

- Meta分析[J]. 浙江临床医学 2018 20(5):915-917.
- [6] 程冰洁. 常规加地奥心血康软胶囊治疗慢性心力衰竭疗效观察[J]. 人民军医 2016 59(1):43-44.
- [7] 黄丽. 活血逐瘀汤联合单硝酸异山梨酯用于冠心病心绞痛临床评价及对血管内皮功能和心功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志 2018 16(6):686-690.
- [8] 裴斯彪, 王丹, 殷文, 等. 地奥心血康软胶囊对冠心病介入术后心绞痛及血清脂质过氧化物的影响[J]. 药物评价研究 2019, 42(5):912-916.
- [9] 李玉敏. 血脂康胶囊联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压

并冠心病的临床疗效及其对血脂、血管内皮功能及炎症的影响[J]. 实用心脑血管病杂志 2016 24(7):90-93.

- [10] 刘华. 地奥心血康胶囊联合尼可地尔治疗冠心病心肌缺血的临床研究[J]. 现代药物与临床 2017 32(9):1635-1638.
- [11] 王连仁. 氯吡格雷联合瑞舒伐他汀对冠心病患者血管内皮功能及心功能的影响[J]. 国际医药卫生导报 2018 24(13):2006-2008.

收稿日期 2019-10-11

(编辑 羽飞)

托拉塞米与左卡尼汀治疗慢性心衰急性加重期的效果及对BNP、ANG II、荃丙酮的影响

吴宇 黑龙江省佳木斯市中心医院心内三科 154002

摘要 目的: 探讨托拉塞米联合左卡尼汀对慢性心衰急性加重期患者心室肥厚程度及血浆B型利钠肽原(BNP)、血管紧张素Ⅱ(ANG II)、荃丙酮的影响。**方法:** 选择2019年2月—2020年6月我院收治的慢性心衰急性加重期患者74例,按随机数字表法分为两组,各37例。对照组采用左卡尼汀注射液治疗,观察组给予托拉塞米联合左卡尼汀治疗,比较两组治疗前及治疗后心室肥厚程度、BNP、ANG II、荃丙酮及不良反应。**结果:** 治疗前,两组心室肥厚程度相关指标、BNP、ANG II、荃丙酮比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组舒张末期左心室内径(LVEDD)、左心室后壁厚度(LVPWT)、室间隔厚度(IVST)、MLWHF评分、BNP、ANG II、荃丙酮均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为13.51%,与对照组的10.81%相比,无显著差异($P > 0.05$)。**结论:** 托拉塞米联合左卡尼汀可有效改善慢性心衰急性加重期患者心室肥厚程度,降低BNP、ANG II、荃丙酮,具有较高安全性。

关键词 慢性心力衰竭 急性加重期 托拉塞米 左卡尼汀 心室肥厚程度

中图分类号: R541.6 文献标识码: B doi: 10.19381/j.issn.1001-7585.2021.11.018

慢性心力衰竭是由心肌病、心肌梗死、炎症等各种原因引起的心脏收缩功能严重障碍的复杂性临床综合征,以肺循环、体循环淤血、组织灌注不足等为主要特征^[1]。冠心病、高血压、心瓣膜病等是慢性心衰的主要病因,由于近年来冠心病、高血压患病人数越来越多,致使慢性心力衰竭患者人数呈逐年上升趋势,加之患者自身血压升高及各种因素的影响,患者极易发展至急性加重期^[2]。临床上治疗慢性心衰主要以缓解临床症状、减少心肌损伤及降低死亡率为目的。但国内已有的研究报道多局限于观察患者心功能、炎症等指标,对慢性心衰急性加重期患者生活质量的研究较少^[3-4]。因此,本文重点观察托拉塞米联合左卡尼汀在慢性心衰急性加重期患者中的作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2019年2月—2020年6月我院收治的慢性心衰急性加重期患者74例,按随机数字表法分为两组,各37例。观察组男19例,女18例;年龄43~78岁,平均年龄(57.35±5.28)岁;美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级为Ⅲ级22例、Ⅳ级15例;合并冠心病17例、高血压15例。对照组男20例,女17例;年龄42~76岁,平均年龄(57.64±6.03)岁;NYHA心功能分级为Ⅲ级23例、Ⅳ级14例;合并冠心病18例、高血压16例。比较两组一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 入选标准 (1) 纳入标准: ①符合《慢性心力衰竭基层

诊疗指南(实践版·2019)》^[5]中相关诊断; ②NYHA心功能≥Ⅲ级,心衰持续时间>1个月; ③均签署知情同意书。(2) 排除标准: ①由于其他脏器衰竭导致的急性心衰者; ②发生严重感染者; ③合并肿瘤、免疫系统疾病者; ④对使用药物过敏者。

1.3 方法 对照组采用左卡尼汀注射液(江西东抚制药有限公司,国药准字H20113065,规格:5ml:1g)治疗,2g左卡尼汀+5%葡萄糖注射液配成100ml溶液,混合均匀后静脉滴注2次/d,持续治疗7d。观察组给予托拉塞米(海南斯达制药有限公司,国药准字H20183223,规格:20mg)联合左卡尼汀治疗,托拉塞米20mg+5%葡萄糖溶液稀释至100ml溶液,静脉滴注,1次/d,左卡尼汀给药方法与上述对照组一致,持续治疗7d。

1.4 观察指标 对比两组治疗前及治疗后心室肥厚程度、BNP、ANG II、荃丙酮及不良反应。(1) 心室肥厚程度: 采用美国飞利浦EPIQ7思维彩超数字超声多普勒系统检测两组舒张末期左心室内径(LVEDD)、左心室后壁厚度(LVPWT)、室间隔厚度(IVST)。(2) BNP、ANG II、荃丙酮: 抽取两组清晨空腹肘静脉血2ml,离心分离血浆,采用电化学发光免疫法测定BNP,酶联免疫吸附法检测ANG II,化学法(滴定)检测荃丙酮。(3) 不良反应: 记录两组治疗期间电解质紊乱及其他症状的发生情况。

1.5 统计学方法 采用SPSS20.0软件分析数据,计数资料

用百分比表示 采用 χ^2 检验 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示 采用 t 检验 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心室肥厚程度 治疗前 两组心室肥厚程度相关指标

表1 两组心室肥厚程度对比 $(\bar{x} \pm s, \text{mm})$

组别	n	LVEDD		IVST		LVPWT	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	37	62.24 ± 4.92	56.17 ± 4.33	14.32 ± 2.40	12.43 ± 1.76	13.79 ± 1.66	12.03 ± 1.25
观察组	37	62.45 ± 5.13	50.21 ± 4.08	14.67 ± 2.59	10.57 ± 0.89	14.11 ± 1.82	10.74 ± 0.96
t		0.180	6.094	0.603	5.737	0.790	4.979
P		0.858	0.000	0.548	0.000	0.432	0.000

2.2 BNP、ANG II、茎丙酮 治疗前 两组 BNP、ANG II、茎丙酮比较 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 两组 BNP、

比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 LVEDD、LVPWT、IVST 指标均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

ANG II、茎丙酮均显著下降, 且观察组 BNP、ANG II、茎丙酮低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 两组 BNP、ANG II、茎丙酮对比 $(\bar{x} \pm s, \text{pg/ml})$

组别	n	BNP		ANG II		茎丙酮	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	37	659.76 ± 80.15	522.53 ± 64.34	186.15 ± 35.04	158.23 ± 24.98	227.63 ± 40.38	188.39 ± 27.16
观察组	37	662.85 ± 76.76	420.27 ± 62.16	188.44 ± 37.53	132.76 ± 18.51	231.46 ± 37.55	169.74 ± 23.20
t		0.169	6.953	0.271	4.983	0.423	3.176
P		0.866	0.000	0.787	0.000	0.674	0.002

2.3 不良反应 观察组出现口干 2 例、轻度胃肠不适 1 例、头晕 1 例、腹泻 1 例 不良反应发生率为 13.51% (5/37); 对照组出现口干 2 例、便秘 1 例、恶心 1 例 不良反应发生率为 10.81% (4/37) 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.000, P = 0.722$)。两组不良反应程度较轻, 均未给予对症药物治疗, 且症状自行消失。

力衰竭病症^[10]。托拉塞米与左卡尼汀联合使用, 可有效逆转心室重构, 增强心室舒缩功能, 进而减轻心室肥胖程度, 改善预后。

综上所述, 托拉塞米联合左卡尼汀有利于减轻慢性心衰急性加重期患者心室肥厚程度和心肌损伤, 并降低 BNP、ANG II、茎丙酮, 改善心肌重塑, 安全性较高。

3 讨论

慢性心衰急性加重期患者多表现为呼吸困难、乏力、体液潴留等症状, 且症状较重, 病情发展迅速, 病死率高, 导致患者预后较差, 需采取及时有效的治疗^[6]。托拉塞米是高效髓袢利尿药, 其利尿作用长、药效持久, 且不易造成电解质紊乱^[7]。左卡尼汀是人体能量代谢必需的天然物质, 可促进心肌细胞氧化、减少有毒代谢产物, 有利于缓解心肌功能障碍。

参 考 文 献

本文中, 观察组治疗后 LVEDD、LVPWT、IVST 指标及 BNP、ANG II、茎丙酮均低于对照组, 且不良反应少、症状轻, 说明托拉塞米联合左卡尼汀对于改善慢性心衰急性加重期患者心室肥厚程度, 降低 BNP、ANG II、茎丙酮, 且不会引起严重不良反应。相关研究显示, 心衰患者体内心肌组织和血浆中左卡尼汀浓度相对于正常人明显偏低, 且其伴随心力衰竭病情加重而下降^[8]。慢性心衰患者心肌细胞缺血、缺氧或代谢失衡, 会对线粒体造成损伤, 加重心肌细胞受损程度。左卡尼汀是人体能力代谢的必需成分, 补充左卡尼汀可促使心肌细胞内脂酰辅酶 A 进入线粒体, 保证心肌收缩对腺苷三磷酸的需求, 进而缓解人体内因缺乏左卡尼汀而引起的代谢紊乱、心肌等组织的损伤。托拉塞米不仅具有快速利尿、减少心脏负荷功效, 同时能够提高血浆前列腺素 E_2 和前列环素浓度, 抑制血栓素 A_2 、 B_2 对血管的收缩效应, 拮抗醛固酮与受体结合, 相对传统利尿剂呋塞米, 其生物利用度更高, 利尿效果更显著, 可有效降低 BNP、ANG II、茎丙酮^[9]。心室肥胖会改变心脏功能, 增加心输血量, 促使心脏重构, 当室壁增厚无法代偿心室扩张时, 会导致心脏舒缩功能下降, 加重心

[1] 李伟英, 苗梦露. 中西医结合治疗慢性心力衰竭 23 例临床研究 [J]. 江苏中医药 2017, 49(1): 27-28.
 [2] 杨丽云, 格日勒, 袁欣瑞. 托拉塞米联合左卡尼汀治疗老年慢性心力衰竭的临床疗效分析 [J]. 解放军预防医学杂志 2019, 37(4): 17-18.
 [3] 刘钊, 王志强, 张利云. 左卡尼汀联合辅酶 Q10 对慢性心衰患者 hsCRP、cTn I 及 BNP 水平的影响 [J]. 心血管康复医学杂志, 2018, 27(2): 195-199.
 [4] 隋利军, 李维, 甘建祥, 等. 托伐普坦对慢性心力衰竭急性发作合并利尿剂抵抗的疗效研究 [J]. 国际心血管病杂志 2018, 45(3): 186-188.
 [5] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 慢性心力衰竭基层诊疗指南(实践版·2019) [J]. 中华全科医师杂志 2019, 18(10): 948-956.
 [6] 郭菁桦, 谈雪川, 黄守莲, 等. 重组人脑利钠肽治疗老年慢性心衰患者急性加重期的临床研究 [J]. 中国循证心血管医学杂志, 2017, 9(12): 1519-1521.
 [7] 胡玲玲, 任江华. 托伐普坦与托拉塞米治疗慢性心衰急性发作的疗效比较 [J]. 西南国防医药 2017, 27(4): 338-340.
 [8] 张晓惠, 常国栋. 左卡尼汀对慢性充血性心衰患者心功能、心室重构和生活质量的影响 [J]. 中国循证心血管医学杂志 2018, 10(12): 1547-1549.
 [9] 王垒, 刘慧, 李允, 等. 托拉塞米联合左卡尼汀治疗慢性心力衰竭急性加重期的临床研究 [J]. 现代药物与临床 2018, 33(1): 79-83.

[10] 张晔, 汤燕, 孙伟. 新活素、左西孟旦对慢性心力衰竭急性加重期的治疗效果[J]. 国际老年医学杂志, 2019, 40(4): 196-198, 250.

收稿日期 2020-08-28
(编辑 王叶)

阳虚气郁型慢性心力衰竭伴抑郁患者应用温阳理气饮对其运动耐量及生活质量的影响

梁重俊¹ 梁瑾² 1 河南省宜阳县中医院中医内科国医堂 471000; 2 河南科技大学第一附属医院检验科

摘要 目的: 观察温阳理气饮对阳虚气郁型慢性心力衰竭(CHF)伴抑郁患者运动耐量与生活质量的影响。**方法:** 选取我院收治的76例阳虚气郁型CHF伴抑郁患者,以随机数字表法分为2组,各38例,2组均予以西医常规治疗,对照组加用路优泰,实验组加用温阳理气饮,比较2组治疗前后中医证候积分、心功能指标[左室射血分数(LVEF)、左室舒张末内径(LVED)以及收缩末内径(LVSD)]、汉密尔顿抑郁(HAMD)评分、6min步行试验(6MWT)结果、生活质量(MLHFQ)评分及不良反应。**结果:** 实验组治疗后中医证候积分、HAMD评分、MLHFQ评分显著低于对照组($P < 0.05$)。6MWT距离明显大于对照组($P < 0.05$);实验组治疗后LVEF明显高于对照组($P < 0.05$),LVED、LVSD明显小于对照组($P < 0.05$);2组不良反应发生率比较无显著差异($P > 0.05$)。**结论:** 温阳理气饮可有效改善阳虚气郁型CHF伴抑郁患者临床症状,促进心功能恢复,提高其运动耐量与生活质量。

关键词 慢性心力衰竭 抑郁 温阳理气饮 运动耐量 生活质量

中图分类号: R541.6 文献标识码: B doi: 10.19381/j.issn.1001-7585.2021.11.019

慢性心力衰竭(CHF)患者常见心理疾病之一为抑郁,有报道称,CHF伴随抑郁概率高达19.22%,其中大部分为中重度抑郁,占比大约83.66%,对患者生活造成严重影响^[1-2]。负性情绪可加重心衰症状,提高治疗难度,最终形成恶性循环,故于抗心衰治疗同时进行抗抑郁治疗对减轻CHF伴抑郁症状以及改善预后具有积极意义与作用^[3-4]。西医抗抑郁药的应用具有一定局限性,比如副作用突出、起效慢等。以往临床实践可知,中医在治疗CHF伴抑郁方面具有较大优势^[5]。本文以76例阳虚气郁型CHF伴抑郁患者为观察对象,分组探讨温阳理气饮疗效及对运动耐量与生活质量的影响,以期改善CHF伴抑郁治疗效果提供一定依据,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院2018年1月—2019年2月收治的76例阳虚气郁型CHF伴抑郁患者。纳入标准:(1)与2014年版《中国心力衰竭诊断和治疗指南》^[6]中CHF有关诊断标准相符;(2)抑郁症符合《中国精神疾病分类与诊断标准》^[7]有关标准相符,汉密尔顿抑郁(HAMD)评分为17~24分;(3)与《中药新药临床研究指导原则》^[8]中阳虚气郁证标准相符;(4)对本次研究知情,同意参与。排除标准:(1)近期有抗抑郁治疗史;(2)病情严重必须予以紧急治疗;(3)合并肝肾功能障碍。以随机数字表法将其平均分为2组。对照组男21例,女17例,年龄42~72(60.03±10.45)岁;心功能分级情况:Ⅱ级23例,Ⅲ级15例。实验组男24例,女14例,年龄40~73(59.82±10.27)岁;心功能分级情况:Ⅱ级26例,Ⅲ级12例。2组性别、年龄、HAMD评分及心功能分级等一般资料比较无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 方法 2组均予以西医常规治疗:使用洋地黄、 β -受体阻滞剂、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管扩张剂与醛固酮受体拮抗剂等,并予以心理干预。对照组加用路优泰

(国药准字号:Z20160009,生产厂家:德国威玛舒培博士药厂),1片/次,3次/d。实验组加用温阳理气饮,组方为:桂枝12g,炮附子、茯苓、柴胡、姜半夏、薤白、炮姜、醋香附、陈皮、炙甘草各9g,枳实、白术与白芍各6g;每日1剂,早晚各饮用1次。所有患者连续用药12周为1疗程。

1.3 观察指标 比较2组治疗前后中医证候积分、心功能指标[左室射血分数(LVEF)、左室舒张末内径(LVED)以及收缩末内径(LVSD)]、HAMD评分、6min步行试验(6MWT)结果、生活质量(MLHFQ)评分及不良反应。以超声心动图测定患者LVEF、LVED、LVSD。中医证候积分参照《中药新药临床研究指导原则》^[8],包括气短、胸闷、喘息、心悸以及乏力症候,各证候积分0~3分,总分15分,积分越高表示越严重。HAMD评分越高表示抑郁越严重。MLHFQ评分总分105分,评分越高表示生活质量越差。

1.4 统计学方法 采取SPSS19.0软件处理数据,计量资料表示为($\bar{x} \pm s$),以 t 检验;计数资料表示为[$n(\%)$],以 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后心功能指标比较 实验组治疗后LVEF明显高于对照组($P < 0.05$),LVED、LVSD明显小于对照组($P < 0.05$)。见表1。

2.2 2组治疗前后HAMD评分、6MWT、MLHFQ评分及中医证候积分比较 实验组治疗后HAMD评分、MLHFQ评分、中医证候积分明显低于对照组($P < 0.05$)。6MWT距离明显大于对照组($P < 0.05$)。见表2。

2.3 2组不良反应比较 对照组恶心1例,实验组恶心与呕吐各1例,2组不良反应发生率比较无显著差异($P > 0.05$)。

3 讨论

中医认为CHF表现主要为气虚,经过发展可引起阴虚