

● 诊疗经验 ●

富马酸比索洛尔不同联用方案治疗老年慢性心衰效果对比

徐云

(河南省息县人民医院心血管内科 息县 464300)

摘要:目的:探讨富马酸比索洛尔不同联用方案治疗老年慢性心衰的效果。方法:选择 2018 年 11 月~2019 年 11 月收治的老年慢性心衰患者 92 例,根据随机数字表法将其分为对照组和观察组,各 46 例。对照组应用富马酸比索洛尔联合缬沙坦治疗,观察组应用富马酸比索洛尔联合沙库巴曲缬沙坦治疗。治疗 8 周后,比较两组临床疗效及治疗前后心功能指标。结果:治疗 8 周后,观察组临床总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗前,两组左室射血分数、末端 B 型利尿酸肽原、6 min 步行试验比较无明显差异($P>0.05$);治疗 8 周后,两组左室射血分数、6 min 步行试验均高于治疗前,NT-proBNP 水平均低于治疗前,且观察组改善幅度较大($P<0.05$)。结论:富马酸比索洛尔联合沙库巴曲缬沙坦治疗老年慢性心衰的临床效果优于富马酸比索洛尔联合缬沙坦,可有效改善患者心功能,增强运动耐受力。

关键词:慢性心力衰竭;富马酸比索洛尔;沙库巴曲缬沙坦;缬沙坦;心功能

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.18.052

慢性心力衰竭简称慢性心衰,属于心脏功能障碍疾病。目前,临床多采用药物治疗老年慢性心衰,比索洛尔可抑制肾上腺素和 β_1 受体结合,从而起到治疗慢性心衰的目的,是临床治疗老年慢性心衰的常用药。缬沙坦是临床较为成熟的慢性心衰治疗药物,具有抑制血管紧张素 II 受体的作用,通过阻滞血管收缩、提升醛固酮水平来改善心功能。沙库巴曲缬沙坦是现代医疗水平飞速发展的产物,可通过降解缓激肽、利钠肽等来改善神经内分泌系统及水钠潴留现象^[1-2]。鉴于此,本研究将探讨富马酸比索洛尔联合缬沙坦与沙库巴曲缬沙坦治疗老年慢性心衰的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 11 月~2019 年 11 月我院收治的老年慢性心衰患者 92 例,依据随机数字表法将其分成观察组和对照组,各 46 例。观察组男 22 例,女 24 例;年龄 60~78 岁,平均年龄(69.48 ± 3.12)岁;病程 2~6 年,平均病程(4.15 ± 1.19)年。对照组男 25 例,女 21 例;年龄 61~76 岁,平均年龄(68.52 ± 2.87)岁;病程 2~5 年,平均病程(3.82 ± 1.05)年。比较两组一般资料,差异不显著($P>0.05$),研究具有可对比性。纳入标准:符合老年慢性心衰相关诊断标准^[3];无认知障碍,积极配合研究;知情研究内容,签署知情同意书。排除标准:心脏存在其他实质性病变;合并肝脏、肾脏严重疾病;对研究用药过敏。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法 对照组应用富马酸比索洛尔片(国药准字 H20023132)联合缬沙坦胶囊(国药准字 H20030035)治疗,富马酸比索洛尔初始用量为 1.25 mg/次,1 次/d,连续口服 1 周,如果耐受性较好,则每周剂量较前 1 周增加 1.25 mg,直至增加到 10 mg/d;缬沙坦剂量为 80 mg/次,1 次/d,连续服用 8 周。观察组应用富马酸比索洛尔片联合沙库巴曲缬

沙坦钠片(注册证号 H20170362)治疗,比索洛尔初始用量为 1.25 mg/次,1 次/d,连续口服 1 周,如果耐受性较好,则每周剂量较之前增加 1.25 mg,直至增加到 10 mg/d,沙库巴曲缬沙坦初始用量为 100 mg/次,2 次/d,连续口服 2 周,如果耐受性较好,则用量增加到 200 mg/次,2 次/d,连续服用 8 周。

1.3 观察指标 (1)治疗 8 周后比较两组临床疗效。评估标准:显效为心衰症状基本消失,心功能分级改善 2 级以上;有效为心衰症状好转,心功能分级改善 1~2 级;无效为心力衰竭症状无好转且有恶化倾向,心功能分级没有改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)心功能指标:治疗前、治疗 8 周后分别应用彩色多普勒超声仪测定左室射血分数(LVEF);治疗前、治疗 8 周后分别采集患者空腹静脉血 3 ml,3 000 r/min 离心 10 min,取血清,应用电化学发光法检测末端 B 型利尿酸肽原(NT-proBNP)水平;治疗前、治疗 8 周后分别应用 6 min 步行试验(6 MWT)^[4]测评两组 6 min 内步行距离。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件,以%表示计数资料,采用 χ^2 检验;采用($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,组间以独立样本 t 检验,组内以配对样本 t 检验,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 治疗 8 周后,观察组临床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
观察组	46	18(39.13)	19(41.30)	9(19.57)	37(80.43)
对照组	46	10(21.74)	18(39.13)	18(39.13)	28(60.87)
χ^2					4.246
P					0.039

2.2 两组治疗前、治疗 8 周后心功能指标比较 治疗前,两组 LVEF、NT-proBNP、6 MWT 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 8 周后,两组

LVEF、6 MWT 水平均高于治疗前,NT-proBNP 水平均低于治疗前,且观察组上述指标改善幅度较大,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前、治疗 8 周后心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)						
时间	组别	n	LVEF(%)	NT-proBNP(pg/L)	6 MWT(m)	
治疗前	观察组	46	36.84± 5.12	5 653.12± 1 214.03	153.28± 32.54	
	对照组	46	36.73± 4.95	5 628.54± 1 305.65	160.25± 32.16	
	t		0.105	0.094	1.033	
	P		0.917	0.926	0.304	
治疗后	观察组	46	47.59± 4.76*	1 936.55± 864.39*	467.26± 24.13*	
	对照组	46	41.08± 3.57*	2 314.71± 851.67*	413.57± 27.69*	
	t		7.421	2.113	9.914	
	P		0.000	0.037	0.000	

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

老年慢性心衰主要发病原因是在静脉血流正常状况下,心肌收缩力降低或心肌舒张功能障碍导致心排出量过低,使心排出量与代谢需求之间存在不平衡现象,从而出现动脉血流量明显减少,肺循环及体循环淤血现象。主要临床表现为呼吸困难,尤其在运动后、夜间睡眠时症状加重,是导致老年慢性心衰患者死亡的主要原因。以往治疗老年慢性心衰的药物主要功能为强心、利尿及扩张血管等,但此类药物的长期疗效欠理想。随着现代医疗科技的不断发展,老年慢性心衰治疗逐步向修复生物学方面发展,以抑制神经内分泌为主,临床疗效更持久,能更好改善患者临床症状,从而更好改善患者生活质量^[5-6]。

富马酸比索洛尔是常用的心血管药,可抑制交感神经兴奋,减缓心率、降低心肌耗氧量,达到治疗心衰的目的^[7]。缬沙坦属于啡肽类药物,具有利尿、扩张血管作用,在降低血压的同时不影响心率,是临床常用的降压及治疗心衰的药物^[8]。沙库巴曲缬沙坦由缬沙坦和脑啡肽酶阻滞剂组成的一种复方制剂,同时拥有沙库巴曲和缬沙坦的双重药效,不仅可抑制脑啡肽酶的分泌,还可以调节利钠肽系统,从而

(上接第 17 页)不仅改善患者血清各项指标情况,也可以减少各心血管事件的发生,预防缺血性卒中、血运重建的发生,对患者的长期生存具有重要意义。但值得注意的是,抗凝是房颤合并冠心病 PCI 术后的治疗基础,在制定抗血小板聚集方案时,应该根据患者的冠心病类型和术后的不同阶段制定合理的抗血小板方案,权衡利弊,把风险降到最低,以求获益最大化。综上所述,三联方案可以有效改善患者各指标情况,防止各主要心血管事件的发生,效果优于二联方案,值得临床推广。

参考文献

[1]李敏菲.房颤合并冠心病患者 PCI 术后抗栓策略的 META 分析[D].广州:广州医科大学,2018:7-10.
[2]梁亚州,王俊豪,周鑫,等.浅析心房颤动合并冠心病患者 PCI 术后的抗栓治疗[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,3(18):59-61.

起到利尿、舒张血管、保护心脏的作用,进而改善患者心功能^[9]。本研究结果显示,治疗 8 周后,观察组临床总有效率、LVEF、6 MWT 水平均高于对照组,由此可见,富马酸比索洛尔联合沙库巴曲缬沙坦治疗老年慢性心衰疗效较好,可提高患者运动能力。NT-proBNP 是临床诊断老年慢性心衰的标志物,同时可用于评估慢性心衰的临床疗效及预后情况。治疗 8 周后,观察组 NT-proBNP 水平低于对照组,表明富马酸比索洛尔联合沙库巴曲缬沙坦治疗老年慢性心衰可改善心衰标志物水平,分析其原因在于,富马酸比索洛尔联合沙库巴曲缬沙坦具有多重调节作用,进一步起到舒张血管、减轻水钠潴留及心脏超负荷的症状,进而改善心衰^[10]。综上所述,富马酸比索洛尔联合沙库巴曲缬沙坦治疗老年慢性心衰效果显著,可有效改善患者心功能指标,增强运动耐受量,值得推广应用。

参考文献

[1]李江,曹佳宁,刘文娟,等.沙库巴曲缬沙坦治疗老年人扩张型心肌病致慢性心力衰竭的疗效观察[J].中华老年医学杂志,2019,14(5):520-524.
[2]孟翠珍.沙库巴曲缬沙坦钠在慢性心力衰竭治疗中的临床疗效分析[J].山西医药杂志,2018,47(24):2997-2998.
[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]王雯,阿力普·库尔班,张志蓉.学习和实践“六分钟步行试验指南”[J].国际呼吸杂志,2012,32(9):716-720.
[5]董小伟,王红雷,米利红,等.沙库巴曲缬沙坦联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(11):2791-2794.
[6]贾红丹,丛洪良,赵云凤,等.沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭患者的疗效观察[J].天津医药,2019,47(10):1076-1080.
[7]彭慧,陈苏,李峰,等.强心汤联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(2):213-216.
[8]刘焰华,李枫,汪蛟龙,等.沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭[J].长春中医药大学学报,2019,35(3):457-460.
[9]张黎黎,石娅妮.沙库巴曲缬沙坦对老年慢性心力衰竭患者的疗效[J].西北药学杂志,2019,34(5):680-683.
[10]范婷婷,何非,王晓晨.沙库巴曲缬沙坦与缬沙坦治疗慢性心力衰竭的早期临床疗效比较[J].安徽医学,2019,40(6):618-621.

(收稿日期: 2021-05-26)

[3]聂陈,邓智全.延续性护理干预应用于经皮冠状动脉介入治疗术后老年冠心病患者对护理质量改善及并发症的预防分析[J].山西医药杂志,2019,48(12):1507-1510.
[4]张荣峰,张树龙.2010 欧洲心脏病学会房颤管理指南解读[J].中华临床医师杂志(电子版),2011,5(3):655-658.
[5]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.冠心病合并心房颤动患者抗栓管理中国专家共识[J].中华心血管病杂志,2020,48(7):552-564.
[6]赵丹,周鹏.冠心病合并心房颤动患者 PCI 术后两联与三联抗血栓治疗安全性和有效性的 META 分析[J].临床心血管病杂志,2019,35(3):210-214.
[7]刘军.C 反应蛋白与冠心病相关研究进展探究[J].继续医学教育,2019,33(5):81-82.
[8]白重阳,张惠中.华法林对房颤患者的凝血功能血小板参数以及血流变化的影响[J].河北医学,2020,26(1):173-176.
[9]梁慧超.华法林治疗房颤合并脑栓塞患者疗效及 D- 二聚体的变化研究[J].中国现代药物应用,2016,10(11):145-146.
[10]周坤,张国茹,王亚玲,等.冠心病合并房颤的老年患者 PCI 术后抗栓治疗的安全性和有效性[J].中国老年学杂志,2019,39(3):529-531.

(收稿日期: 2021-05-25)