

应用沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭的症状改善情况评定

王卫平

山东省临沂市兰山区方城中心卫生院, 山东 临沂 273406

【摘要】 目的 评定慢性心力衰竭患者的临床治疗中, 沙库巴曲缬沙坦药物的疗效及对改善临床症状的作用。方法 2020年7月-2021年7月为该项研究的起止时间, 于该时段内纳入慢性心力衰竭患者92例加入研究, 经系统抽样法将纳入的患者均分两组, 行对比研究, 即46例患者为一组, 组别是比较组、讨论组, 常规疗法治疗比较组, 沙库巴曲缬沙坦疗法治疗讨论组, 针对组间心功能、内分泌因子、药物不良反应、临床疗效实施评定分析。结果 统计分析可以明确, 相较于通过常规疗法实施治疗的比较组, 讨论组患者服用沙库巴曲缬沙坦药物后, 其心功能改善效果显著, 内分泌因子水平明显好转, 不良反应发生率低, 临床总疗效高, 组间相比 P 值 <0.05 , 具备统计学差异。结论 临床医治慢性心力衰竭疾病过程中, 指导患者口服沙库巴曲缬沙坦药物后, 临床疗效可以达到最佳效果, 继而快速改善疾病症状, 疾病痛苦缓解, 心功能显著恢复, 体内炎症反应得到明显抑制。

【关键词】 症状改善; 心功能; 慢性心力衰竭; 不良反应; 沙库巴曲缬沙坦

心血管病进展至终末期时的病理体现为慢性心力衰竭, 以水肿、乏力、呼吸困难等为主要临床症状, 日常生活因此而受到影响, 慢性心力衰竭疾病的治疗难度较大, 致死率很高, 多数慢性心力衰竭患者的预后结局不佳^[1]。血管紧张素、醛固酮受体拮抗剂等类型药物常用于慢性心力衰竭疾病的治疗中, 虽然有减缓病情恶化、延长患者生存时间效果, 然而, 该疾病的死亡几率依然很高^[2]。沙库巴曲缬沙坦药物有抑制脑啡肽作用, 能够减少心血管病致死可能性^[3]。基于此情况, 我院在2020年7月到2021年7月间实施以下研究, 旨在为探索疗效确切的治疗方案, 以为改善慢性心力衰竭症状及死亡率提供参考, 研究期间选择92例慢性心力衰竭患者为样本, 讨论沙库巴曲缬沙坦药物方案的临床效果, 及对慢性心力衰竭患者临床症状改善效果的影响, 现将研究详情表述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 样本: 92例我院患者, 选择时间即2020年7月到2021年7月结束。入选要求为病情与慢性心力衰竭疾病的临床诊断标准相符^[4], 且该项研究符合我院伦理委员会审核要求; 纳入的患者对该项研究了解后, 表示愿意加入, 且主动签订协议书。剔除要求: 先天性心脏疾病、肺梗死、急

性心肌梗死、急性心力衰竭; 肾肝功能有严重病理变化; 免疫系统异常; 癌症; 精神功能异常; 认知能力有阻碍; 严重全身性感染疾病; 入组30d前服用血管紧张素转化酶抑制剂、肾上腺素受体阻滞剂等; 既往存在研究药物禁忌史及过敏史。该项研究行分组比较研究, 系统抽样法为分组对策, 比较组46例慢性心力衰竭患者、讨论组46例慢性心力衰竭患者。比较组中, 32例男、14例女, 年龄区间58~75岁, 年龄中位(65.38 ± 2.34)岁; 病程区间0.6~8年, 病程均值(5.42 ± 0.37)年; 体质指数区间 $19.5 \sim 28.4 \text{ kg/m}^2$, 体质指数均值(23.36 ± 1.23) kg/m^2 , NYHA心功能分级: 4级心功能患者14例、3级心功能患者25例、2级心功能患者7例。讨论组中, 35例男、11例女, 年龄区间60~75岁, 年龄中位(66.12 ± 2.18)岁; 病程区间0.7~8年, 病程均值(5.48 ± 0.46)年; 体质指数区间 $20.1 \sim 28.6 \text{ kg/m}^2$, 体质指数均值(23.49 ± 1.34) kg/m^2 , NYHA心功能分级: 4级心功能患者15例、3级心功能患者26例、2级心功能患者5例。组间基线数据资料对比, 无突出性差异, P 值 >0.05 , 可以开展比较研究。

1.2 方法 比较组行常规疗法, 即指导患者服用血管紧张素受体II拮抗剂药物(口服厄贝沙坦, 0.15 g/次 , 1 次/d)、 β -受体阻断剂药物(口服美托洛尔, 25 mg/次 , 2 次/d)、血管紧张素转换酶抑制

剂药物(依那普利)、洋地黄药物(口服地高辛, 0.125~0.5mg/次, 1次/d)、利尿剂药物(口服呋塞米, 20~40mg/次, 1次/d)、醛固酮受体拮抗剂药物(口服螺内酯, 20mg/次, 2次/d), 治疗周期为6星期。

讨论组治疗方法即患者服用 β -受体阻断剂药物、洋地黄药物、利尿剂药物、醛固酮受体拮抗剂药物的同时, 再指导患者口服沙库巴曲缬沙坦钠片, 该药由瑞士诺华生产, 注册证号H20170344为其批号, 口服50mg/次, 口服2次/d。治疗周期为6星期。

1.3 观察指标 观察指标如下。

(1) 对患者用药前与用药后的心功能实施评定, 即经超声心动图方式获取患者的左室舒张末径、左室收缩末径、左室射血分数, 整理统计后实施对比。

(2) 对患者用药前与用药后的内分泌因子水平实施评定, 即用药前后, 采集患者空腹状态下的静脉血液标本, 总量5mL, 以3000r/min离心率方式处置标本, 取得上清液后, 以酶联免疫吸附检测方法检测肿瘤坏死因子- α 、N末端脑钠肽前体水平, 整理统计后对比。

(3) 对患者用药期间出现的药物不良反应实施统计, 包括消化道不适、头痛、低血压, 总发生率=(消化道不适+头痛+低血压)例数/总例数 \times 100%。

(4) 对患者的临床疗效实施评定, 以呼吸困难、

水肿及乏力等临床症状改善情况, NYHA心功能降低幅度为评定标准, 显著、好转、无效为疗效评定指标。显著为治疗完成后, 未见上述临床症状, 且NYHA降低2级; 好转为治疗完成后, 上述症状明显改善, NYHA降低1级; 无效为上述症状无改善, NYHA无变化, 或者病情明显加重; 总疗效为显著百分比与好转百分比之和。

1.4 统计学分析 该项研究实施中, 23.0版本SPSS系统软件处理分析相关数据, 心功能指标、内分泌因子水平等计量数据信息的表述和检验方法是 $(\bar{x}\pm s)$ 和 t 值; 不良反应总发生率和临床总疗效等计数数据信息的表述和检验方法是 $[(n)\%]$ 、 χ^2 值; P 值用于评定组间数据差异性。 P 值 <0.05 , 证明组间数据比较有显著性差异, 具备统计学研究对比意义。

2 结果

2.1 比较组和讨论组的心功能好转情况对比 比较组和讨论组用药前的左室舒张末径指标、左室收缩末径指标、左室射血分数指标间差异不具备显著性, P 值 >0.05 ; 用药后, 比较组、讨论组的心功能相关指标均有好转, 组间比较具备显著性差异, P 值 <0.05 , 即比较组的左室舒张末径指标、左室收缩末径指标高于讨论组, 左室射血分数指标低于讨论组。详细如下表1。

表1 比较组和讨论组的心功能好转情况对比 $(\bar{x}\pm s)$

组别	例数	左室舒张末径(mm)		左室收缩末径(mm)		左室射血分数(%)	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
比较组	46	63.14 \pm 3.67	57.62 \pm 5.01	52.29 \pm 6.27	48.19 \pm 5.17	40.49 \pm 2.75	53.24 \pm 4.72
讨论组	46	63.29 \pm 3.58	54.42 \pm 4.78	52.61 \pm 6.51	44.65 \pm 5.09	40.34 \pm 2.16	55.81 \pm 5.36
t		0.198	3.134	0.240	3.309	0.290	2.440
P		0.843	0.002	0.810	0.001	0.771	0.016

2.2 比较组和讨论组的内分泌因子水平对比 比较组和讨论组用药前的肿瘤坏死因子- α 水平、N末端脑钠肽前体水平间差异不具备显著性, P 值 >0.05 ; 用药后, 比较组、讨论组的内分泌因子水平

均有改善, 组间比较具备显著性差异, P 值 <0.05 , 即比较组的肿瘤坏死因子- α 水平、N末端脑钠肽前体水平高于讨论组, 具有统计学意义。详细如下表2。

表2 比较组和讨论组的内分泌因子水平对比 $(\bar{x}\pm s, \text{pg/mL})$

组别	例数	肿瘤坏死因子- α		N末端脑钠肽前体	
		用药前	用药后	用药前	用药后
比较组	46	25.97 \pm 4.88	15.23 \pm 4.81	3795.67 \pm 530.71	2383.59 \pm 367.42
讨论组	46	26.24 \pm 5.94	12.27 \pm 4.23	3874.63 \pm 522.64	2045.35 \pm 352.87
t		0.238	3.134	0.718	4.503
P		0.812	0.002	0.474	<0.001

2.3 比较组和讨论组的药物不良反应对比 和讨论组不良反应总发生率相比,比较组的总发生率明显更高,组间比较具备显著性差异, P 值 <0.05 ,详细如下表3。

表3 比较组和讨论组的药物不良反应对比 [(n) %]

组别	例数	消化道不适	头痛	低血压	总发生率
比较组	46	8 (17.39)	4 (8.70)	1 (2.17)	13 (28.26)
讨论组	46	2 (4.35)	2 (4.35)	0 (0.00)	4 (8.70)
χ^2					5.844
P					0.015

2.4 比较组和讨论组的临床疗效对比 和讨论组总疗效相比,比较组的总疗效较低,组间比较具备显著性差异, P 值 <0.05 ,详细如下表4。

表4 比较组和讨论组的临床疗效对比 [(n) %]

组别	例数	显著	好转	无效	总疗效
比较组	46	17 (36.96)	15 (32.61)	14 (30.43)	32 (69.57)
讨论组	46	25 (54.35)	16 (34.78)	5 (10.87)	41 (89.13)
χ^2					5.372
P					0.020

3 讨论

慢性心力衰竭初期发病时,无典型临床症状,即多种因素造成心功能或者心脏结构发生变化,导致心室的舒张能力、收缩能力出现异常,进而诱发一系列症状的综合征疾病,液体潴留、体循环淤血、肺淤血等为临床体现,有急性、慢性之分^[5]。药物治疗是临床使用频率较高的方案,对慢性心衰病情发展有阻滞作用,但是,慢性心力衰竭患者的5年内死亡几率仍居高不下。

沙库巴曲缬沙坦对慢性心力衰竭有突破性作用,其抑制功效十分显著,由沙库巴曲、缬沙坦组成,前者可以抑制机体形成脑啡肽酶,降解利钠肽的反应因而减少,利钠肽含量提升,血管由此得到扩张,血压水平下降,对心肌的肥厚症状有缓解作用,能够减轻心脏负担,继而对心室重构发挥积极正面影响^[6-7]。缬沙坦有抑制醛固酮作用,对血管的扩张作用发挥协同效果,机体排泄尿钠的有效性提升,心力衰竭病情因而得到改善,除此之外,该成分还能够对心肌组织的纤维化反应发挥抑制作用,对心肌重塑有逆转疗效^[8-9]。

分析研究数据可以明确,讨论组的心功能指标较优于比较组,内分泌因子水平较低于比较组,不良反应情况较比较组少,临床总疗效高于比较组,两组比

较 P 值 <0.05 。证明沙库巴曲缬沙坦药物对慢性心力衰竭患者而言有突出作用,分析原因可知,此药物对细胞组织的凋亡现象有缓解疗效,继而对心肌功能发挥改善效果,心功能因而得到明显好转^[10-11]。

综上,药物治疗对慢性心力衰竭患者的病情有缓解作用,临床可用的药物种类较多,沙库巴曲缬沙坦药物为其中一种,该药物药效更确切,患者服用该药物之后,其心功能损伤情况显著好转,机体内分泌获得良好调节,且用药安全性高,对改善疾病症状有积极正面影响。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 张越,马琪.沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭的安全性和有效性研究[J].四川解剖学杂志,2020,28(1):39-40,60.
- [3] 牛潇玉,赵晓燕.沙库巴曲缬沙坦及培哚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.
- [4] 王志燕,陈晨,吕强,等.2021年ESC急慢性心力衰竭诊断与治疗指南解读[J].中华心血管病杂志,2021,49(12):1252-1255.
- [5] 陈海龙.卡维地洛联合沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床观察[J].锦州医科大学学报,2019,40(1):22-24.
- [6] 荣鹏,杨晓瑜.沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭患者临床疗效及对NT-proBNP的影响研究[J].贵州医药,2021,45(2):196-197.
- [7] 黄馨,黄银花,吴志坚.沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭患者的临床疗效研究[J].中国循证心血管医学杂志,2020,12(1):100-102,106.
- [8] 达晶,王文科.沙库巴曲缬沙坦对慢性心力衰竭患者Gal-3和sST2的影响[J].检验医学与临床,2020,17(15):2186-2188,2191.
- [9] 李娜,古丽孜热木·阿布都马那甫.比较沙库巴曲缬沙坦和缬沙坦对高血压合并慢性心力衰竭患者血管内皮功能的影响[J].河北医学,2021,27(7):1223-1227.
- [10] 姜一鸣,耿巍,张旗,等.沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床研究[J].中国循证心血管医学杂志,2020,12(3):349-352.
- [11] 王宏娟,陶启乐.沙库巴曲缬沙坦联合美托洛尔对老年慢性心力衰竭患者心功能、血管内皮功能及神经内分泌因子的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(23):5183-5187.