

诺欣妥治疗慢性心衰的临床效果及对心功能的影响分析

石芳弟

山西省人民医院 山西 太原 030000

摘要:目的:探究诺欣妥治疗慢性心衰的临床效果及对心功能的影响。方法:选取我院2022年3月~2023年4月期间收治的80例慢性心衰患者为研究对象,使用数字随机分组法将患者分为2组,对照组和实验组患者各40例,对照组常规药物治疗,实验组在常规治疗基础上加用诺欣妥治疗,比较治疗效果、不良反应和心功能。结果:实验组治疗效果优于对照组,不良反应少于对照组,心功能指标高于对照组,比较结果差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:对慢性心衰患者的治疗,采用诺欣妥进行治疗能够提高治疗效果、减少不良反应和改善心功能,于是该方法值得进一步推广应用。

关键词:诺欣妥;慢性心衰;心功能

心脏疾病在我国中老年群体中有着较高的发病率,对我国居民生命健康产生了威胁^[1]。慢性心衰是一种由多种因素导致的心脏疾病症状,如心肌梗死、心肌炎或心脏结构异常等。患有慢性心衰的患者心脏泵血能力不足,无法为全身组织和细胞提供足够的氧气和能量,缺氧或能量供应不足严重会导致患者昏迷或死亡。治疗慢性心衰主要以药物结合心脏疾病治疗手段为主,常规用药以利尿、强心和扩血管为主,虽然具有一定效果,但无法降低死亡率^[2]。一些研究提出应用诺欣妥能够改善治疗效果,降低患者死亡率,特进行了研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2022年3月~2023年4月期间收治的80例慢性心衰患者为研究对象,使用数字随机分组法将患者分为2组,对照组和实验组患者各40例。纳入指标:①符合慢性心衰诊断标准^[3];②病史资料完整;③年龄 ≥ 18 岁;④签署知情同意告知书。排除指标:①认知、精神和沟通障碍者;②合并恶性肿瘤患者;③肝肾功能不全者;④妊娠期和哺乳期妇女。患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),详见表1。

表1 两组患者一般资料比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	例数		年龄	均龄	病程
		男性	女性			
对照组	40	20	20	18~68岁	(52.36±2.87)岁	1~16月
实验组	40	21	19	18~70岁	(52.41±3.01)岁	1~15月

1.2 方法

对照组:常规药物治疗。强心、利尿治疗,同时根据患者情况使用血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂、醛固酮受体拮抗剂、 β 受体阻滞剂等药物。

实验组:诺欣妥治疗。常规用药基础上使用诺欣妥,用以替代血管紧张素转换酶抑制剂和血管紧张素受体拮抗剂,初始计量50mg/次,2次/d,患者耐受性提高后逐渐增加药量,最多200mg/次,2次/d。65岁以上无需调整剂量。

1.3 观察指标

治疗效果:显效:心功能恢复2级以上,心衰体征消失;有效:心功能和体征得到有效改善;无效:病情未

好转或加重,总有效率=(显效+有效)/样本数 $\times 100\%$ 。

不良反应:记录肾功能损害、高钾血症和低血压发生情况,发生率=发生例数/样本数 $\times 100\%$ 。心功能:检查LVESD、LVEDD和LVEF。

1.4 统计学分析

研究结果数据应用统计学软件SPSS23.0完成处理,计量资料、计数资料分别用 $\bar{x} \pm s$ 、(n, %)表示,t检验、 χ^2 检验为检验差异性的方法;检验依据以 $P < 0.05$ 为标准,表示差异显著,具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果比较

实验组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 治疗效果比较[n, %]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	40	16	12	12	70.00
实验组	40	21	16	3	92.50
χ^2					6.646
P					0.036

2.2 不良反应比较

见表3。

实验组治疗不良反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。

表3 不良反应比较[n, %]

组别	例数	肾功能损害	高钾血症	低血压	发生率 (%)
对照组	40	6	4	5	37.50
实验组	40	1	2	2	12.50
χ^2					6.667
P					0.036

2.3 心功能比较

果均优于对照组 ($P < 0.05$)。见表4。

实验组LVESD、LVEDD和LVEF等心功能指标改善效

表4 心功能比较[n, $\bar{x} \pm s$]

组别	例数	LVESD (mm)		LVEDD (mm)		LVEF (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	53.25±4.46	45.68±2.64	68.98±2.64	57.69±2.59	32.54±2.21	36.89±2.98
实验组	40	43.18±4.39	41.13±2.71	68.87±2.72	51.47±2.63	32.61±2.19	41.29±3.02
t		10.177	7.606	0.184	10.657	0.142	6.559
P		0.000	0.000	0.855	0.000	0.887	0.000

3 讨论

近年来我国心血管疾病发生率持续上升，截止2023年9月我国心血管疾病患者达3.3亿，因心血管疾病死亡的人数占全部疾病死亡人数的40%以上^[4]。慢性心力衰竭（CHF）就是一种由心血管疾病导致的病症，主要表现为呼吸困难和体液滞留，加重容易导致患者死亡。研究发现大部分CHF患者都有心脏病病史，说明该病症可能与心脏病病情发展有关，如扩张型心肌病、风湿性心瓣膜病、急性重症心肌炎等^[5]。CHF加重导致心脏泵血能力急剧减弱，由于血液中含有人体生命活动所需的氧气和能量，因此心脏泵血不足导致氧气和能量供给受到影响，最终引起机体组织和器官停止生命活动。CHF多在剧烈运动后出现呼吸急促、呼吸困难以及头晕目眩等症状，大部分患者因该原因入院检查。CHF加重会威胁患者生命安全，给患者和家庭带来伤害^[6]。对于CHF治疗非常关键，这是降低死亡风险的重要一环。CHF的治疗首先需要找到病因，根据病因采取针对性的措施。对于高

血压、高血脂和糖尿病等患者，需要从控制血压、血糖和血脂方面入手，同时服用抗血小板药物预防冠心病。如果病症发生与心脏病有关，还需要进行强心和利尿治疗，强心的作用是改善心脏功能，提高心脏泵血能力，利尿则起到促进尿液排泄，缓解血管压力，降低心脏负担。以上方法虽然能够改善心脏功能，但是患者死亡率依然无法得到有效控制，而诺欣妥则在降低因心衰引起的死亡风险方面具有有效作用。目前关于诺欣妥治疗CHF的依然处于研究阶段，临床试验验证其对于CHF的治疗具有显著的疗效，能够有效降低死亡率^[7]。

诺欣妥即沙库巴曲缬沙坦钠片，这是一种可以代替ACEI和ARB的治疗CHF的药物，适用于NYHA II-IV级，LVEF ≤ 40%的CHF患者^[8]。诺欣妥主要由脑啡肽酶抑制剂和血管紧张素受体拮抗剂组成，其能够与血浆蛋白结合作用于靶器官，能够对脑啡肽酶的形成产生抑制作用，同时也能将AT1阻断，起到心血管和肾脏作用。目前临床使用的诺欣妥分3个规格：50mg、100mg和200mg，

不同规格药片使用不同颜色和刻印进行区分。50mg药片为白色椭圆形，两面分别刻有“LZ”和“NVR”的字样；100mg药片为淡黄色椭圆形，两面分别刻有“L1”和“NVR”的字样；200mg药片为淡粉色椭圆形，两面分别刻有“L11”和“NVR”的字样。可以根据患者耐受性选择药物规格，一般情况初次使用先从低剂量药物开始，随着耐受性提高逐渐增加药物。实验研究表明诺欣妥与ACEI联用会增加血管性水肿风险，因此不能将两种药物同时使用，如果在用药的过程中需要换用另一种药物，需要在停药后至少36h换用。临床研究发现服用诺欣妥产生高钾血症的概率为1.7%，因此用药前需要检查患者血钾水平，如果血钾水平高于5.4mmol/L应慎用药物。对于肝肾功能损害患者，应该严格控制用量，特别是起始剂量，如果患者肝肾功能损害严重，应禁止服用本药物。目前，诺欣妥仅用于成年人，对于18岁以上青少年和儿童的使用效果并无参考信息，因此在用药时用禁止18岁以上患者使用。同时，使用前需要阅读禁忌症、毒害作用、不良反应等说明内容，避免患者用药过程中出现不适带来安全风险。

本研究结果显示，使用诺欣妥治疗CHF能够提高治疗总有效率，实验组结果显示总有效率为92.50%，对照组为70.00%，说明其在改善治疗效果方面具有积极作用。从不良反应比较结果来看，对照组肾功能损害例数较多，高钾血症和低血压其次，实验组的整体发生率低于对照组。LVESD、LVEDD和LVEF比较结果可以看出，实验组LVESD、LVEDD和LVEF的改善效果优于对照组。以上比较结果均说明诺欣妥的治疗效果更加理想。本实验结果能够在一定程度上证明诺欣妥能够降低因CHF引起的死亡风险，从治疗总有效率来看，服用诺欣妥的实验组更高，这表明相对于常规药物干预，诺欣妥能够改善患者心脏功能，促进患者心肌泵血能力提升，而从不良反应比较来看，其并不会增加相关风险，说明患者面对CHF加重风险大大降低。在用药方面，应本着科学和适应的原则，特别是对于初次用药的患者，应该从小剂量开始，并对患者不良反应进行观察，如果患者不良反应较少，且身体对药物的耐受性较好，可以逐步增加计

量，但不可一次性增加至最大剂量，通过缓慢增加计量的方法观察患者无不良体征后确定最终药物剂量。用药过程中如果发现患者症状及体征发生较大变化，应停药观察，待患者病情稳定后再次规划用药，这样才能够避免患者出现更多不良反应，同时起到改善心功能的作用，进一步保障患者的生命安全。

综上所述，对慢性心衰患者的治疗，采用诺欣妥进行治疗能够提高治疗效果、减少不良反应和改善心功能，于该方法值得进一步推广应用。

参考文献

- [1]王日聪.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分析[J].大医生,2023,8(18):70-72.
- [2]张琦,熊莉,张国龙.诺欣妥联合美托洛尔缓释片在2级以上高血压合并心力衰竭患者治疗中的应用效果分析[J].中外医疗,2023,42(25):105-108.
- [3]苏鹏,杨秀丽.达格列净联合诺欣妥对非糖尿病急性心肌梗死患者急诊PCI术后心力衰竭的疗效观察[J].中国循证心血管医学杂志,2023,15(08):970-973.
- [4]鲍骏,王晓彦,邹丽婷等.琥珀酸美托洛尔联合诺欣妥对老年充血性心力衰竭患者心功能指标和凝血功能的影响[J].中国老年学杂志,2023,43(15):3602-3605.
- [5]张洪旭,陈瞳,张利方等.沙库巴曲缬沙坦钠对老年射血分数保留型心力衰竭伴高血压患者血浆同型半胱氨酸和尿酸的影响及预后研究[J].中国心血管病研究,2023,21(07):638-645.
- [6]李军,叶清香,张世袍等.探究沙库巴曲缬沙坦钠片联合比索洛尔治疗慢性舒张性心力衰竭的临床疗效与安全性[J].北方药学,2023,20(07):125-127.
- [7]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.
- [8]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(03):283-286.