

中西医结合治疗急性心力衰竭疗效观察及对血浆 N 末端脑利钠肽前体的影响

高艳艳, 牟雄能

台州市第一人民医院急诊科, 浙江 台州 318020

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗急性心力衰竭患者临床疗效及对血浆 N 末端脑利钠肽前体 (NT-proBNP) 的影响。方法: 将 72 例患者随机分为 2 组各 36 例, 对照组采用抗心力衰竭以及美托洛尔治疗, 观察组在对照组基础上加用自拟中药方剂治疗, 2 组均连续治疗 14 天, 比较 2 组疗效、治疗前后心功能指标变化、治疗前后血浆 NT-proBNP 变化、治疗过程中不良反应发生情况。结果: 总有效率观察组为 86.11%, 对照组为 63.89%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组患者中心静脉压 (CVP) 较治疗前降低 ($P < 0.05$), 左室射血分数 (LVEF)、每分钟搏出量 (SV) 较治疗前增加 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组 CVP 低于对照组 ($P < 0.05$), LVEF、SV 高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后, 2 组患者血浆 NT-proBNP 和心肌钙蛋白 (cTnI) 较治疗前均降低 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组血浆 NT-proBNP 和 cTnI 低于对照组 ($P < 0.05$); 2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 中西医结合治疗急性心力衰竭患者疗效确切, 可改善患者心功能, 并降低血浆 NT-proBNP, 值得临床推广应用。

[关键词] 急性心力衰竭; 中西医结合疗法; 血浆 N 末端脑利钠肽前体

[中图分类号] R541.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0027-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.013

急性心力衰竭是急性心肌梗死一种常见并发症。该病发病率、死亡率均较高, 可致使患者血压持续下降、神志模糊等, 使患者生命健康受到严重威胁。其临床症状主要表现为呼吸困难、肺部干湿啰音、心搏出量减少等^[1-3]。近年来, 中西医结合治疗急性心力衰竭取得显著的临床效果, 且无明显不良反应, 安全可靠^[4]。笔者采用中西医结合治疗急性心力衰竭, 取得确切疗效, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2012 年 2 月—2014 年 2 月急性心力衰竭患者 72 例, 其中冠状动脉粥样硬化性心脏病 25 例, 高血压性心脏病 19 例, 肺源性心脏病 17 例, 其他 11 例; 男 41 例, 女 31 例; 年龄 42~78 岁, 平均(59.86±10.47)岁。按随机数字表法分为 2 组各 36 例。2 组性别、年龄等一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4] 中相关诊断标准。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予抗心力衰竭常规治疗, 如改善心肌缺血、利尿、强心、减轻心脏前负荷等。给予美托洛尔(阿斯利康制药有限公司, 国药准字 H32025390), 起始剂量为 6.25 mg, 按照患者症状加量, 至病情稳定, 每天 2 次, 口服。

2.2 观察组 在对照组基础上加用自拟中医方剂, 处方: 红

参 20 g, 黄芪、附子、丹参、川芎各 10 g, 甘草 6 g。每天 1 剂, 水煎服。

2 组均治疗 14 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组临床疗效, 比较 2 组患者治疗前后心功能指标[中心静脉压(CVP)、左室射血分数(LVEF)、每分钟搏出量(SV)]变化、2 组患者治疗过程中不良反应发生情况、治疗前后 2 组患者血浆 N 末端脑利钠肽前体(NT-proBNP)、心肌钙蛋白(cTnI)。血浆 NT-proBNP 测定: 分别于患者住院时和治疗后抽取清晨空腹静脉血 2 mL, 于 4℃下 1000rpm 离心 10 min, 提取血浆用于检测。NT-proBNP 试剂盒购自于石家庄洹众生物科技有限公司, 正常参考值 <300 pg/mL, 检测范围 5~35000 pg/mL, 采用荧光免疫测试法检测血浆 NT-proBNP 浓度。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 对数据进行统计分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 计数资料以百分率表示, 采用 t 检验或 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《急性心力衰竭诊断和治疗指南诊断标准》^[5] 相关标准, 显效: 患者心功能改善 2 级以上, 心衰症状基本控制; 有效: 患者心功能改善 1~2 级, 心衰症状明显改善; 无效: 患者心功能改善 <1 级, 心衰症状无变化。

[收稿日期] 2014-11-13

[作者简介] 高艳艳 (1977-), 女, 主治医师, 研究方向: 急症内科。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为86.11%，对照组为63.89%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| 观察组 | 36 | 14(38.89) | 17(47.22) | 5(13.89) | 86.11 ^① |
| 对照组 | 36 | 7(19.44) | 16(44.44) | 13(36.11) | 63.89 |

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后心功能指标比较 见表2。治疗前，2组CVP、LVEF、SV水平比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后，2组患者CVP较治疗前降低($P < 0.05$)，LVEF、SV较治疗前增加($P < 0.05$)；治疗后，观察组CVP低于对照组($P < 0.05$)，LVEF、SV高于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | CVP(p/kPa) | LVEF(%) | SV(mL) |
|-----|----|-----|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 观察组 | 36 | 治疗前 | 1.89±0.25 | 32.48±1.87 | 62.64±6.52 |
| | | 治疗后 | 1.27±0.21 ^② | 40.87±2.26 ^② | 79.96±7.81 ^② |
| 对照组 | 36 | 治疗前 | 1.94±0.23 | 32.71±1.95 | 63.17±7.13 |
| | | 治疗后 | 1.61±0.20 ^① | 36.29±2.14 ^① | 71.09±7.49 ^① |

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后血浆NT-proBNP和cTnI水平比较 见表3。治疗前，2组血浆NT-proBNP和cTnI水平比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后，2组血浆NT-proBNP和cTnI较治疗前均降低($P < 0.05$)；治疗后，观察组血浆NT-proBNP和cTnI低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后血浆NT-proBNP和cTnI水平比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | NT-proBNP(pg/mL) | cTnI(ng/mL) |
|-----|----|-----|-----------------------------|------------------------|
| 观察组 | 36 | 治疗前 | 1724.54±518.29 | 0.39±0.12 |
| | | 治疗后 | 489.68±276.54 ^② | 0.12±0.07 ^② |
| 对照组 | 36 | 治疗前 | 1764.71±612.39 | 0.37±0.13 |
| | | 治疗后 | 1028.75±389.45 ^① | 0.24±0.09 ^① |

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.5 不良反应 对照组治疗过程中出现2例血压下降、4例恶性呕吐，观察组治疗过程中出血1例血压下降、2例恶心呕吐；2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

5 讨论

急性心力衰竭病理生理基础是由于心脏收缩力突然下降，心排血量急剧降低，或左室舒张末压迅速增加，左室瓣膜性急性反流，肺静脉回流不畅，可致使肺静脉瘀血及肺水肿，常见于心肌梗死、心肌炎等疾病^[6]。脑利钠肽(BNP)多数在心室分泌，能够反映心脏功能。BNP水解生成NT-proBNP，而

NT-proBNP半衰期长且稳定，能够有效反映心脏受伤情况，并且为心力衰竭预后的强有力风险因子^[7]。目前，临床上对心力衰竭患者治疗主要包括磷酸二酯酶抑制剂、拟肾上腺素类及洋地黄类药物，但远期疗效不甚理想。近年来，中医药在急性心力衰竭治疗方面取得了明显的临床效果。中医学认为，急性心力衰竭属心悸、水肿、喘证等范畴。该病病机主要为阳气不足，气血亏虚，血瘀痰浊，故而治疗应兼顾标本^[8]。中医辨证属气虚血瘀证，临床表现：心悸气短，胸胁作痛，胁下痞块，下肢浮肿，面色晦暗，唇甲青紫，舌质紫暗、有瘀点，脉涩或结代。笔者选用自拟方剂治疗，方中红参具有大补元气，益气摄血功效；附子具有补火助阳、回阳救逆功效；丹参具有活血化瘀；黄芪益气温阳功效；附子补火助阳、回阳救逆功效；甘草调和诸药。诸药共用，活血化瘀、益气强心。现代药理研究显示，红参成分中人参皂苷可增强心肌收缩力，降低心率作用；川芎能够改善心肌微循环及冠状动脉功能，同时可纠正心肌缺血缺氧现象；附子成分中去甲乌药碱，可增强心肌收缩力，增加心输出量，具有明显的强心作用。

研究结果显示，采用中西医结合治疗其疗效高于采用美托洛尔治疗，中西医结合治疗患者LVEF和SV增加、CVP降低，患者血浆NT-proBNP和cTnI降低，无明显不良反应。中西医结合治疗急性心力衰竭疗效确切，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 李为民. 心力衰竭临床诊断与治疗——急性心力衰竭诊断和治疗最新进展[J]. 中国实用内科杂志, 2010, 30(3): 200-202.
- [2] 陈茂华, 薄小萍, 羊镇宇. 重组人脑利钠肽对急性心肌梗死后急性心力衰竭循环内分泌激素及左室功能的影响[J]. 临床心血管病杂志, 2012, 28(7): 508-510.
- [3] 张弛, 徐梅, 吴华, 等. 中西医结合治疗心力衰竭32例临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(20): 50-51.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-84.
- [5] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管杂志编辑委员会. 急性心力衰竭诊断和治疗指南诊断标准[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 28(3): 195-208.
- [6] 郑志光, 胡剑华, 张秀梅, 等. 葛根素注射液联合美托洛尔治疗急性心力衰竭的临床近期疗效观察[J]. 中国生化药物杂志, 2012, 33(6): 852-854.
- [7] 肖勇强, 黄建清. 重组人脑利钠肽治疗急性心力衰竭临床观察[J]. 中国实用内科杂志, 2014, 34(1): 120-122.
- [8] 林冰, 蒋丽芳, 郭应军, 等. 不同剂量益气强心中药对急性心力衰竭治疗效果观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(12): 87-88.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)