腹胀, 叩呈鼓音, 肠鸣音弱。CO 结合力 20.2mmol/L, BUN10.4mmol/L。血常规正常, 尿常规: 深黄色, 浑浊尿, 蛋白(++), 镜检: RBC 少许, WBC(+), 上皮细胞(+), 颗粒管型 0~2/高。心电图显示窦性心动过速, T 波倒置。

立即洗胃。用温水 20L 反复洗胃, 大量补充液体, 高渗脱水剂利尿, 促进药物排泄, 应用抗生素防止肺部感染, 大剂量 ATP、CoA、维生素 C, 促进组织细胞代谢改善心脑肾的功能, 吸氧抽痰 12h, 给予血液透析, 36h 高声呼叫作出应答, 角膜反射、光反射正常, 6d 后完全恢复正常。

氯氮平属抗精神病药, 安定属于二类精神药品管理范围, 精神分裂症患者需长期服用。在门诊和家庭治疗中应有专人按时给患者服药, 不可将药给患者自用, 以免患者情绪不稳定时顿服大剂量, 造成药物中毒。