

托伐普坦治疗慢性肺源性心脏病合并右心衰竭的临床效果分析

贾文玲

大同市第三人民医院全科医学科 山西 大同 037000

摘要：目的：本文将分析临床在慢性肺源性心脏病合并右心衰竭的治疗中，应用托伐普坦药物治疗的效果，从而改善患者临床症状。方法：抽取我院近一年收治的94例慢性肺源性心脏病合并右心衰竭患者作为研究对象，随机分常规组与观察组，各组47例患者，分别给予常规治疗与托伐普坦治疗，比较两组患者临床效果。结果：观察组患者临床疗效远高于常规组，心功能指标与血清水平均优于常规组，尿量显著高于常规组，不良反应发生少于常规组，且生活质量明显高于常规组，两组患者治疗后各项数据均存在较大差异，（ $P < 0.05$ ）。结论：临床使用托伐普坦药物治疗慢性肺源性心脏病合并右心衰竭患者中，临床效果表现理想，可有效改善患者心功能，具有较高的安全性，临床可积极推广使用。

关键词：托伐普坦；慢性肺源性心脏病；右心衰竭；临床效果

临床治疗中，慢性肺源性心脏病属于临床常见的呼吸系统疾病，随病情发展，患者肺组织与血管等发生慢性缺氧病变，从而造成患者肺功能、结构重塑以及肺动脉高压，最终将出现心力衰竭、右心室扩张、肥大。慢性肺源性心脏病发病急，且极易反复，严重损伤患者心肺功能。临床治疗该疾病，通常以药物治疗为主，常规治疗一般使用利尿剂，使其降低患者心脏负荷，但该方式无法规避钠离子流失，且极易损伤肾功能，并会加重二氧化碳潴留^[1-3]。基于此，本文将深入分析托伐普坦药物治疗效果，是否可有效提升临床疗效，改善患者症状，现开始以下相关内容报道：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验研究时间为2024年1月-12月，纳入患者人数为94例，均确诊为慢性肺源性心脏病合并右心衰竭。将患者数字随机分为常规组（47例）与观察组（47例），分别给予不同的治疗方式。常规组：男女人数各占26:21人，年龄区间48-75岁，平均（ 62.48 ± 5.67 ）岁；观察组：男女人数为25:22人，年龄48-76岁，平均（ 62.63 ± 5.84 ）岁。所有纳入研究患者间的一般资料并无显著性差异，（ $P > 0.05$ ），可用于下列数据比较。

纳入标准：①经临床诊断，符合慢性肺源性心脏病疾病诊断标准；②知晓实验，自愿加入；

排除标准：①合并免疫系统、血液系统疾病；②先天性心脏病以及原发性重要脏器功能障碍；③药物过敏。

1.2 方法

所有患者入院后，根据实际情况均给予对症干预，如抗感染、吸氧、纠正酸碱失衡、解痉平喘、正性肌力以及抑制交感神经活性等基础治疗。常规组患者使用呋塞米片（国药准字H11020844，北京太洋药业股份有限公司）药物治疗，药物剂量为初始可每次20mg，每天1次，根据患者具体状况调整药物剂量，剂量需控制在每次20mg，每天3次；

观察组患者给予托伐普坦（国药准字H20233074，成都倍特药业股份有限公司）药物治疗，初始剂量为每次15mg，每天1次，依据患者情况调整药量，最大药量每次不可高于15mg，每天2次^[4-5]；

两组患者持续接受一周治疗，比较两组疗效。

1.3 观察指标

1.3.1 观察两组患者临床疗效情况，包括显效：心功能分级在2级以上，且水肿、肺部啰音及呼吸困难等症状全面消失；有效：临床症状均一定程度减轻，心功能分级提升1级；无效：各项症状无明显改善，甚至病情加重。临床疗效表示为显效与有效人数之和占总人数的比例；

1.3.2 观察两组患者治疗前后心功能指标与血清水平，采用彩超诊断仪检测心功能，包括心脏指数（CI）、右心室射血分数（RVEF）、心排量（CO）；清晨空腹抽取患者静脉血3ml，每分钟3000r，离心时间10分钟，收集上层血清，通过免疫荧光法测定血清水平（BNP）；

1.3.3 观察两组患者尿量，详细记录患者24h尿量，且计算单位时间尿量；

1.3.4 观察两组患者不良反应发生，包括口干、乏

力、恶心、低钾血症；

1.3.5 观察两组患者治疗前后生活质量，通过SF-36进行评估，包括生理健康、心理健康、躯体健康及社会功能，各项0-100分，评分越高患者生活质量越高。

1.4 统计学分析

本次实验数据通过SPSS23.0软件进行统计学分析，采用*t*检验计量资料对比，表示($\bar{x}\pm s$)，采用 χ^2 检验计数资料对比，(*n*，%)表示，以*p*<0.05，差异有统计学意义

2 结果

2.1 临床疗效

表1数据显示，观察组患者临床疗效97.87%显著高于

常规组患者疗效80.85%，两组疗效差异明显，(*P*<0.05)。

表1 两组患者临床疗效对比 (*n*/%)

组别	例数 (<i>n</i>)	显效	有效	无效	疗效
观察组 (<i>n</i>)	47	35	11	1	46(97.87)
常规组 (<i>n</i>)	47	22	16	9	38(80.85)
χ^2 值	-	-	-	-	7.4893
<i>p</i> 值	-	-	-	-	< 0.05

2.2 心功能指标与血清水平

见表2，治疗前，两组患者心功能指标与血清水平并无明显差异，(*P*>0.05)；治疗后，观察组患者心功能指标远优于常规组，且血清水平更低于常规组，(*P*<0.05)。

表2 两组患者治疗前后心功能指标与血清水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数 (<i>n</i>)	CI (L/m ² · min)		CO (L/min)		RVEF (%)		BNP (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	47	3.16±1.07	4.73±1.11	4.13±0.34	5.92±0.41	44.63±5.27	60.34±5.87	885.61±84.39	526.34±76.48
常规组	47	3.24±1.09	3.92±1.03	4.15±0.28	4.49±0.43	44.82±5.39	50.26±5.34	885.46±84.39	683.34±80.19
<i>t</i> 值	-	2.9317	11.3027	2.7139	11.9247	2.9634	12.7169	2.9271	11.0367
<i>p</i> 值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 单位时间尿量

见表3，治疗前两组患者尿量无明显差异，(*P*>0.05)，治疗后，观察组患者尿量显著高于常规组，两组尿量差异明显，(*P*<0.05)。

表3 两组患者治疗前后尿量比较 ($\bar{x}\pm s$, ml/h)

组别	例数 (<i>n</i>)	治疗前	治疗后	差值
观察组 (<i>n</i>)	47	44.96±6.57	131.83±10.28	86.87±11.34
常规组 (<i>n</i>)	47	44.83±6.24	111.38±10.43	66.55±10.79
<i>t</i> 值	-	1.0382	12.9247	11.0374
<i>p</i> 值	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 不良反应

表4数据显示，观察组患者不良反应发生率为2.13%

远远低于常规组患者25.53%，两组发生率差异显著，(*P*<0.05)。

表4 两组患者不良反应发生率对比 (*n*/%)

组别	例数 (<i>n</i>)	口干	乏力	恶心	低钾血症	发生率
观察组 (<i>n</i>)	47	1	0	0	0	1(2.13)
常规组 (<i>n</i>)	47	4	3	2	3	12(25.53)
χ^2 值	-	-	-	-	-	7.9327
<i>p</i> 值	-	-	-	-	-	< 0.05

2.5 生活质量

观察表5数据，治疗前两组患者生活质量评分均较低，(*P*>0.05)，治疗后，观察组患者生活质量评分远高于常规组，两组评分差异明显，(*P*<0.05)。

表5 两组患者治疗前后生活质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数 (<i>n</i>)	生理健康		心理健康		躯体健康		社会功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	47	61.16±3.48	93.27±2.49	60.82±2.07	93.15±3.55	61.62±2.34	93.16±2.78	60.63±2.63	93.47±2.09
常规组	47	61.97±3.68	78.16±2.37	60.37±2.18	78.26±2.94	61.93±2.59	79.25±2.07	60.28±2.87	79.33±2.54
<i>t</i> 值	-	2.0378	12.0378	2.7139	11.3284	2.4675	12.0314	2.9317	11.0357
<i>p</i> 值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

慢性肺源性心脏病患者因肺泡毛细血管床受到损

坏，其血管床将缩小，呼吸性酸中毒、高碳酸血症与缺氧会导致肺小动脉痉挛与收缩，会加剧缺氧情况，缺氧

会增加继发性红细胞,血液更加粘稠,从而增加肺血管阻力,造成肺动脉压上升,加重右心负荷,从而导致右心衰竭。一旦慢性肺源性心脏病患者合并右心衰竭,常规治疗便是对患者进行液体管理,使用利尿剂进行干预,可缓解患者体内循环淤血以及肺循环淤血,促进心功能改善。但是,利尿剂虽可有效改善患者心力衰竭,却存在较多副作用,如急性肾损伤、利尿剂抵抗、电解质紊乱等。托伐普坦药物作为新型利尿剂,可有效降低集合管对水重吸收,电解质丢失表现并不明显,且不具备利尿剂抵抗及肾功能损伤。当前,被广泛应用于治疗慢性肺源性心脏病合并心力衰竭疾病中。患者发生心力衰竭期间,机体会导致血管加压素分泌提升,血管加压素会在肾脏集合管与V2受体进行结合,从而开放水通道蛋白2,水在该通道进行通过时会在集合管被重吸收导致水滞留。托伐普坦药物作为选择性V2受体拮抗剂,可有效阻碍血管加压素与V2受体在集合管结合,并可将不含电解质的多余的水分从患者尿液中排出,很大程度提升患者尿量,改善临床症状及淤血情况^[6-10]。

基于此,根据本文研究结果数据显示:两组患者应用不同的药物治疗后,观察组患者临床疗效97.87%显著高于常规组患者疗效80.85%,两组疗效差异明显, ($P < 0.05$),数据说明,托伐普坦药物可有效改善患者呼吸困难、下肢水肿等临床症状;治疗前,两组患者心功能指标与血清水平并无明显差异, ($P > 0.05$);治疗后,观察组患者心功能指标远优于常规组,且血清水平更低于常规组, ($P < 0.05$),该药物可有效改善患者心功能,促进患者利尿排水,降低心室容量及心室壁张力;治疗前两组患者尿量无明显差异, ($P > 0.05$),治疗后,观察组患者尿量显著高于常规组,两组尿量差异明显, ($P < 0.05$),数据说明托伐普坦药物可有效促进尿液排除,且有效确保电解质平衡;观察组患者不良反应发生率为2.13%远远低于常规组患者25.53%,两组发生率差异显著, ($P < 0.05$);治疗前两组患者生活质量评分均较低, ($P > 0.05$),治疗后,观察组患者生活质量评分远远高于常规组,两组评分差异明显, ($P < 0.05$)。此次数据可说明,托伐普坦药物在治疗慢性肺源性心脏病合并右心衰竭中,具有较高的安全性与有效性,有效改善

机体状况,提升其生活质量。

综上所述,临床采用托伐普坦药物治疗慢性肺源性心脏病合并右心衰竭患者,临床效果显著,具有较高的临床疗效,利于提升患者心功能,降低血清水平,且不良反应发生较低,具备一定安全性。

参考文献

- [1]黄志鸿,张彦军.托伐普坦治疗慢性肺源性心脏病合并右心衰竭的临床效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(12):43-47.
- [2]杨幼生,李姣.参麦注射液联合托伐普坦片治疗慢性心力衰竭的效果及对心功能和心肌酶谱表达的影响[J].临床合理用药,2024,17(04):4-7.
- [3]张茜,齐晓瑜,杨红红,胡艳玉,张羽.左西孟旦与托伐普坦对老年肺源性心脏病心力衰竭急性期病人肺动脉压及相关指标的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(10):1851-1854.
- [4]陈淑敏,侯贺功,李文晴.新型利尿药托伐普坦治疗甲亢性心脏病合并心功能不全患者的有效性和安全性观察[J].中国实用医药,2022,17(12):1-5.
- [5]关芬礼,谭志辉,杨伟钊.托伐普坦治疗慢性肺源性心脏病合并心力衰竭的临床效果[J].中国医学创新,2021,18(35):126-129.
- [6]季辉,田爱平,卢丽艳,代良田.车苓附子汤结合托伐普坦治疗慢性肺源性心脏病临床疗效及安全性观察[J].四川中医,2021,39(11):65-68.
- [7]熊汉忠,朱立欢,魏宇森.托伐普坦治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭疗效研究[J].中国药业,2021,30(07):40-43.
- [8]张冠磊.托伐普坦+BIPAP呼吸机对CPHD失代偿期合并低钠血症患者的疗效[J].黑龙江医药科学,2020,43(06):197-198.
- [9]苏新生.托伐普坦治疗慢性肺源性心脏病合并心力衰竭临床观察[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2020,8(03):72-73.
- [10]张衍民,赵杰,李海泉,杭文璐,马雷.托伐普坦治疗慢性肺源性心脏病失代偿期下肢水肿伴低钠血症患者的短期疗效观察[J].医药论坛杂志,2019,40(12):36-39+43.