

【临床研究】

武警河南总队医院门诊就诊的原发性高血压患者。入选标准:所有患者均符合《中国高血压防治指南》的诊断标准[收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg,1 mmHg = 0.133 kPa];所有患者焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale,SDS)评分均符合抑郁和焦虑的评定标准^[5-6]。排除标准:对美利曲辛、氟哌噻吨或本品中任一非活性成分过敏者;急性心肌梗死的恢复早期、各种程度的心脏传导阻滞或心律失常及冠状动脉缺血患者;严重认知功能障碍;继发性高血压和急进性高血压;明显智能障碍;精神病家族史;肝肾功能不全;检查不合作。入选原发性高血压合并焦虑抑郁患者共 100 例,分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组男 29 例,女 21 例,平均年龄(56.23 ± 12.16)岁,平均病程(9.5 ± 0.2)a,平均收缩压(159.74 ± 8.51) mmHg,平均舒张压(95.37 ± 10.61) mmHg,SDS 评分为 45.0 ± 0.1 ,SAS 评分为 47.0 ± 0.3 ;观察组男 30 例,女 20 例,平均年龄(58.06 ± 10.16)岁,平均病程(10.5 ± 0.4)a,平均收缩压(164.26 ± 5.50) mmHg,平均舒张压(101.28 ± 5.77) mmHg,SDS 评分为 46.0 ± 0.2 ,SAS 评分为 47.0 ± 0.4 。2 组患者性别、年龄、平均病程、血压、SDS 和 SAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者给予常规降血压治疗;观察组患者在常规降血压治疗的基础上给予氟哌噻吨美利曲辛(丹麦 H. Lundbeck A/S 公司,进口药品注册证号:H20130126)10.5 mg,口服,每日早上 1 次,共 8 周;2 组患者均给予心理支持治疗及高血压健康教育。观察 2 组患者治疗后血压下降情况并对其生活质量进行评定。

1.3 疗效评定标准 血压以 3 次不同日期测得血压的平均值为准,其中 1 次为 24 h 动态血压,2 次为人工测量;动态血压的测量使用 CMS-ABPM V1.0 无创性便携式动态血压检测仪。参照 2004 年全国心血管会议修订的高血压疗效判定标准^[7]。显效:

表 1 2 组患者治疗前后生活质量评分比较

Tab.1 Comparison of QOL scores between the two groups before and after treatment

组别	n	生活满意度	躯体症状	业余生活	日常活动功能障碍	健康愉快感
对照组	50					
治疗前		27.68 ± 4.19	22.19 ± 5.98	21.98 ± 3.45	31.10 ± 5.01	66.62 ± 9.34
治疗 8 周后		27.89 ± 3.20	16.53 ± 3.53 ^a	21.17 ± 3.99	28.34 ± 4.15 ^b	73.09 ± 8.12 ^b
观察组	50					
治疗前		26.90 ± 4.23	22.91 ± 7.43	21.69 ± 3.23	29.03 ± 5.78	64.05 ± 9.12
治疗 8 周后		28.78 ± 4.11 ^a	9.45 ± 3.23 ^{bc}	23.78 ± 3.15 ^b	23.67 ± 2.05 ^{bc}	86.23 ± 6.32 ^{bc}

注:与治疗前比较^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$;与对照组比较^c $P < 0.01$ 。

3 讨论

引起原发性高血压的病因既有生物学因素,也有社会和心理因素。各种刺激因素作用于机体,可

舒张压下降 ≥ 10 mmHg 并降至正常或下降 20 mmHg 以上;有效:舒张压下降虽未达 10 mmHg,但降到正常或下降 10 ~ 19 mmHg,或收缩压下降超过 30 mmHg;无效:未达到上述标准。生活质量评定按生存质量(quality of life,QOL)测定量表评分^[8]。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 15.0 进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗后血压控制情况比较 治疗 8 周后,观察组患者收缩压平均下降(12.9 ± 9.4) mmHg,舒张压平均下降(5.8 ± 0.4) mmHg;对照组患者收缩压平均下降(2.6 ± 0.3) mmHg,舒张压平均下降(2.1 ± 0.2) mmHg;观察组患者收缩压和舒张压平均下降程度均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 8 周后,对照组显效 17 例,有效 9 例,无效 24 例,治疗有效率为 52.0%;观察组显效 27 例,有效 13 例,无效 10 例,治疗有效率为 80.0%。观察组患者治疗有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2 组患者治疗前后生活质量比较 结果见表 1。治疗前,2 组患者生活满意度、躯体症状、业余生活、日常活动功能障碍和健康愉快感评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 8 周后,对照组患者躯体症状、日常活动功能障碍、健康愉快感改善情况优于治疗前,差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);观察组患者生活满意度、躯体症状、业余生活、日常活动功能障碍和健康愉快感改善情况均优于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);观察组患者躯体症状、日常活动功能障碍和健康愉快感改善情况均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

引起肾上腺素能活性增加,使血压升高^[9]。在高血压的发生和发展过程中,交感神经的过度激活起着重要作用,是高血压患者心脑血管危险事件发生的重要因素之一^[10]。

高血压患者除躯体症状外,大部分也存在焦虑和抑郁,而高血压发生、发展的一个独立危险因素就是明显的焦虑情绪,焦虑情绪既影响药物治疗高血压的疗效,也影响高血压患者的转归和预后^[11]。高血压病是终身性疾病,随着患病时间的延长,部分患者因心理负担加重而使原有的焦虑抑郁程度加重,继而影响高血压患者的治疗效果。氟哌噻吨美利曲辛是小剂量三氟噻吨和小剂量美利曲辛(四甲苄丙胺)的复合剂,主要调节神经突触前膜多巴胺受体,促进多巴胺的合成和释放;抑制突触前膜对去甲肾上腺素和 5-羟色胺的再摄取,使其浓度升高,从而有效改善焦虑、抑郁症状。此外,美利曲辛可对抗三氟噻吨所引起的锥体外系症状,而后者又可使前者的抗胆碱作用减弱,不良反应小于二者单用^[12]。因此,该药的 2 种成分在疗效上既有协同效应,也有拮抗不良反应的效应,起效更快,疗效更佳^[13]。

本研究结果显示,观察组患者在常规治疗的基础上加用小剂量抗焦虑抑郁药物氟哌噻吨美利曲,收缩压和舒张压的平均下降幅度和治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义。治疗 8 周后,观察组患者的生活质量改善情况明显优于对照组。说明氟哌噻吨美利曲治疗高血压合并焦虑抑郁患者疗效较好,并可改善其生活质量,值得临床推广。

参考文献:

[1] 蒋小云,容丽萍. 儿童高血压的诊断与治疗研究进展[J]. 中华实用儿科临床杂志,2013,28(13):1037-1040.

[2] 吕莎,宋胜仿,李华,等. 糖尿病性白内障术后角膜内皮细胞的变化[J]. 眼科新进展,2012,32(8):787-789,793.

[3] 张帆,胡大一,杨进刚,等. 高血压合并焦虑、抑郁的发病率和相关危险因素分析[J]. 首都医科大学学报,2005,26(2):140-142.

[4] Raikonen K, Matthews K A, Kuller L H. Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women[J]. *Hypertension*, 2001, 38(4):798-802.

[5] Zung W W. Aratinginstrument for anxietydisorders[J]. *Psychosomatics*, 1971, 12(6):371-379.

[6] Zung W W. A self-rating depression scale[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, 12:63-70

[7] 冯超英. 焦虑症的药物治疗研究进展[J]. 医药导报,2006,25(5):447-450.

[8] 赵光胜. 生存质量与高血压等慢性病[J]. 疾病预防与控制. 2001,9(6):241-242.

[9] Kuklinska A M, Mroczko B, Musial W J, et al. Endothelial dysfunction and sympathetic nervous system activation in young patients with essential arterial hypertension and without hypercholesterolaemia[J]. *Acta Cardiol*, 2010, 65(5):535-540.

[10] 刘玉珍, 裴骅. 盐酸贝那普利联合左旋氨氯地平不同服用方法治疗晨峰型高血压[J]. 新乡医学院学报, 2013, 30(9):763-764.

[11] 段书, 肖晶, 赵水平, 等. 抗焦虑治疗对高血压病伴焦虑症状患者血压和生活质量的影响[J]. 中国临床心理学杂志, 2008, 16(2):205-207.

[12] 付永勇. 黛力新合并心理健康教育治疗冠心病心绞痛临床观察[J]. 浙江临床医学, 2007, 9(3):394.

[13] 鲁乃浩, 弋香萍. 黛力新在焦虑/抑郁治疗中的观察[J]. 航空航天医药, 2008, 19(3):166.

(本文编辑:杨 博 英文编辑:杨 博)

(上接第 447 页)

本组 1 例膈肌破损严重者采用涤纶补片修补,术后 X 线片及肺功能复查均较满意。

通过分析,作者对 TDR 院内急救策略进行总结,制定了胸腹部外伤患者操作流程:(1)对发生休克者先行抗休克治疗,进行半立位胸腹部 X 线片 + 胸腹部超声检查;对呼吸循环稳定者,行胸腹部 CT + 腹部超声检查;(2)判断伤情,中等量以上血气胸行胸腔闭式引流,如胸腹腔均有出血,开腹探查的同时行胸腔闭式引流,少量血气胸可进一步观察;(3)如胸腔闭式引流量不符合开胸探查标准,继续动态观察,如胸腔闭式引流提示活动出血或引流出消化道异物,操作过程探及膈肌损伤,开胸探查止血修补膈肌;(4)如不符合开胸指征,分别在第 2、7 天复查胸腹部 CT,无特殊变化者定期复查,有病情变化时及时处理;(5)如出现膈肌异常抬高、胸腰背部疼痛加重、胸闷气短症状加重,行人工气腹检查,结果阴性者进一步观察;如经过呼吸锻炼症状及影像学表现改善则定期复查,病情有变化时及时处理;如

症状加重,有膈肌麻痹表现,行开胸探查修补或膈肌折叠术。

参考文献:

[1] Hanna W C, Ferri L E, Fata P, et al. The current status of traumatic diaphragmatic injury: lessons learned from 105 patients over 13 years[J]. *Ann Thorac Surg*, 2008, 85(3):1044-1046.

[2] Kuppasamy A, Ramanathan G, Gurusamy J, et al. Delayed diagnosis of traumatic diaphragmatic rupture with herniation of the liver: a case report[J]. *Ulus Trauma Acil Cerrahi Derg*, 2012, 18(2):175-177.

[3] 林华, 郑瑞强, 吴晓燕. 脉搏指示连续心排量监护仪在老年感染性休克液体复苏治疗中的应用[J]. 新乡医学院学报, 2012, 29(12):933-935.

[4] Ogawa F, Naito M, Iyoda A, et al. Report of a rare case: occult hemothorax due to blunt trauma without obvious injury to other organs [J]. *J Cardiothorac Surg*, 2013, 8(1):205-207.

[5] Al-Nouri O, Hartman B, Freedman R, et al. Diaphragmatic rupture: is management with biological mesh feasible[J]. *Int J Surg Case Rep*, 2012, 3(8):349-353.

(本文编辑:李胜利 英文编辑:王 燕)