

沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心衰对患者心肾功能指标的影响

程希富^{1,2} 刘学谦^{1,2} 李学晋^{1,2} 王会珍^{1,2} 魏法权^{1,2}

(1 河南省新乡市第一人民医院 新乡 453099; 2 新乡医学院附属人民医院 河南新乡 453099)

摘要:目的:观察沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床疗效及对患者肾功能、心功能及血清指标的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的 102 例慢性心力衰竭患者,随机分为培哌普利组和诺欣妥组,各 51 例。两组均给予基础治疗,在此基础上培哌普利组给予培哌普利治疗,诺欣妥组给予沙库巴曲缬沙坦治疗。评估两组临床疗效,心功能、肾功能、血清标志物水平的变化情况,统计两组不良反应发生情况、心血管不良事件发生情况。结果:诺欣妥组总有效率优于培哌普利组($P<0.05$);诺欣妥组心功能标志物水平低于培哌普利组,左室射血分数高于培哌普利组,肾功能指标优于培哌普利组($P<0.05$);诺欣妥组不良反应、心血管不良事件发生率低于培哌普利组($P<0.05$)。结论:沙库巴曲缬沙坦联合基础治疗对慢性心衰疗效理想,能够改善患者肾功能,用药安全性高。

关键词:慢性心力衰竭;沙库巴曲缬沙坦;培哌普利;心功能;肾功能

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.005

慢性心力衰竭(CHF)可增加心源性猝死发生风险^[1]。培哌普利能够对血管紧张素Ⅱ的合成、醛固酮的分泌发挥较强抑制作用,从而有效减少心脏负荷、部分逆转心肌重构。沙库巴曲缬沙坦能够在抑制血管紧张素受体与脑啡肽酶的同时,发挥扩张血管、调节血压、利尿、逆转心肌重构等双重功效^[2]。本研究为评估沙库巴曲缬沙坦对于 CHF 的治疗效果及对患者心、肾功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的 102 例慢性心力衰竭患者,随机分为培哌普利组(培哌普利治疗)和诺欣妥组(沙库巴曲缬沙坦治疗),各 51 例。培哌普利组男 29 例,女 22 例;年龄 49~73 岁,平均(61.25±9.26)岁;病程 1~12 年,平均(6.02±2.31)年;冠心病 21 例,扩张型心肌病 17 例,其他心脏疾病 13 例。诺欣妥组男 28 例,女 23 例;年龄 48~75 岁,平均(62.01±9.92)岁;病程 1~13 年,平均(6.21±2.52)年;冠心病 23 例,扩张型心肌病 16 例,其他心脏疾病 12 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 选取标准 **诊断标准:**符合《慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[3]相关标准,心功能分级标准参照纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级标准^[4]。纳入标准:符合上述诊断标准;NYHA 为Ⅱ~Ⅳ级,存在左室收缩功能不全;左室射血分数(LVEF) $<40\%$;知情同意本研究。排除标准:静息血压 $<90/60$ mm Hg;高钾血症;血管性水肿疾病史;恶性肿瘤、急性感染性疾病、血液系统疾病、免疫功能疾病;精神系统疾病;有重大手术;入组前 36 h 内有血管紧张素转换酶抑制剂(ACED)应用史;心脑血管疾病急性期;妊娠期。

1.3 治疗方法 两组均给予基础治疗,包括调节血

压、控制血糖、维持水电解质与酸碱度平衡等,常规药物包括洋地黄类药物利尿剂、 β 受体阻滞剂、血管扩张剂等。培哌普利组在基础治疗上给予培哌普利叔丁胺片(国药准字 H20034053),2~8 mg/d,口服,视患者病情调整用量。诺欣妥组在基础治疗上给予沙库巴曲缬沙坦钠片(注册证号 H20170362),初始剂量 50 mg/次,2 次/d,观察患者可耐受后逐渐增至维持剂量 200 mg/次,2 次/d,口服。两组均治疗 4 周。

1.4 观察指标 **心功能指标:**左心室舒张末期内径(LVEDd)、LVEF、心率(HR)。**肾功能指标:**血尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、肾小球滤过率(eGFR)。**血清心功能标志物:**血清 N 端脑钠肽前体(NT-proBNP)、血清肌钙蛋白 T(cTnT)水平。统计两组治疗期间不良反应发生情况(低血压、干咳、高钾血症等)、两组心血管不良事件发生情况(恶性心律失常、急性心肌梗死、心源性死亡等)。临床疗效:判定标准,以 NYHA 心功能较治疗前改善 2 级及以上,下肢水肿、双肺湿啰音等临床症状均消失为显效;以 NYHA 心功能较治疗前改善达 1 级,上述临床症状均有所改善为有效;以患者心功能、临床症状均无改善为无效;以 NYHA 较治疗前下降 1 级及以上,上述临床症状均可见加重为进展^[5]。总有效为显效、有效之和。

1.5 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件进行统计学分析。等级数据采取秩和检验,计数数据按 Pearson χ^2 或连续校正或 Fisher 精确概率法分析,用%表示;计量数据采取 t 检验,用($\bar{x} \pm s$)表示;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 诺欣妥组治疗总有效率

优于培哌普利组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	显效	有效	无效	进展	总有效
培哌普利组	51	13 (25.49)	19 (37.25)	11 (21.57)	8 (15.69)	32 (62.75)
诺欣妥组	51	23 (45.10)	19 (37.25)	8 (15.69)	1 (1.96)	42 (82.35)
Z/ χ^2			2.660			4.923
P			0.008			0.027

2.2 两组心功能标志物水平比较 治疗后诺欣妥组心功能标志物水平平均低于培哌普利组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组心功能标志物水平比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	时间	NT-pro BNP (ng/ml)	cTnT (pg/ml)
培哌普利组	51	治疗前	1.89± 0.65	113.32± 22.51
		治疗后	1.11± 0.33	92.27± 15.89
		t	7.641	5.456
P			0.000	0.000
诺欣妥组	51	治疗前	1.92± 0.96	114.03± 23.36
		治疗后	0.91± 0.23*	81.45± 16.39*
		t	7.307	8.153
P			0.000	0.000

注：与培哌普利组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.3 两组心功能指标比较 治疗后，两组 LVEDd、HR 比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；诺欣妥组 LVEF 高于培哌普利组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	时间	LVEDd(mm)	LVEF(%)	HR(次/min)
培哌普利组	51	治疗前	61.71± 9.76	36.38± 5.72	87.77± 6.03
		治疗后	61.72± 8.00	40.61± 4.41	86.61± 5.65
		<i>t</i>	0.006	4.182	1.003
<i>P</i>			0.995	0.000	0.319
诺欣妥组	51	治疗前	62.18± 9.37	35.96± 3.99	88.41± 7.93
		治疗后	61.24± 7.52	43.70± 4.60	86.45± 6.43
		<i>t</i>	0.559	9.077	1.371
<i>P</i>			0.578	0.000	0.173

2.4 两组肾功能指标比较 治疗后诺欣妥组 BUN、SCr、eGFR 指标均优于培哌普利组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组肾功能指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	时间	BNU (mmol/L)	SCr(μmol/L)	eGFR (ml/min)
培哌普利组	51	治疗前	7.09± 1.85	79.99± 10.82	85.01± 7.39
		治疗后	7.45± 1.45	84.50± 10.46	81.69± 7.63
	<i>t</i>		1.094	2.140	2.232
		<i>P</i>		0.277	0.035
诺欣妥组	51	治疗前	7.29± 1.68	80.66± 9.31	84.47± 10.26
		治疗后	6.23± 1.41 [*]	75.12± 7.89 [*]	88.33± 8.15 [*]
	<i>t</i>		3.451	3.242	2.104
		<i>P</i>		0.001	0.002

注：与培哌普利组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

2.5 两组不良反应发生情况比较 诺欣妥组不良反应总发生率低于培哌普利组 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组不良反应发生情况比较[例(%)]					
组别	n	低血压	干咳	高钾血症	总发生
培哌普利组	51	6(11.76)	6(11.76)	2(3.92)	14(27.45)
诺欣妥组	51	4(7.84)	2(3.92)	0(0.00)	6(11.76)
χ^2		0.443	2.170	0.510	3.980
P		0.505	0.141	0.475	0.046

2.6 两组心血管不良事件发生情况比较 诺欣妥组心血管不良事件总发生率低于培哌普利组 ($P<0.05$)。见表 6。

表 6 两组心血管不良事件发生情况比较[例(%)]					
组别	n	恶性心律失常	急性心肌梗死	心源性死亡	总发生
培哌普利组	51	7(13.73)	4(7.84)	2(3.92)	13(25.49)
诺欣妥组	51	2(3.92)	2(3.92)	1(1.96)	5(9.80)
χ^2		3.047	0.177	0.000	4.317
P		0.081	0.674	1.000	0.038

3 讨论

心力衰竭是各种心脏疾病的终末阶段，目前临床上主要采用利尿剂、血管扩张制剂、 β 受体阻滞剂、正性肌力等药物治疗^[6]。培哌普利为具有降低血管紧张素 II 合成量，对于缓解 CHF 患者症状具有一定疗效，但长期用药后会出现肾功能下降。因此，CHF 的治疗重点已向抑制神经-体液过度激活、改善心肌重构、延缓病情方面转移。沙库巴曲缬沙坦，能够起到扩张血管、利尿、利钠、预防和(或)逆转心肌重构等作用，延缓 CHF 进程，改善患者预后水平^[7]。

本研究诺欣妥组总有效率与整体疗效水平平均优于培哌普利组，提示沙库巴曲缬沙坦在抗心衰治疗方面具有更良好的临床疗效。治疗后诺欣妥组 NT-pro BNP、cTnT 水平均低于培哌普利组，提示沙库巴曲缬沙坦能改善患者心肌损伤程度。诺欣妥组 LVEF 高于培哌普利组，提示沙库巴曲缬沙坦能够改善患者左室射血功能，具有更理想的心功能改善作用。本研究结果还显示，诺欣妥组 BUN、SCr、eGFR 均优于培哌普利组，提示沙库巴曲缬沙坦可有效保护患者肾功能，这主要与其改善肾脏内外血液循环及血流动力学指标相关。诺欣妥组不良反应及预后心血管不良事件发生率均低于培哌普利组，提示沙库巴曲缬沙坦应用安全性高。

综上所述，沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心衰疗效良好，能够有效提高患者 LVEF，改善患者肾功能与预后水平，且具有用药安全性高的优势。

参考文献

[1]张小红,薛竟宜,李俭强,等.沙库巴曲缬沙坦治疗心力衰竭的临床应用[J].临床心血管病杂志,2018,34(12):1215-1218.
[2]山萌萌,王凤菊,庞晓,等.慢性心力衰竭合并肾功能不全相关危险因素分析[J].中国动脉硬化杂志,2017,25(6):604-609.
[3]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.
[4]汪康平.心功能分级的评价[J].苏州医学杂志,1997,20(4):31-33.
[5]中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.
[6]牛潇玉,赵晓燕.沙库巴曲缬沙坦及培哌普利治疗慢性心力衰竭的疗效对比[J].重庆医学,2019,48(11):1874-1877.
[7]白煜佳,许顶立.沙库巴曲缬沙坦安全性回顾[J].中国循环杂志,2018,33(2):206-208.

(收稿日期：2020-08-24)