

沙库巴曲缬沙坦在缺血型心肌病心力衰竭患者中的临床效果

孔晓方

(河南省永城市人民医院心血管内科 永城 476600)

摘要:目的:观察沙库巴曲缬沙坦治疗缺血型心肌病心力衰竭患者的临床效果。方法:将 103 例缺血型心肌病心力衰竭患者按照随机数字表法分为对照组 51 例和研究组 52 例。对照组予以依那普利治疗,研究组予以沙库巴曲缬沙坦治疗。比较两组患者左室射血分数、左室舒张末期容积、左室收缩末期容积、6 分钟步行试验距离、血流介导的血管扩张功能、颈动脉内中膜厚度以及临床疗效。结果:研究组总有效率高于对照组($P<0.05$);研究组干预后左室舒张末期容积、左室收缩末期容积、颈动脉内中膜厚度低于对照组,左室射血分数、6 分钟步行试验距离、血流介导的血管扩张功能高于对照组($P<0.05$)。结论:沙库巴曲缬沙坦可以改善缺血型心肌病心力衰竭患者的心脏结构和心功能及内皮功能,可以增强临床疗效。

关键词:缺血型心肌病;心力衰竭;沙库巴曲缬沙坦;依那普利

中图分类号:R542.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.030

当心肌长时间处于缺血缺氧状态,导致心肌细胞坏死,心肌间纤维组织增生就会引发缺血型心肌病。缺血型心肌病属于特殊类型的冠心病,临床主要表现为心律失常和心力衰竭等,对患者生命安全构成了严重威胁^[1]。依那普利具有重构心肌、降低心脏负荷和扩张血管的作用,是一种血管紧张素转换酶抑制剂,在心力衰竭治疗中广泛应用。沙库巴曲缬沙坦钠具有抑制脑啡肽酶拮抗和血管紧张素受体的作用^[2]。本研究旨在探讨沙库巴曲缬沙坦与依那普利治疗缺血型心肌病心力衰竭患者的优劣差异。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 5 月~2020 年 9 月收治的 103 例缺血型心肌病心力衰竭患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组 51 例和研究组 52 例。对照组男 29 例,女 22 例;年龄 35~76 岁,平均年龄(48.42 ± 4.69)岁;心功能 III 级 26 例,IV 级 25 例。研究组男 26 例,女 26 例;年龄 36~75 岁,平均年龄(49.62 ± 4.75)岁;心功能 III 级 29 例,IV 级 23 例。两组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者实施吸氧、抑制血小板聚集、心电监护和利尿等常规治疗。对照组给予 10 mg 马来酸依那普利片(国药准字 H31021937)治疗,2 次/d。研究组予以 200 mg 沙库巴曲缬沙坦钠片(注册证号 H20170344)治疗,2 次/d。两组均治疗 2 个月。

1.3 观察指标 (1)疗效。显效:心功能 II 级或 II 级以上;有效:心功能 I 级;无效:未达到上述标准^[3]。总有效=显效+有效。(2)应用高分辨率彩色多普勒检测两组患者干预前后左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期容积(LVEDV)、左室收缩末期容积

(LVESV)、6 分钟步行试验(6MWT)距离、血流介导的血管扩张功能(FMD)、颈动脉内中膜厚度(CIMT)。FMD=(反应性充血后肱动脉内径-基础肱动脉内径)/基础肱动脉内径 $\times 100\%$ ^[4]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件分析,疗效等计数资料采用 χ^2 检验,以%表示;心脏各指标等计量资料采用 t 检验,以($\bar{x}\pm s$)表示。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组总有效率高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	52	23(44.23)	25(48.08)	4(7.69)	48(92.31)
对照组	51	22(43.14)	14(27.45)	14(27.45)	36(70.59)
χ^2					8.073 8
P					0.004 5

2.2 两组心脏结构和心功能指标比较 两组干预前 LVESV、LVEF、6MWT 距离、LVEDV 比较无显著差异($P>0.05$);研究组干预后 LVEDV、LVESV 低于对照组,LVEF、6MWT 距离高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组心脏结构和心功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

指标	研究组(n=52)		对照组(n=51)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
LVEDV(ml)	15131 \pm 1659	8883 \pm 1725*	15106 \pm 1684	12145 \pm 1797*
LVESV(ml)	8425 \pm 1547	6861 \pm 1464*	8551 \pm 1531	7536 \pm 1469*
LVEF(%)	3131 \pm 359	5561 \pm 439**	3143 \pm 387	4759 \pm 349*
6MWT 距离(m)	33121 \pm 2897	37112 \pm 3574**	23179 \pm 2384	26274 \pm 2949*

注:与同组干预前比较,* $P<0.05$;与对照组干预后比较,** $P<0.05$ 。

2.3 两组 CIMT 及 FMD 比较 两组干预前 CIMT 及 FMD 比较无显著差异($P>0.05$);干预后研究组 CIMT 低于对照组,FMD 高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 CIMT 及 FMD 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CIMT(mm)		FMD(%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	52	1.27± 0.13	1.06± 0.21*	7.61± 0.12	15.12± 1.25*
对照组	51	1.29± 0.19	1.16± 0.17*	7.59± 0.13	9.42± 2.41*
t		0.624 6	2.653 2	0.811 5	12.024 3
P		0.533 7	0.009 3	0.419 0	0.000 0

注:与同组干预前比较,*P<0.05。

3 讨论

冠状动脉粥样硬化引起长期心肌缺血缺氧,导致心肌局限性或弥漫性纤维化,引起心肌的舒张和收缩功能受损,心脏出现增大或僵硬表现,即为缺血性心肌病。缺血性心肌病一旦发生,易导致心力衰竭,严重威胁患者生命安全^[5]。研究表明,肾素-血管紧张素-醛固酮系统的激活在心力衰竭过程中发挥重要作用,因此治疗心力衰竭的关键在于阻断神经内分泌的过度激活和抑制心肌重构^[6]。

沙库巴曲缬沙坦和依那普利同为治疗心力衰竭的药物。依那普利作为血管紧张素转换酶抑制剂,可减少血管紧张素的生成,同时具有抑制血管收缩、抗平滑肌增生、延缓心肌重构、抑制缓激肽降解、降低心脏负荷、改善血流动力学、防止心功能恶化和抗动脉粥样硬化的作用^[7]。沙库巴曲缬沙坦是脑啡肽酶和血管紧张素 II 受体的双重抑制剂。沙库巴曲可以抑制脑啡肽酶,增加脑啡肽酶所降解的肽类水平,如利钠肽,具有促进尿钠排泄和扩张血管的作用;缬沙坦可抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统,进而阻断血管紧张素发挥作用,降低机体醛固酮的释放。二者共同发挥协同作用,可扩张血管、排钠利尿、延缓心肌重构,逆转血管壁功能和结构异常^[8]。本研究对照组予以依那普利治疗,研究组予以沙库巴曲缬沙坦治疗,结果显示,研究组总有效率高于对照组,干预后 LVEDV、LVESV 低于对照组,LVEF、6MWT 距离高于对照组。因此,相较于依那普利治疗,沙库巴曲缬沙坦治疗效果更优,可显著改善患者心脏结构和心功能指标。

CIMT 是临床检测早期动脉粥样硬化的常用指标,可明确反映冠状动脉粥样硬化程度^[9]。FMD 可反映冠状动脉内皮的功能状态^[10]。CIMT 及 FMD 联合可反映缺血性心肌病心力衰竭患者内皮功能紊乱与动脉粥样硬化情况^[11]。本研究结果显示,干预后研究组 CIMT 低于对照组,FMD 高于对照组。与依那普利相比,沙库巴曲缬沙坦在改善缺血型心肌病心力衰竭患者动脉粥样硬化情况及内皮功能紊乱意义更大。综上所述,缺血型心肌病心力衰竭患者使用沙库巴曲缬沙坦治疗,可以增强疗效,改善心脏结构和心功能及内皮功能。

参考文献

- [1]田庄,何山,张抒扬.2019 年心力衰竭治疗新进展[J].中华心血管病杂志,2020,48(3):252-254.
- [2]王家永.沙库巴曲缬沙坦钠治疗老年慢性心力衰竭合并肾功能不全患者效果分析[J].实用中西医结合临床,2020,20(18):128-129.
- [3]曹洁.沙库巴曲缬沙坦口服治疗中老年慢性心力衰竭 51 例临床观察[J].山东医药,2021,61(6):75-77.
- [4]白延涛,李燕,石全宝.沙库巴曲缬沙坦对缺血性心脏病病人血流介导血管扩张功能及颈动脉内膜中层厚度的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(17):2879-2881.
- [5]高婷,车星星,侯清灏,等.沙库巴曲缬沙坦钠对慢性射血分数降低缺血性心脏病病人中心功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(3):454-457.
- [6]张永珍,范媛媛,高炜.规范化、个体化使用心力衰竭治疗新药[J].中华内科杂志,2021,60(4):294-298.
- [7]刘兵,李向辉,陈曦.依那普利联合地高辛治疗老年顽固性心力衰竭的临床疗效[J].中国老年学杂志,2020,40(14):2931-2933.
- [8]赵喜刚.沙库巴曲缬沙坦治疗老年 STEMI 行 PCI 后合并 HFrEF 的观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(14):11-12,40.
- [9]高素颖,颜应琳,于凯,等.急性缺血性脑卒中颈动脉粥样硬化的危险因素研究[J].中国全科医学,2021,24(3):327-332.
- [10]方砚,王效浣,郭朝霞.血流导性血管扩张评价心血管病患者颈动脉内皮功能的研究进展[J].心血管病学进展,2019,40(5):793-796.
- [11]张辉,周文平,刘刚琼,等.沙库巴曲缬沙坦与依那普利对缺血性心脏病患者血流介导的血管扩张功能及颈动脉内膜厚度的影响[J].临床心血管病杂志,2018,34(5):457-459.

(收稿日期: 2021-03-14)

(上接第 30 页)预后良好。

参考文献

- [1]朱宏伟,高艳琴,刘梅.2012-2017 年陕西宝鸡市大骨节病病情监测评价[J].公共卫生与预防医学,2018,29(2):61-64.
- [2]胡兆洋,冉学军,覃勇志,等.全膝关节置换术治疗膝关节炎与类风湿关节炎的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,33(12):1295-1296.
- [3]王展,宋玉鑫,钱耀文.大骨节病患者全膝关节置换术后炎症因子表达与疼痛程度相关性分析[J].中华地方病学杂志,2019,38(12):955-958.
- [4]中华人民共和国卫生行业标准.大骨节病诊断标准[S].北京:中华人民共和国卫生部,2010.1-2.
- [5]刘庆宽,王国栋,王承群,等.膝关节置换过程中韧带稳定性与术后功能的相关性[J].中国组织工程研究,2018,22(19):2968-2973.

- [6]滕立初,陈拓,黄岫,等.平卧位直接前方入路与后外侧入路在全髋关节置换术中的临床疗效及术后 VAS 评分比较[J].河北医学,2020,26(5):820-825.
- [7]郭团茂,曹伟宁,行艳丽,等.氨基葡萄糖联合玻璃酸钠对大骨节病患者膝关节功能及生活质量的影响[J].临床药物治疗杂志,2019,17(5):39-43.
- [8]关哲,王文波.踝关节大骨节病行关节镜清术与保守治疗的疗效比较[J].国际骨科学杂志,2020,41(3):170-174.
- [9]王继成,张先娇,聂治军,等.晚期大骨节病全膝关节置换术后假体周围应力与骨密度的变化情况[J].临床骨科杂志,2020,23(6):800-805.
- [10]聂治军,袁启令,凌鸣,等.人工全膝关节置换术治疗成人晚期膝关节炎大骨节病的效果[J].中国医药导报,2018,15(30):66-70.

(收稿日期: 2021-02-28)