

现下降趋势, 脉压也随之加大。高血压的发病原因是由多种因素组成的, 主要归纳为内因和外因, 内因是指不可改变的遗传易感性因素, 如遗传基因、年龄、性别等; 外因是可以改变的环境因素, 如抽烟、喝酒等。为了更好的治疗高血压患者的疾病, 改善患者的病情症状, 提升患者的身心健康和和生活质量, 特此选用缬沙坦氢氯噻嗪治疗高血压, 效果显著, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 07 月至 2018 年 1 月接收治疗的 72 例原发性高血压患者作为研究对象, 根据随机数字原理将所有患者分成实验组和常规组, 每组患者 36 例。实验组男性患者 19 例, 女性患者 17 例, 年龄在 45-85 岁之间, 平均年龄 (55.4 ± 8.3) 岁, 病程范围为 1-10 年, 平均病程为 (5.4 ± 2.4) 年; 常规组男性 18 例, 女性 18 例, 年龄在 44-85 岁之间, 平均年龄 (15.9 ± 7.9) 岁, 病程范围为 2-11 年, 平均病程为 (5.4 ± 2.6) 年。两组在年龄、性别等一般资料上差异不明显, 无统计学意义 (P > 0.05), 具有可比性。

1.2 治疗方法

在治疗前 2 周, 要求所有患者停用其他降血压药物。同时注重对患者进行心电图、尿常规、血脂、肝肾功能、血常规等方面的检查。常规组每天早上服用 1 次 80mg 的缬沙坦, 实验组在常规治疗的基础上加服 12.5mg/ 次的氢氯噻嗪, 早晚各 1 次, 持续 1 个月如果没有明显效果, 则将缬沙坦的剂量升到 120mg/ 次。治疗 2 个月为一周期。

1.3 观察指标

比较两组患者的血压情况和并发症情况。

1.5 数据统计

本次实验数据主要是借助统计学软件 SPSS21.0 进行处理分析, 运用 (x̄ ± s) 来作为统计量资料, 使用 t 或者 χ² 加以检验, (P < 0.05) 则充分说明具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的血压情况比较

护理之后, 实验组患者的收缩压和舒张压变化程度明显高于常规组, 两者数据差异显著, 具有统计学意义 (P < 0.05)。详细情况见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的血压情况比较

Table with 5 columns: 组别, 例数, 收缩压 (护理前, 护理后), 舒张压 (护理前, 护理后). Rows include 实验组, 常规组, and P 值.

2.2 两组患者的并发症发生情况比较

实验组中并发症发生率为 25.81%, 常规组的并发症为 69.35%, 两者数据比较差异显著, 具有统计学意义 (P < 0.05) 详细情况见表 2。

表 2 两组患者的并发症发生情况比较

Table with 7 columns: 组别, 例数, 心律失常, 血肌酐升高, 心绞痛, 脑卒中, 并发症发生率. Rows include 实验组 and 常规组.

注: P < 0.05, 两组比较有差异, 有统计学意义

3 讨论

临床实践中, 高血压是比较常见的疾病, 具有反复发作、难于治愈等特点, 在临床实践中, 主要是通过药物治疗, 有效地控制患者的血压情况, 以便更好的提升患者的身心健康和和生活质量。缬沙坦联合氢氯噻嗪治疗高血压, 可以有效地控制患者的体内的血压情况, 在临床实践中具有广泛的作用。高血压是最常见的慢性病, 也是心脑血管病最主要的危险因素, 脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病是其重要并发症。缬沙坦作为一种口服有效的特异性的血管紧张素 II (AT1) 受体拮抗剂, 阻断 Ang II 与 AT1 受体的结合 (其特异性拮抗 AT1 受体的作用大于 AT2 受体约 20,000 倍), 从而抑制血管收缩和醛固酮的释放, 产生降压作用, 可以很好地治疗各种类型高血压, 并且能够很好地保护心脑肾, 同时是心力衰竭、心肌梗塞、糖尿病等高血压患者的常用药物, 可以与利尿剂 (如氢氯噻嗪) 相互联合使用, 氢氯噻嗪属于临床中的利尿药、抗高血压药, 可以很好地治疗主要适用于原发性水肿、肝原性水肿和肾性水肿。

本研究表明, 运用这两种联合药物治疗高血压, 两个月之后实验组患者的血压指标明显下降的程度有野常规组, 说明这两种药物可以有效的控制患者的血压, 保证患者血压维持在正常的状态。这两种联合的药物可以有效的减少患者并发症的发生, 保证治疗的安全性和可靠性, 从而有效的提升患者的治疗效果。综上所述, 缬沙坦联合氢氯噻嗪治疗高血压效果显著, 值得应用。

参考文献

- [1] 常丽. 缬沙坦联合氢氯噻嗪治疗高血压临床疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2016, 02 (11): 125.
[2] 阮媛. 缬沙坦与氢氯噻嗪联合治疗高血压心脏病的临床效果体会 [J]. 中国社区医师, 2014(24):20-21

那屈肝素钙、依诺肝素钠治疗不稳定性心绞痛药物经济学对比研究

罗广南<sup>1</sup> 陈六明<sup>2</sup>

(上高县中医院 江西 宜春 336400)

【摘要】目的 那屈肝素钙、依诺肝素钠治疗不稳定性心绞痛应用价值和药物经济学对比。方法 将 2017 年 1 月至 2018 年 1 月入住我院的 71 例不稳定性心绞痛患者随机分为研究组和对照组, 分别为 35 例和 36 例。研究组采用依诺肝素钠皮下注射治疗, 对照组采用那屈肝素钙皮下注射治疗。观察指标主要有:心绞痛治疗效果、心电图治疗效果, 治疗前、后心绞痛的发作次数及硝酸甘油消耗量, 并将两组观察指标的结果和患者治疗期间的药物费用进行对比。结果 经统计, 治疗后, 两组心绞痛、心电图的治疗效果相近, 均可较好地改善患者情况, P > 0.05, 没有统计学意义; 治疗前后研究组心绞痛的发作次数、硝酸甘油用量和药物花费均少于对照组, P < 0.05, 有统计学意义。结论 依诺肝素钠治疗不稳定性心绞痛效果与那屈肝素钙相近, 但价格低廉, 值得向患者推广。

【关键词】那屈肝素钙; 依诺肝素钠; 不稳定性心绞痛; 经济对比

【中图分类号】R972+3 【文献标识码】B 【文章编号】2095-8439(2018)5-0073-02

冠心病发病主要是脂质沉积在血管导致血管狭窄, 从而引起胸痛或不典型症状, 其中最常见的是不稳定性心绞痛 [1]。不稳定性心绞痛的并发症多、死亡率高, 病发时需要及时进行救治, 否则会威胁到患者的生命安全 [2]。本次实验主要研究临床上治疗不稳定性心绞痛两种药物的治疗效果及成本对比, 现研究如下。

1 临床资料

1.1 一般资料筛选 2017 年 1 月至 2018 年 1 月入住我院的 71 例不稳定性心绞痛患者随机分为研究组和对照组, 分别为 35 例和 36 例。纳入标准: 签署知情同意书的符合临床诊断标准的不稳定性心绞痛患者。排除标准: 有重要脏器损伤患者, 合并其他疾病的患者, 精神障碍或认知障碍患者, 不配合医生的患者等。研究组男 15 例, 女 20 例; 平均年龄 (58.4 ± 6.7) 岁; 平均病程 (6.2 ± 1.4) 天。对照组男 14 例, 女 22 例; 平均年龄 (59.3 ± 7.9) 岁; 平均病程 (5.6 ± 1.9) 天。对比两组患者一般资料发现差异不显著, 具有可比性, P > 0.05, 可以在同一基线上进行临床比较。

1.2 方法 两组患者在接受卧床休息、吸氧、镇静、服用抗心肌缺血药物和抗血小板聚集药物的常规治疗后, 研究组采用皮下注射依诺肝素钠 (天道医药有限公司, JX20000267, 规格: 0.4ml : 4000AxaIU), 每次 100AxaIU/kg。对照组皮下注射那屈肝素钙 (葛兰素史克有限公司, J20130168, 规格: 0.4mL : 4100AXaIU) 皮下注射, 每次 86IU 抗 Xa 因子 /kg 的那屈肝素。两组 12 小时 / 次, 治疗 7d。

1.3 观察指标及评标准统计两组心绞痛治疗效果及心电图治疗效果, 治疗前、治疗后心绞痛的发作次数、硝酸甘油消耗量及成本计算。心绞痛疗效及心电图

疗效分为显效、有效和无效。总有效率 = 100% - 无效率。药品的成本 = 药品零售单价 × 每天用量 × 疗程。

1.4 统计学处理采用 SPSS19.0 软件统计、处理指标结果。计量资料以 (x̄ ± s) 表示, t 检验。计数资料 (%) 表示, X2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心绞痛治疗效果及心电图治疗效果差异统计分析。研究组心绞痛的显效、有效、无效的例数分别为 22 例 (62.9%)、9 例 (25.7%)、4 例 (11.4%); 对照组心绞痛的显效、有效、无效的例数分别为 21 例 (58.3%)、10 例 (27.8%)、5 例 (13.9%); 两组结果相比, P > 0.05, 差异没有统计学意义。研究组心电图的显效、有效、无效的例数分别为 25 例 (71.4%)、8 例 (22.9%)、2 例 (5.7%); 对照组心电图的显效、有效、无效的例数分别为 23 例 (63.9%)、10 例 (27.8%)、3 例 (8.3%); 两组结果相比, P > 0.05, 无统计学意义。

2.2 治疗前后心绞痛的发作次数、硝酸甘油用量的差异统计分析。治疗前两组发作次数和硝酸甘油用量差异不明显, P > 0.05, 无统计学意义; 治疗后两组发作次数和硝酸甘油用量, P < 0.05, 有统计学意义, 详见表 1。

表 1 治疗前、后心绞痛的发作次数、硝酸甘油消耗量差异统计 [n(%)]

Table with 4 columns: 组别, 例数, 发作次数 / 周, 硝酸甘油用量 / mg/d. Rows include 治疗前 and 对照组.

|     |     |    |           |           |
|-----|-----|----|-----------|-----------|
| 治疗后 | 研究组 | 35 | 2.3 ± 0.9 | 1.5 ± 0.4 |
|     | 对照组 | 36 | 3.6 ± 1.2 | 2.3 ± 0.8 |

与对照组相比, P < 0.05, 有可比性。

2.3 统计成本。本次研究主要统计治疗药品费用, 药品的成本 = 药品零售价 × 每天用量 × 疗程。依诺肝素钠 0.4mL:4000AXaIU:55元/支, 那屈肝素钙 0.4mL:4100IU:62元/支。两种方案的药物成本分别为: 依诺肝素钠 = 55 × 2 × 7 = 770元; 那屈肝素钙 = 65 × 2 × 7 = 910元。

3 讨论

临床上, 不稳定性心绞痛主要以缓解症状和降低心源性事件发生率为主要治疗目的, 从而提高患者的生活质量<sup>[1]</sup>。目前以药物治疗为主, 其中最常用最重要的是抗凝治疗, 常用的抗凝制剂是低分子肝素。本次实验主要用的抗凝药是那屈肝素钙和依诺肝素钠, 两种药物的药效接近, 都具有高抗 Xa 活性和较低抗 II a 或抗凝血酶活性, 不延长 APTT, 但就价格而言, 依诺肝素钠的价格更优惠, 物美价廉, 可推荐患者使用<sup>[4-5]</sup>。

就本次实验结果而言, 经统计, 研究组的心绞痛治疗效果、心电图治疗效果, 治疗前心绞痛的发作次数及硝酸甘油消耗量与对照组的差异不明显, P > 0.05, 差异没有统计学意义; 研究组治疗后心绞痛的发作次数及硝酸甘油消耗量和患者治疗期间的医药费用均低于对照组, P < 0.05, 差异有统计学意义。这几项指标进一步说

明了那屈肝素钠、依诺肝素钠的治疗效果相近, 但经依诺肝素钠治疗后, 具有心绞痛的发作次数少、硝酸甘油使用量少、药物花费少的优点, 减轻了患者的经济负担。

综上所述, 依诺肝素钠治疗不稳定性心绞痛的治疗效果好, 费用低, 值得在临床上推广。但因本次实验的样本量小, 需要做多次大样本实验进一步探究治疗不稳定性心绞痛药物的应用价值及经济学意义。

参考文献

[1] 蔡忠捷, 陈侃, 吴云敏. 依诺肝素钠与那屈肝素钙治疗不稳定性心绞痛的药物经济学分析 [J]. 中国医药科学. 2017,7(22):7-10.  
 [2] 张素贞. 依诺肝素钠治疗不稳定型心绞痛的临床效果分析 [J]. 海峡药学. 2017,29(4):150-151.  
 [3] 徐雷. 阿托伐他汀加用低分子肝素钙治疗不稳定性心绞痛的临床效果评析 [J]. 中国处方药. 2016,14(11):44-45.  
 [4] 施彩红, 郑小波. 红花黄色素注射液联合低分子肝素钙治疗不稳定性心绞痛疗效观察 [J]. 实用中医药杂志. 2016,32(10):983-984.  
 [5] 李彦宏. 低分子肝素钙治疗不稳定性心绞痛的临床疗效分析 [J]. 河南医学研究. 2016,25(6):1065-1066.

# 乌司他丁联合早期低温治疗治疗脓毒症休克的效果观察

耿艳玲 戈洪松

( 沧县医院 急诊科 061000 )

**【摘要】** 目的 探讨乌司他丁联合早期低温治疗治疗脓毒症休克的临床疗效。方法 选取2015年8月至2018年1月我院接诊的脓毒症休克患者78例, 依据数字表法分为联合组与单一组, 每组39例。单一组患者给以乌司他丁静脉注射治疗, 联合组患者在乌司他丁治疗的基础上进行低温治疗, 治疗一个疗程后, 比较两组患者的基础生命体征改善情况。结果 治疗一个疗程后, 两组患者的SBP、DBP升高, T、RR、HR降低, 且联合组的基础生命体征改善情况优于单一组, 差异有统计学意义 (P > 0.05)。结论 乌司他丁联合低温治疗治疗脓毒症休克可有效的抑制炎症反应, 增强治疗效果。

**【关键词】** 脓毒症休克; 乌司他丁; 低温治疗

**【中图分类号】** R714.62+6

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 2095—8439(2018)5—0074—01

脓毒症指机体在受到严重感染时出现的一种失控性反应综合征, 一旦发生脓毒症, 将会造成机体免疫、代谢、内分泌、自主神经系统、生物能量紊乱, 也易造成多器官功能衰竭<sup>[1,2]</sup>。而脓毒症休克患者的微循环血流分布异常, 导致机体组织灌注不足、组织细胞氧化代谢障碍。乌司他丁属广谱蛋白酶, 能有效的抑制炎症反应, 改善脓毒症休克患者的微循环状态。低温治疗可改善患者的血流动力学和代谢参数, 减轻缺血再灌注损伤<sup>[3]</sup>。本研究在乌司他丁治疗的基础上, 加用低温疗法治疗, 比较两组患者治疗后的基础生命体征改善情况。

1 资料与方法

1.1 资料与方法 选取2015年8月至2018年1月我院接诊的脓毒症休克患者78例, 依据数字表法分为联合组与单一组, 每组39例。单一组男24例, 女15例; 年龄30 ~ 65岁, 中位年龄 (50.3 ± 3.1) 岁。联合组男23例, 女16例; 年龄28 ~ 66岁, 中位年龄 (51.8 ± 2.6) 岁。对比两组的基础资料, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。

1.2 治疗方法 患者入院后首先纠正酸碱失衡及水电解质紊乱、血管活性药物、有效的补充血容量、改善机体内微循环和对症治疗等; 避免和控制原发性感染发生, 即清除感染灶、引流及给予抗生素等。单一组患者给以乌司他丁静脉注射治疗, 30万U乌司他丁 + 20mL 0.9%生理盐水, 10min内注射完, 3次/d, 5d为一疗程。联合组患者在乌司他丁治疗的基础上进行低温治疗, 即4℃林格液静脉快速灌注, 给药量为20 ~ 30mL/kg, 同时配合冰帽、冰毯, 必要时可在胃管内注入适量的冰盐水, 将降温速度控制在0.5℃ ~ 1.0℃/h内, 并在4 ~ 6h将体温逐渐降至33.0℃ ~ 35.0℃, 维持治疗48h。

1.3 观察指标 治疗一个疗程后, 比较两组患者的基础生命体征改善情况, 检测指标有: 收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、体温 (T)、呼吸频率 (RR)、心率 (HR)。

1.4 统计学分析 采用SPSS 11.5统计软件分析本次研究数据。计量资料应用 ( $\bar{X} \pm s$ ) 表示, 行t检验。P < 0.05表示统计学差异显著。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后基础生命体征改善情况比较 治疗一个疗程后, 两组患者的SBP、DBP升高, T、RR、HR降低, 且联合组的基础生命体征改善情况优于单一组, 差异有统计学意义 (P > 0.05)。详见表1。

表1 两组患者治疗前后基础生命体征改善情况比较 ( $\bar{X} \pm s$ )

|              | SBP<br>(mmHg) | DBP<br>(mmHg) | T (°C) | RR (次/<br>min) | HR (次/<br>min) |
|--------------|---------------|---------------|--------|----------------|----------------|
| 单一组 (n = 39) | 86.1          | 54.7          | 39.1   | 26.5           | 117.5          |
| 前治疗          | ± 21.2        | ± 13.4        | ± 0.4  | ± 2.4          | ± 24.1         |
| 后治疗          | 94.5          | 61.4          | 38.2   | 21.9           | 102.7          |
| t            | ± 9.2*        | ± 10.5*       | ± 0.4* | ± 2.7*         | ± 11.6*        |
|              | -2.27         | -2.458        | 9.936  | 7.952          | 3.456          |

|              |        |        |        |        |        |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 联合组 (n = 39) | 85.3   | 55.2   | 39.3   | 26.8   | 114.6  |
| 前治疗          | ± 23.0 | ± 14.9 | ± 0.2  | ± 2.1  | ± 22.3 |
| 后治疗          | 100.7  | 68.3   | 37.3   | 17.6   | 94.4   |
| t            | ± 10.5 | ± 12.9 | ± 0.5  | ± 1.9  | ± 10.2 |
|              | -3.804 | -4.151 | 23.193 | 20.288 | 5.144  |

注: 与联合组治疗后相比, \*P < 0.05

3 讨论

脓毒症的病理生理学特征为炎性细胞依次被激活, 而后大量炎性因子释放, 呈现“瀑布效应”<sup>[4]</sup>。而一旦出现瀑布效应, 炎性反应将不断加强, 甚至出现全身性炎症反应, 造成细胞自身的破坏。因此, 临床治疗脓毒症、脓毒症休克的关键是抑制炎性因子活性或降低炎性因子水平。

乌司他丁是一种广谱蛋白酶抑制剂, 能够对多种糖类、蛋白质、之类水解酶的活性产生抑制作用<sup>[5]</sup>, 从而抑制炎性介质的过度释放、稳定溶酶体膜, 达到改善组织灌注、微循环等目的。本研究中, 联合组患者在乌司他丁治疗的基础上加用低温疗法, 结果显示, 联合组患者的SBP、DBP、T、RR、HR改善情况显著优于单一组。低温治疗能够增加心排量及冠脉血流, 降低心肌耗氧量, 增强心肌收缩能力, 减少心肌损伤<sup>[6]</sup>。此外, 低温治疗还可在机体自主循环功能恢复后维持其代谢平衡和血流动力学稳定, 改善患者的基本生命体征。

综上所述, 乌司他丁联合低温疗法治疗脓毒症休克可有效的抑制炎症反应, 增强治疗效果。

参考文献

[1] 程涛, 张晓霞, 彭鹏. 脓症患者液体复苏终点指标的研究进展 [J]. 医学研究杂志, 2016, 45 (2): 167-170.  
 [2] 张诗元. 参附注射液改善脓毒症休克的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2017, 32 (6): 1034-1038.  
 [3] 朱瑞丽, 朱春丽, 王小华. 乌司他丁对脓毒症休克患者血常规、血乳酸及降钙素原的影响 [J]. 西北药学杂志, 2015, 30 (5): 618-620.  
 [4] 吴晓华, 龚曼芹. 血必净注射液联合乌司他丁注射液治疗重症脓毒症休克患者的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33 (14): 1295-1297, 1320.  
 [5] 李群, 刘阳, 刘晓雪. 注射用乌司他丁联合血必净注射液治疗脓毒症休克的临床疗效及其对患者心功能的影响研究 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24 (12): 73-76.  
 [6] 方伟, 何博, 范峻峰, 等. 早期运用低温治疗改善脓毒症休克患者近期心功能作用研究 [J]. 河北医学, 2016, 22 (2): 296-299.