

# 诺欣妥联合人重组脑钠肽治疗EF $\leq$ 35%顽固性心衰的效果分析

赵占花

大理市第二人民医院 云南 大理 671003

**摘要：**目的：分析诺欣妥联合人重组脑钠肽（rh-BNP）治疗EF $\leq$ 35%顽固性心衰的效果。方法：选取2022年11月-2023年11月本院76例EF $\leq$ 35%顽固性心衰患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，行rh-BNP治疗，观察组38例，联合诺欣妥治疗，比较两组临床疗效。结果：观察组的LVEF、CI和治疗有效率均明显高于对照组，LVEDD、LVESD、NT-proBNP、RR、HR、SBP和DBP均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予EF $\leq$ 35%顽固性心衰患者能有效调节呼吸、心脏等功能，加强疗效，具有推广价值。

**关键词：**诺欣妥；人重组脑钠肽；EF $\leq$ 35%；顽固性心衰

心脏结构、功能出现异常，从而引发心衰，心室功能受损，影响到射血能力，心脏运行受阻。一旦发生心衰，影响到动静脉系统，从而引发供血不足，导致瘀血，心脏出血量减少，机体代谢紊乱<sup>[1]</sup>。相对于健康群体，患有心衰后，其BNP水平降低，难以维护机体功能。出现顽固性心衰后，疾病严重，控制困难，常见症状有胸闷、呼吸不畅和活动受限等，部分可能静脉扩张、食欲不振。临床治疗多选取药物治疗，采用强心剂、血管扩张剂等，rh-BNP应用广泛，临床实践显示，单一应用rh-BNP效果不佳，效果不理想，整体疗效差<sup>[2]</sup>。诺欣妥属于一种新型药物，用其治疗顽固性心衰，效果确切。但目前关于二者联合治疗疗效研究较少。本次研究以EF $\leq$ 35%顽固性心衰患者为对象，分析诺欣妥联合rh-BNP治疗的应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2022年11月-2023年11月本院76例EF $\leq$ 35%顽固性心衰患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，男20例，女18例，年龄为41-79岁，平均年龄（58.37 $\pm$ 4.63）岁；观察组38例，男21例，女17例，年龄为42-80岁，平均年龄（58.42 $\pm$ 4.59）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

**纳入标准：**符合顽固性心衰诊断标准<sup>[3]</sup>，接受住院治疗；EF $\leq$ 35%，心功能分级结果为 $\geq$ II级，主要症状有下肢浮肿、气短、胸闷等；知情同意本次研究。

**排除标准：**细菌性内膜炎；器质性心脏瓣膜病变；其他感染性疾病；症状性低血压；高钾血症；存在研究用药禁忌，敏感体质。

### 1.2 方法

两组均采用标准化抗心衰疗法，选取卡维地洛（北京巨能制药；国药准字H20000005），用量为25mg，2次/d，给药途径为口服；选取呋塞米（万邦德制药；国药准字H13022244），用量为20mg，途径为口服；选取盐酸贝那普利片（北京诺华制药；国药准字H20030514），用量为5-10mg/次，1次/d，途径为口服。

对照组行rh-BNP（成都诺迪康生物制药有；国药准字S20050033）治疗：以1.5 $\mu$ g/kg为依据，确定初始剂量，给药途径为静推，将注射时间控制在2min内。采取静脉泵，将速率控制在0.075 $\mu$ g/（kg $\cdot$ min），进行持续泵注，时间为72h。仔细观察患者血压，一旦低于 $< 90/60$ mmHg，应适当减慢。时间为4周。

观察组联合诺欣妥（北京诺华制药；国药准字J20190001）治疗：rh-BNP疗法同上，确定诺欣妥初始剂量，每次50mg，频率为每天2次，通过温水送服，结合患者耐受，适当增加用药剂量，每2周增加1倍。时间为4周。

### 1.3 观察项目和指标

评价心功能、CI和NT-proBNP<sup>[4]</sup>：心功能指标包括LVEF、LVEDD和LVESD；空腹时采集静脉血，含量为5ml，检验CI和NT-proBNP。评价生命体征<sup>[5]</sup>：检验两组的RR、HR、SBP和DBP。评价治疗效果<sup>[6]</sup>：显效为心功能分级为I级，表现明显改善或消失；有效为心功能改善，但未达到I级，表现明显减轻；无效为心功能未改善，表现未好转，对比两组治疗有效率。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示计量与

计数资料, 分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心功能、CI和NT-proBNP比较

两组LVEF、CI、LVEDD、LVESD和NT-proBNP均有明显差异 ( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组心功能、CI和NT-proBNP比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

指标	时间	观察组 ( $n = 38$ )	对照组 ( $n = 38$ )	$t$	$P$
LVEF (%)	治疗前	37.19±3.41	37.21±3.38	0.026	0.980
	治疗后	48.61±4.72a	42.28±4.16a	6.202	0.000
LVEDD (mm)	治疗前	64.28±6.12	64.37±6.08	0.064	0.949
	治疗后	49.16±4.18a	55.26±4.58a	6.064	0.000
LVESD (mm)	治疗前	58.00±5.51	58.31±5.19	0.252	0.801
	治疗后	52.71±4.52a	48.06±4.26a	4.615	0.000
CI (min·m <sup>2</sup> )	治疗前	2.10±0.16	2.11±0.14	0.290	0.773
	治疗后	3.25±0.21a	2.40±0.35a	12.837	0.000
NT-proBNP (ng/L)	治疗前	3423.79±125.65	3436.68±124.41	0.449	0.654
	治疗后	1158.98±151.34a	901.80±98.25a	8.786	0.000

注: 与本组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组生命体征比较

两组RR、HR、SBP和DBP均有明显差异 ( $P <$

0.05)。详见表2。

表2 两组生命体征比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

指标	时间	观察组 ( $n = 38$ )	对照组 ( $n = 38$ )	$t$	$P$
RR (次/min)	治疗前	28.85±4.15	28.61±4.37	0.245	0.807
	治疗后	21.86±3.11a	17.02±3.12a	6.784	0.000
HR (次/min)	治疗前	114.64±8.82	114.72±8.41	0.040	0.968
	治疗后	78.81±7.24a	86.60±7.55a	4.591	0.000
SBP (mmHg)	治疗前	158.98±9.34	159.00±9.14	0.009	0.992
	治疗后	100.53±6.82a	111.96±7.45a	6.976	0.000
DBP (mmHg)	治疗前	117.94±7.38	119.25±7.16	0.785	0.435
	治疗后	80.14±4.52a	87.60±5.23a	6.653	0.000

注: 与本组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组治疗效果比较

两组治疗有效率有明显差异 ( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	38	30	7	1	97.37
对照组	38	19	11	8	78.95
$\chi^2$	/	/	/	/	6.176
$P$	/	/	/	/	0.013

## 3 讨论

顽固性心衰较为多发, 致病原因主要有心肌收缩能力减弱, 心排血量减少等, 微循环紊乱, 组织难以充分利用氧气, 导致心脏负荷加重。特别是EF  $\leq 35\%$ 者, 治疗难度大, 预后效果不佳<sup>[7]</sup>。

患者多采取药物治疗, 对血脂水平进行调节, 促进心肌收缩力增加, 体内钙浓度升高, 临床研究证实, 长时间采取该疗法, 会干扰心肌舒张, 易引发心律失常, 影响预后<sup>[8]</sup>。故而, 选取高效、安全疗法, 纠正顽固性心衰预后效果明确。相关研究表明, 基于顽固性心衰, 当RAAS被激活时, 患者心脏负荷加重, 选用脑钠素, 其属于RAAS自然拮抗剂, 其既能抑制缩血管活性肽作用, 又能阻碍交感神经递质产生, 能促进动脉松弛, 具有利钠功效<sup>[9]</sup>。rh-BNP属于脑钠素合成剂, 其能有效调节心功能, 借助本品对顽固性心衰进行治疗, 以静脉为途径, rh-BNP到达机体后, 由于释放出大量神经内分泌, 从而影响到心脏毒性, 能有效扩张动静脉, 能有效利钠, 致使心脏前后负荷下降, 改善血流动力学紊乱, 缓解少

尿、呼吸困难等症状。另外本品能对心脏纤维化表达产生抑制,推动心脏重塑逆转,维护心脏组织弹性,能有效缓解各项症状<sup>[10]</sup>。联用诺欣妥,本品包含两种有效成分,一为缬沙坦,其能有效抑制脑啡肽酶,二为沙库巴曲,其能减少血管紧张素受体含量,二者联合,能起到协同功效,将AT1受体阻断,能促进血管扩张,利尿,阻碍交感神经兴奋。二者联用,能有效调节心功能,加强疗效<sup>[11]</sup>。本次研究结果显示和对照组比,观察组的LVEF和CI均更高,LVEDD、LVESD和NT-proBNP均更低( $P < 0.05$ ),表明联合用药能调节心功能,降低NT-proBNP水平。观察组的RR、HR、SBP和DBP均更低( $P < 0.05$ ),表示联合用药能稳定病情。观察组的治疗有效率更高( $P < 0.05$ ),代表联合用药效果更明确。说明联合用药在EF  $\leq 35\%$ 顽固性心衰中优势突出,可显著减轻病情。

#### 结束语

综上,给予EF  $\leq 35\%$ 顽固性心衰患者能有效调节呼吸、心脏等功能,加强疗效,具有推广价值。

#### 参考文献

- [1]赵军. 诺欣妥治疗慢性心衰患者的临床预后分析[J]. 安徽医学,2023,22(4):47-48+51.
- [2]刘佳佳,彭翔. 急性心肌梗死介入术后并发心力衰竭联合应用达格列净、诺欣妥治疗的效果分析[J]. 中国医学创新,2023,20(19):52-57.
- [3]黄志文,彭春玲,杨彬. 达格列净联合诺欣妥治疗冠心病合并慢性心力衰竭的临床观察[J]. 广东医科大学学

报,2023,41(3):283-286.

- [4]易成根,曾俊峰,傅爱红. 诺欣妥联合人重组脑钠肽用于顽固性心衰患者治疗的临床疗效观察[J]. 江西医药,2021,56(10):1660-1662.

- [5]孙奇,孙菲,韩玉泽. 诺欣妥联合人重组脑钠肽治疗LVEF  $\leq 35\%$ 顽固性心衰的疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2022,16(2):8-11.

- [6]冯芸,郑杰廉. 达格列净联合诺欣妥对非糖尿病心肌梗后射血分数降低心力衰竭患者心功能及不良结局的影响[J]. 智慧健康,2023,9(15):125-128+132.

- [7]张文娟. 诺欣妥联合重组人脑利钠肽治疗顽固性心衰的临床效果观察[J]. 中国现代药物应用,2022,16(18):119-121.

- [8]王艳君. 达格列净联合诺欣妥对急性心肌梗死患者急诊介入治疗后心力衰竭的疗效及安全性观察[J]. 临床研究,2022,30(12):92-96.

- [9]王晶,李玉宏,葛丽丽. 应用HM评价诺欣妥对射血分数减低型心衰患者的治疗效果[J]. 锦州医科大学学报,2023,44(2):58-61.

- [10]雷蒂华,牛敏瑞,陈金荣. 新活素序贯诺欣妥治疗心力衰竭有效性及安全性meta分析[J]. 新疆医科大学学报,2023,46(1):108-116.

- [11]苏桥慧,张丽萍,梁重霄,徐晶,徐卉. 超声压力-应变环评价诺欣妥治疗慢性心衰患者左室心肌做功改变[J]. 中国临床医学影像杂志,2023,34(2):109-112+117.