

# 卡托普利联合倍他乐克、左卡尼汀 治疗冠心病合并心力衰竭的临床分析

李金会<sup>①</sup>

关键词 冠心病; 心力衰竭; 卡托普利; 左卡尼汀; 疗效

doi:10.3969/j.issn.1001-568X.2016.07-0030

[中图分类号] R781 [文献标识码] B [文章编号] 1001-568X(2016)07-0078-02

冠心病(CHD)是指由于脂质代谢不正常血液中的脂质沉着在动脉内膜上堆积而成白色斑块,通常称为动脉粥样硬化病变。心力衰竭是由于心室泵血或充盈功能低下,心排血量不能满足机体代谢的需要,组织、器官血液灌注不足,同时出现肺循环和(或)体循环淤血,是各种心脏病发展到严重阶段的临床综合症,也称为充血性心力衰竭(CHF)。冠心病合并心力衰竭是常见病、多发病<sup>[1]</sup>,是各类心脏疾病发展到终末阶段所致,其患病率、病死率随着心血管疾病发病率的逐年升高而不断增加,已经引起了社会和临床的广泛关注<sup>[2]</sup>。2013年1月—2015年6月我院心内科采用卡托普利联合倍他乐克、左卡尼汀治疗54例冠心病合并心力衰竭患者,取得了满意的临床疗效,现总结报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选取2013年1月—2015年6月我院心内科108例冠心病合并心力衰竭患者为研究对象,其中男60例,女48例,年龄48~75岁,平均年龄(62.5±4.5)岁,全部患者均符合《内科学》(高等医药院校教材,第5版)诊断标准确诊为充血性心力衰竭。病症类型:稳定型心绞痛42例,不稳定型心绞痛36例,陈旧型心绞痛30例;心力衰竭分级:Ⅱ级68例,Ⅲ级40例。随机分为观察组和对照组,每组54例,两组患者性别、年龄、病症类型和心力衰竭分级等基本资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

两组患者均给予卧床休息、低盐饮食和吸氧,同时给予洋地黄制剂、利尿剂、醛固酮受体拮抗剂、硝酸制剂和多巴胺常规治疗。观察组患者在此基础上采用卡托普利联合倍他乐克、左卡尼汀治疗。具体方法:卡托普利剂量从6.25 mg每日2次口服,逐渐增加到25 mg每日2次口服,倍他乐克从12.5 mg每日2次口服,逐渐增加到25 mg每日2次口服,左卡尼汀每次口服1 g,每日2次,治疗3个月。两组患者必要时均给予0.2 mg西地兰,积极控制感染和血压,纠正水电解质紊乱和酸碱平衡。

<sup>①</sup>华亭县人民医院 甘肃 华亭 744100

比较两组治疗后的临床疗效,观察血压改善情况和心脏每搏量(SV)、射血分数(EF)和排血量(CO)改善情况。

### 1.3 疗效判定标准

(1)显效:临床主要症状、体征明显好转,心功能改善2级;(2)有效:症状好转,心功能改善1级;(3)无效:主要症状无改善,心功能无变化或恶化。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 13.0软件进行统计学分析,计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗后临床疗效比较

观察组治疗总有效率为92.59%,对照组治疗总有效率为70.37%,观察组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

### 2.2 两组患者治疗后临床症状改善情况

两组患者治疗后SV、EF和CO均较治疗前改善,治疗前后比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者治疗后SV、EF和CO均较对照组改善明显,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组患者治疗前后收缩压和舒张压比较,差异有统计学意义( $P>0.05$ );观察组患者治疗后收缩压和舒张压与对照组比较差异有统计学意义( $P>0.05$ ),见表1、表2。

## 3 讨论

充血性心力衰竭又称为慢性心衰,治疗心衰的目标不仅是改善症状、提高生活质量,而且要针对(下转第87页)

表1 两组患者治疗前后血压改善情况比较( $\bar{x}\pm s$ ) mmHg

组别	收缩压		舒张压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=54)	149±12	109±11	106±13	76±12
对照组(n=54)	151±11	126±12	107±12	88±10

表2 两组患者治疗前后心功能指标变化情况( $\bar{x}\pm s$ )

观察组	SV(ml)		CO(L/min)		EF(%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=54)	44.6±7.6	92.5±6.5	2.97±1.11	5.58±0.36	39.1±11.6	75.5±12.6
对照组(n=54)	45.5±7.4	80.5±5.5	2.95±1.13	4.56±0.25	38.9±12.1	62.5±11.5

压控制水平,也能提高患者高血压控制的相关知识水平。在实施综合护理干预措施时应注意以下几点:(1)健康宣教:由于老年高血压患者容易对生活产生悲观情绪,针对此类情况,护理人员应及时进行高血压知识宣教,针对该病的发病机理、药物和护理干预的效果,以及服用降压药物的注意事项等开展健康知识宣教工作。采用不定期询问患者控制血压效果,举办有关高血压相关知识、干预治疗方法的联谊会等形式,提高老年高血压患者对高血压的认识,恢复其生活信心,让他们充分认识到防范高血压的重要性;(2)药物干预:对服用降压药物的老年患者,应针对他们的健忘症或不按时服药的习惯,除嘱咐他们定时、定量和准确地服用药物外,还应对患者本人及家属进行特殊叮嘱,不可轻易停药或增减药物剂量,避免不良事件发生;(3)饮食习惯干预:老年高血压作为临床常见的慢性疾病之一,进行及时、有效的综合护理干预不仅可以防止其他心脑血管疾病的发生,而且可以提高老年患者的自我保健意识,使其认识到高血压的危害性和严重性。在日常饮食中,首先要从减少盐的摄入量、戒烟酒、适当地参加慢性运动、合理食用含高脂肪和高热量的食物等多方面着手控制血压,并开展健康饮食习惯教育,改变老年高血压患者的不良生活习惯和不定时的饮食方式。通过饮食习惯的宣传教育,可以有效地改善老年高血压患者合理的膳食结构和饮食习惯,从而有利于控制血压,提高对身心健康的干预效果<sup>[7]</sup>;(4)合理运动:由于老年高血压患者关节等部位对于过于激烈的运动受限,要根据患者的自身身体状况和个体差异选择适合自己的运动量,进行适宜自身的健身运动,降低体重,既要保证老年高血压患者的运动量,也不能过度运动,如应做一些有氧运动操、慢跑以及打太极拳等,做到劳逸结合,不仅能够促进老年高血压患者的身心健康,而且可以使血压剧升

的状况得到有效控制。

本研究发现,实施综合护理干预6个月后,观察组患者SBP平均降低(40.1±5.2) mmHg, DBP平均降低(30.6±6.5) mmHg,对照组SBP平均降低(25.7±8.3) mmHg, DBP平均降低(15.5±8.6) mmHg,两组患者血压控制效果比较差异有显著性( $\chi^2=8.162$  9,  $P<0.05$ )。

综上所述,在常规药物治疗的基础上采取综合护理干预措施,包括药物知识宣教、饮食控制、心理干预、锻炼注意事项及遵医行为等措施,可以有效地改善老年高血压患者血压持续增高的状况,对提高患者血压控制效果和生活质量,降低高血压病发生率具有重要的临床应用价值。

## 参考文献

- [1] 戴秀菊, 杨金娟, 周志虹. 老年高血压患者心理护理的效果分析[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(6): 43-44.
- [2] 林文娟. 社区护理干预对老年高血压患者治疗效果的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2013, 7(10): 155-156.
- [3] 张小林. 老年高血压患者的社区护理干预效果观察[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(4): 64.
- [4] 何玉燕. 最新心血管内科临床护理精细化操作与优质服务规范化管理及考评指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 45-46.
- [5] 杨清, 李玉霞. 护理干预对116例老年性高血压服药依从性及治疗结果的影响[J]. 宁夏医学杂志, 2011, 33(10): 1027-1028.
- [6] 吴侃, 涂剑, 何晶晶, 等. 社区护理干预对30例高血压患者遵医行为的效果观察[J]. 北方药学, 2012, 8(4): 54-55.
- [7] 邱夕萍. 对老年高血压患者进行系统护理干预的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(14): 98-100.

[收稿日期: 2016-05-22] (编辑: 赵振军)

(上接第78页)

心肌重构的机制,延缓和防止心肌重构的发展,降低心衰的住院率和死亡率。充血性心力衰竭发生的机制是心肌重构、心室重塑和神经激素细胞因子之间的恶性循环<sup>[3]</sup>。心肌重构、心室重塑易诱发心律失常、心力衰竭,使交感神经肾上腺素系统激活,心肌的 $\beta$ 受体兴奋性增高,可致心率加快,易发生心律失常,增加心肌氧耗,兴奋 $\alpha_1$ 和 $\beta$ 受体,去甲肾上腺素水平增高,导致周围动脉、静脉收缩,周围阻力增加,使心脏负荷增加。根据心力衰竭治疗指南,改善心肌功能、增加心肌收缩力和增加心输出量,仍然是慢性心力衰竭治疗的重点。

卡托普利属于血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI),能够缓解慢性充血性心力衰竭症状,降低患者死亡率和改善预后,预防或延缓临床心力衰竭的发生,是心衰治疗的基石<sup>[4]</sup>。ACEI同时抑制肾素-血管紧张素系统(RAS)和交感神经系统(SNS),兼有扩张小动脉和小静脉的作用,抑制醛固酮生成,促进水钠排出和利尿,减轻心脏前后负荷,抑制心脏的RAS,逆转心室肥厚,防止和延缓心室重塑。倍他乐克属于 $\beta$ 受体阻滞剂,不仅能有效地改善心室重构,还能显著减少猝死,抑制慢性肾上腺素,能系统激活介导的心室重塑,改善左室结构和功能,缩小心脏,增加射血分数<sup>[5]</sup>。 $\beta$ 受体阻滞剂改善心脏功能是由于以下原因:(1)减慢心率,延长心室舒张期充盈时间和冠脉舒张期灌注时间。(2)减少心肌氧耗量。(3)与儿茶酚胺结合,使进入胞浆的 $\beta_1$ 受体重新回到心肌细胞膜上,增加受体密度。(4)抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统(抑制RAAS,减少钠潴留,降低心脏负荷,同时减少血管紧张素对心肌的损害),通过抑制心肌细胞膜上cAMP,防止心肌细胞内钙离子超载,减轻心肌细胞损伤,从而抑制心室重塑。(5)抗心律失常、抗心肌缺血作用。ACEI与 $\beta$ 受体阻滞剂合用有协同作用<sup>[6]</sup>。左卡尼汀是一种特殊氨基酸,是改善细胞能量代谢的药物,可促进脂类代谢。左卡尼汀维持血管内皮细胞结构和功能的完整性,防止内皮细胞受损,并降低缺血再灌注后损伤,通过

提高心肌超氧化物歧化酶的活性降低心肌丙二醛含量,提高心肌对氧自由基的抵抗能力,抑制了氧自由基对心肌细胞的损伤。应用左卡尼汀可以在改善心功能的同时,降低患者TC、TG,升高HDL,提示左卡尼汀有调节血脂作用<sup>[7]</sup>。

本研究发现,观察组患者治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),观察组患者治疗后SV、EF和CO均较对照组改善明显,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),观察组患者治疗后收缩压和舒张压与对照组比较差异有统计学意义( $P>0.05$ )。说明卡托普利联合倍他乐克、左卡尼汀治疗冠心病合并心力衰竭的临床疗效较好,能够快速改善患者的临床症状。可见,卡托普利联合倍他乐克、左卡尼汀具有显著的协同抗心室重塑、抗心力衰竭作用,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 徐伟, 洪兵, 徐晓文, 等. 辛伐他汀对2型糖尿病合并冠心病患者血清淀粉样蛋白A的影响[J]. 徐州医学院学报, 2010, 30(2): 96-98.
- [2] 李作成. 注射用磷酸肌酸钠治疗急性心肌梗死后心力衰竭的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(16): 2371-2372.
- [3] 李展. 米力农联合多巴酚丁胺治疗充血性心力衰竭的临床观察[J]. 健康必读, 2013(4): 415.
- [4] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J]. 中华心血管杂志, 2002, 30(1): 7-23.
- [5] 吴学思. 正确掌握 $\beta$ 受体阻滞剂在慢性心力衰竭的应用时机[J]. 中华心血管病杂志, 2006, 34(9): 769-771.
- [6] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1076.
- [7] 刘永, 张宗任, 李霞. 左旋卡尼汀对老年慢性心力衰竭患者心功能的影响[J]. 沈阳医学院学报, 2008, 10(3): 145-146.

[收稿日期: 2016-04-15] (编辑: 赵振军)