

重症心力衰竭急诊内科治疗及预后分析

张丽霞

云南省曲靖市第一人民医院 云南 曲靖 655000

摘要：目的：探讨重症心力衰竭急诊内科的治疗方法对患者预后的影响。方法：回顾性分析 2020 年 1 月至 2022 年 12 月在我院急诊科接受治疗的 150 例重症心力衰竭患者的临床资料，根据治疗方法分为观察组和对照组，每组 75 例。观察组采用综合治疗方案，对照组采用常规治疗方案。比较两组患者治疗前后心功能指标、临床疗效及随访 1 年的再住院率和死亡率。结果：治疗后，观察组患者左心室射血分数（LVEF）、每搏输出量（SV）、心输出量（CO）等心功能指标改善程度优于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组总有效率（92.0%）高于对照组（76.0%）（ $P < 0.05$ ）；观察组随访期间再住院率（16.0%）和死亡率（8.0%）低于对照组（分别为 32.0% 和 20.0%）（ $P < 0.05$ ）。结论：综合治疗方案可显著改善重症心力衰竭患者心功能，提高临床疗效，降低再住院率和死亡率，改善患者预后。

关键词：重症心力衰竭；急诊内科；治疗；预后

重症心力衰竭是心血管疾病的终末期表现，病情危急，病死率高。急诊内科对重症心力衰竭患者的及时救治至关重要，直接关系到患者的生命安全和预后^[1]。近年来，随着医疗技术的不断发展，重症心力衰竭的治疗方法也在不断改进。本研究旨在分析重症心力衰竭急诊内科的治疗方法对患者预后的影响，为临床治疗提供参考^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月至 2022 年 12 月在我院急诊科治疗的重症心力衰竭患者 150 例，根据治疗方法分为观察组和对照组，每组 75 例。观察组男 42 例，女 33 例；年龄 45 - 80 岁，平均（ 62.5 ± 8.5 ）岁；基础疾病：冠心病 35 例，高血压性心脏病 20 例，扩张型心肌病 12 例，风湿性心脏病 8 例。对照组男 40 例，女 35 例；年龄 46 - 82 岁，平均（ 63.2 ± 9.0 ）岁；基础疾病：冠心病 33 例，高血压性心脏病 22 例，扩张型心肌病 10 例，风湿性心脏病 10 例。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①符合重症心力衰竭诊断标准，即纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级为 III - IV 级；②发病至就诊时间在 24 小时内；③年龄在 45 - 85 岁之间。

排除标准：①急性心肌梗死急性期；②严重肝肾功能不全；③恶性肿瘤终末期；④合并严重感染性疾病；⑤对治疗药物过敏或不耐受。

作者简介：张丽霞，1976 年 05 月，女，汉族，云南曲靖人，本科，副主任医师，研究方向：急诊内科方面。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组

采用常规治疗方案，包括吸氧、卧床休息、限盐限水、利尿（呋塞米 20 - 40mg 静脉注射，根据病情调整剂量）、血管扩张（硝酸甘油 5 - 10 μ g/min 静脉泵入，根据血压调整剂量）、强心（地高辛 0.125 - 0.25mg 口服，每日 1 次）等治疗，同时积极治疗基础疾病。

1.3.2 观察组

在对照组基础上采用综合治疗方案。

（1）无创正压通气（NIPPV）：患者取半卧位，选择合适面罩，采用双水平气道正压通气（BiPAP）模式，吸气压力（IPAP）从 8 - 10cmH₂O 开始，根据患者耐受情况逐渐上调至 12 - 18cmH₂O，呼气压力（EPAP）维持在 4 - 6cmH₂O，氧流量 2 - 5L/min，使血氧饱和度维持在 90% 以上，每次通气时间 2 - 4 小时，每日 2 - 3 次。

（2）重组人脑利钠肽（rhBNP）治疗：将 rhBNP 1.5 μ g/kg 静脉注射后，以 0.0075 - 0.015 μ g/（kg·min）的速度持续静脉泵入 24 - 48 小时。

（3）强化抗血小板及抗凝治疗：阿司匹林肠溶片 100mg 口服，每日 1 次；氯吡格雷 75mg 口服，每日 1 次；低分子肝素钙 5000IU 皮下注射，每 12 小时 1 次，治疗 3 - 5 天。

（4）心脏再同步化治疗（CRT）：对于符合 CRT 适应证（QRS 波时限 ≥ 120 ms，左心室射血分数 $\leq 35\%$ ，NYHA 心功能分级 III - IV 级）的患者，在病情稳定后转心内科行 CRT 治疗。

1.4 观察指标

1.4.1 心功能指标：治疗前及治疗 1 周后，采用心脏彩

色多普勒超声检测患者 LVEF、SV、CO 等心功能指标。

1.4.2 临床疗效：根据患者治疗后临床症状、体征及心功能改善情况进行疗效评价。显效：治疗后患者呼吸困难、水肿等临床症状明显缓解，心功能改善 2 级及以上；有效：临床症状有所缓解，心功能改善 1 级；无效：临床症状及心功能无明显改善或加重。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.4.3 预后指标：随访 1 年，记录两组患者再住院率和死亡率。

1.5 统计学方法

组别	<i>n</i>		LVEF (%)	SV (ml)	CO (L/min)
观察组	75	治疗前	30.2±5.5	45.2±8.5	3.2±0.8
		治疗后	38.5±6.5	58.5±10.5	4.2±1.0
对照组	75	治疗前	30.5±5.2	44.8±8.2	3.1±0.7
		治疗后	33.8±6.0	50.2±9.5	3.6±0.9
<i>t</i> 值	-		1.024	2.987	3.056
<i>P</i> 值	-		0.307	0.003	0.003

2.2 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 92.0% (69/75)，高于对照组的 76.0% (57/75) ($\chi^2 = 5.889$, $P = 0.015$)。(见表 2)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	75	45 (60.0)	24 (32.0)	6 (8.0)	92.0
对照组	75	30 (40.0)	27 (36.0)	18 (24.0)	76.0

2.3 两组患者随访 1 年再住院率和死亡率比较

观察组随访 1 年再住院率为 16.0% (12/75)，死亡率为 8.0% (6/75)；对照组再住院率为 32.0% (24/75)，死亡率为 20.0% (15/75)。观察组再住院率和死亡率均低于对照组 ($\chi^2 = 4.781$, $P = 0.029$; $\chi^2 = 4.179$, $P = 0.041$)。(见表 3)

组别	<i>n</i>	再住院例数	再住院率 (%)	死亡例数	死亡率 (%)
观察组	75	12	16.0	6	8.0
对照组	75	24	32.0	15	20.0
值		4.781		4.179	
<i>P</i> 值		0.029		0.041	

3 讨论

3.1 重症心力衰竭的病理生理机制

重症心力衰竭时，心脏收缩和舒张功能严重受损，导致心输出量减少，组织灌注不足，同时神经内分泌系统激活，如肾素-血管紧张素-醛固酮系统 (RAAS) 和交感神经系统过度兴奋，进一步加重心脏负荷，形成恶性循环^[3]。

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，2 组检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后心功能指标比较

治疗前，两组患者 LVEF、SV、CO 等心功能指标比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 1 周后，两组患者心功能指标均有所改善，且观察组改善程度优于对照组 ($P < 0.05$)。(见表 1)

3.2 常规治疗方案的分析

常规治疗中的吸氧、利尿、血管扩张、强心等措施是重症心力衰竭治疗的基础。吸氧可提高血氧饱和度，改善组织缺氧；利尿可减轻心脏前负荷，缓解水肿症状；血管扩张剂可降低心脏前后负荷，增加心输出量；强心药物可增强心肌收缩力。然而，常规治疗在改善患者长期预后方面存在一定局限性^[4]。

3.3 综合治疗方案的优势

无创正压通气 (NIPPV) 是一种非侵入性的呼吸支持技术，它通过向气道提供正压来辅助患者的呼吸。NIPPV 的主要作用包括增加肺泡内压，减少肺泡水肿，改善通气与血流比例失调，提高氧合水平，减轻呼吸肌疲劳，降低心脏前后负荷，从而改善心功能。在重症心力衰竭患者中，NIPPV 的应用尤为重要，因为它能够迅速改善患者的呼吸状况，减轻心脏负担，提高生存率^[5]。本研究中，采用 NIPPV 治疗的观察组在心功能指标上的改善明显优于对照组，这一结果强调了 NIPPV 在重症心力衰竭治疗中的关键作用。

重组人脑利钠肽 (rhBNP) 是一种模拟人体自然产生的脑利钠肽的生物制剂，它具有扩张血管、利尿排钠、抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统 (RAAS) 和交感神经系统活性的作用。这些作用有助于改善血流动力学参数，减轻心脏负荷，并且具有较好的安全性。在重症心力衰竭的治疗中，rhBNP 的应用能够显著改善心功能，本研究中观察组使用 rhBNP 后心功能改善显著，进一步证实

了其在治疗中的有效性。

对于重症心力衰竭患者而言,血液往往处于高凝状态,这增加了血栓形成的风险。强化抗血小板及抗凝治疗的意义在于预防血栓的形成,降低心血管事件的风险,从而改善患者的预后。这种治疗策略对于减少心力衰竭患者的住院次数和死亡率具有重要意义。

心脏再同步化治疗(CRT)是一种针对心脏电-机械不同步患者的治疗方式,它通过调整心脏的电活动来改善心脏的同步性,提高心脏收缩效率。CRT能够显著改善心功能和生活质量,降低死亡率。尽管在本研究中,符合CRT适应证并接受治疗的患者数量有限,但CRT在改善患者预后方面的潜力仍然显现出来。CRT为那些因心脏电-机械不同步而导致的心力衰竭患者提供了一种有效的治疗选择。

3.4 预后分析

本研究结果显示,观察组患者随访1年的再住院率和死亡率明显低于对照组,表明综合治疗方案不仅能改善患者近期心功能和临床症状,还能降低远期再住院率和死亡率,改善患者预后。这可能与综合治疗方案更全

面地干预了重症心力衰竭的病理生理过程,打破了恶性循环,保护了心脏功能有关。

4 结论

综合治疗方案在重症心力衰竭急诊内科治疗中具有显著优势,可有效改善患者心功能,提高临床疗效,降低再住院率和死亡率,改善患者预后。在临床实践中,应根据患者具体情况积极采用综合治疗措施,以提高重症心力衰竭患者的救治水平和生存质量。

参考文献

- [1]潘晓晶.老年重症心力衰竭急诊内科治疗及临床预后分析[J].中国保健营养,2021年31卷11期,83页,2021.
- [2]彭巍.78例老年重症心力衰竭急诊内科治疗的临床分析[J].医学信息(中旬刊),2011,24(6):2651-2652.
- [3]吴建顺,保小花,管煜鑫.急性重症心力衰竭急诊内科治疗的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2015.
- [4]黄彬娜.重症心力衰竭患者应用急诊内科治疗护理干预的效果[J].中国医药指南,2020,18(35):2.
- [5]贾永娟,王丽娜.重症心力衰竭急诊内科治疗及预后分析[J].深圳中西医结合杂志,2022(003):032.