

- 育症临床观察及对血清孕酮的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 36 (2): 507-509.
- [5] 郝世凤, 李旭京. 真人模拟教学模式在《中西医结合妇产科学》教学中的应用初探 [J]. 国际中医中药杂志, 2011, 33 (12): 1129-1130.
- [6] 夏天, 竇真. 中医妇科学本科教学方法探析 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19 (6): 1-3.
- [7] 叶然, 张爱霞, 徒文静, 等. 女性性功能障碍评估量表的研究进展 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29 (28): 4686-4689.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- [9] 黄蓓. 《证候类中药新药临床研究技术指导原则》发布 [J]. 中医药管理杂志, 2018, 26 (21): 107.
- [10] 鞠蕊, 阮祥燕, 许新, 等. 围绝经期及绝经后女性性功能障碍状况及与更年期症状的关系分析 [J]. 首都医科大学学报, 2020, 41 (4): 503-507.
- [11] 鞠蕊, 阮祥燕, 代荫梅, 等. 不同生殖衰老分期及激素替代治疗的绝经期女性性功能障碍状况分析 [J]. 首都医科大学学报, 2021, 42 (4): 533-539.
- [12] 王玮, 杨永芹, 米国琳. 启阳娱心丹方联合艾司西酞普兰与单用艾司西酞普兰治疗女性抑郁伴性功能障碍的疗效比较 [J]. 山东大学学报 (医学版), 2020, 58 (12): 97-101.
- [13] 蓝湘鑫, 张远丽, 李霞, 等. 美国妇产科医师协会《女性性功能障碍管理指南》解读 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36 (7): 633-636.
- [14] 寇印巧, 李健飞, 王丽珍. 补肾养血安胎汤治疗先兆流产合并甲状腺功能减退疗效及对妊娠激素水平、甲状腺功能的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24 (20): 175-179.
- [15] 羊妹琴, 郑新秋, 华海琴, 等. 补肾养宫汤联合芬吗通对薄型子宫内膜不孕患者子宫内膜厚度、雌激素水平及妊娠率的影响 [J]. 中药药理与临床, 2018, 34 (2): 112-115.

[文章编号] 1007-0893(2024)03-0063-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.03.018

复方丹参滴丸联合依那普利治疗 急性心力衰竭患者的临床疗效

徐晓波 吴田田 陈融融

(许昌市中心医院, 河南 许昌 461000)

[摘要] 目的: 分析急性心力衰竭患者接受复方丹参滴丸联合依那普利治疗的临床效果。方法: 选取许昌市中心医院于 2022 年 11 月至 2023 年 5 月期间收治的 80 例急性心力衰竭患者进行研究, 通过双盲法分为对照组 (40 例, 依那普利) 与观察组 (40 例, 复方丹参滴丸联合依那普利), 研究指标为治疗效果、症状评分、左心室功能、心排血量、6 min 步行耐量测试、血压指标、用药安全性。结果: 观察组患者治疗效果高于对照组; 观察组患者治疗后症状评分 (呼吸困难、身体水肿) 均低于对照组; 观察组患者治疗后左心室舒张末期内径 (LVEDD)、左心室收缩末期内径 (LVESD) 均低于对照组, 左心室射血分数 (LVEF) 高于对照组; 观察组患者治疗后心排血量 (CO) 水平高于对照组; 观察组患者治疗后 6 min 步行耐量测试高于对照组; 观察组患者治疗后血压指标 (日间及夜间的收缩压、舒张压) 均低于对照组, 上述差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者的药安全同性比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 急性心力衰竭患者接受复方丹参滴丸联合依那普利方案后能够更好地改善患者心室功能, 提高心排血量, 优化患者临床症状, 优化血压、步行耐量测试各项指标, 用药安全性高。

[关键词] 急性心力衰竭; 依那普利; 复方丹参滴丸

[中图分类号] R 541 **[文献标识码]** B

急性心力衰竭是临床急危重症, 患者左心功能出现异常急性加重, 心肌收缩力降低、心脏负荷加重, 患者

[收稿日期] 2023-12-22

[作者简介] 徐晓波, 男, 主治医师, 主要从事心血管内科工作。

周围循环阻力增加^[1]。如果不及时进行干预,患者短时间内会出现器官灌注不足和心源性休克,死亡率高。依那普利为血管紧张素转换酶抑制剂,适用于各级心力衰竭,是治疗急性心力衰竭的有效药物^[2]。但急性心力衰竭患者情况复杂,联合作用高效治疗药物可以更好地改善患者病情,优化血液循环状况,挽救患者生命。中医认为急性心肌梗死患者病情复杂,可以分为多个证型。气滞血瘀类型急性心肌梗死主要是由于气阳虚乏、运血无力所致。多项临床研究认为,复方丹参滴丸对急性心力衰竭患者病情有效^[3-4]。鉴于此,许昌市中心医院于2022年11月至2023年5月时间段选择80例急性心力衰竭患者进行研究,分析复方丹参滴丸联合依那普利应用效果,结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究资料

选取许昌市中心医院于2022年11月至2023年5月期间收治的80例急性心力衰竭患者进行研究,通过双盲法分为对照组(40例,依那普利)与观察组(40例,复方丹参滴丸联合依那普利)。对照组年龄55~79岁,平均值(64.15±1.36)岁;心功能水平I级16例,II级12例,III级8例,IV级4例。观察组年龄56~79岁,平均值(64.16±1.37)岁;心功能水平I级17例,II级12例,III级7例,IV级4例。两组患者在心功能水平分布特征、年龄均值比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经医学伦理委员会审批通过(编号2022-04-16)。

1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合《急性心肌梗死中西医结合诊疗指南》中急性心力衰竭的诊断标准^[5],中医证型为气滞血瘀类型;(2)发病时间低于4h者;(3)家属知情同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1)濒死期者;(2)精神疾病者;(3)中途退出者。

1.3 研究方法

所有急性心力衰竭患者入院后立即完善所有检查,给予高流量吸氧,维持生命体征,并接受呋塞米片(河北金砖药业有限公司,国药准字H13020898)治疗,每日2次,每次20~40mg基础治疗。

1.3.1 对照组 给予依那普利(浙江海正药业股份有限公司,国药准字X20000221)治疗,每日2次,每次5mg,温水送服,如果患者用药1周后无明显改善,则需要将剂量增加至每次10mg。治疗3个月。

1.3.2 观察组 给予复方丹参滴丸(天士力制药集团股份有限公司,国药准字Z10950111)联合依那普利治

疗,每日3次,每次270mg,口服。治疗3个月。

1.4 研究指标

1.4.1 治疗效果 无效:左心室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)未改善。有效:LVEF恢复 $< 50\%$ 。显效:LVEF恢复 $\geq 50\%$ 。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。若患者治疗1周后都无明显病情改善,需要将其纳入无效治疗案例,更换其他治疗方案,保障急性心力衰竭患者用药安全^[6]。

1.4.2 症状评分 具体内容为呼吸困难、身体水肿,重3分,中2分,轻1分,无0分^[7]。

1.4.3 左心室功能 左心室舒张末期内径(left ventricular end diastolic dimension, LVEDD)、左心室收缩末期内径(left ventricular end systolic diameter, LVESD)、LVEF。用数字化彩色多普勒超声诊断仪(西门子X300)检查患者左心室功能情况。

1.4.4 心排血量 心排血量(cardiac output, CO)采用数字化彩色多普勒超声诊断仪测定。

1.4.5 6 min步行耐力测试 评价方法为6min内以患者能耐受的最快速度所通过的步行距离。

1.4.6 血压指标 夜间与日间收缩压、舒张压情况。使用数字压力计电子血压计(美国BC, DPM系列)测试进行血压测试。

1.4.7 用药安全 具体内容包括胃肠道系统、神经系统、心血管系统等方面不良反应。

1.5 统计学方法

采用SPSS 23.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

观察组患者治疗效果优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者治疗效果比较 [$n = 40, n(\%)$]

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|-----------|-----------|----------|-------------------------|
| 对照组 | 16(40.00) | 20(50.00) | 4(10.00) | 36(90.00) |
| 观察组 | 20(50.00) | 20(50.00) | 0(0.00) | 40(100.00) ^a |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者症状评分比较

两组患者治疗前症状评分(呼吸困难、身体水肿)比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者治疗后症状评分(呼吸困难、身体水肿)均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表 2 两组患者症状评分比较 (n=40, $\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 时间 | 呼吸困难 | 身体水肿 |
|-----|-----|--------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 2.30 ± 0.12 | 2.41 ± 0.14 |
| | 治疗后 | 1.03 ± 0.31 | 1.13 ± 0.23 |
| 观察组 | 治疗前 | 2.31 ± 0.13 | 2.42 ± 0.15 |
| | 治疗后 | 0.65 ± 0.12 ^b | 0.87 ± 0.16 ^b |

注: 与对照组治疗后比较, ^bP < 0.05。

2.3 两组患者左心室功能比较

两组患者治疗前左心室功能 (LVEDD、LVESD、LVEF) 比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 观察组患者治疗后 LVEDD、LVESD 均低于对照组, LVEF 高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者左心室功能比较 (n=40, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | LVEDD/mm | LVESD/mm | LVEF/% |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 65.42 ± 2.13 | 47.45 ± 1.33 | 38.46 ± 1.30 |
| | 治疗后 | 54.12 ± 1.32 | 42.23 ± 1.31 | 45.36 ± 1.32 |
| 观察组 | 治疗前 | 65.43 ± 2.14 | 47.44 ± 1.34 | 38.47 ± 1.31 |
| | 治疗后 | 44.12 ± 1.42 ^c | 34.12 ± 1.16 ^c | 56.02 ± 1.33 ^c |

注: LVEDD—左心室舒张末期径; LVESD—左心室收缩末期径; LVEF—左心室射血分数。
与对照组治疗后比较, ^cP < 0.05。

2.4 两组患者 CO 水平比较

两组患者治疗前 CO 水平比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 观察组患者治疗后 CO 水平高于对照组,

差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者 CO 水平比较 (n=40, $\bar{x} \pm s$, L · min⁻¹)

| 组别 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|-------------|--------------------------|
| 对照组 | 3.84 ± 0.13 | 3.74 ± 0.13 |
| 观察组 | 3.85 ± 0.14 | 4.98 ± 0.12 ^d |

注: CO—心排量。
与对照组治疗后比较, ^dP < 0.05。

2.5 两组患者 6 min 步行耐量测试比较

两组患者治疗前 6 min 步行耐量测试比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 观察组患者治疗后 6 min 步行耐量测试高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 5。

表 5 两组患者 6 min 步行耐量测试比较 (n=40, $\bar{x} \pm s$, m)

| 组别 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|---------------|----------------------------|
| 对照组 | 321.36 ± 4.16 | 351.36 ± 3.18 |
| 观察组 | 320.14 ± 4.23 | 394.12 ± 4.02 ^e |

注: 与对照组治疗后比较, ^eP < 0.05。

2.6 两组患者血压指标比较

两组患者治疗前者血压指标 (日间及夜间的收缩压、舒张压) 比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 观察组患者治疗后血压指标 (日间及夜间的收缩压、舒张压) 均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 6。

表 6 两组患者血压指标比较

(n=40, $\bar{x} \pm s$, mmHg)

| 组别 | 时间 | 夜间收缩压 | 夜间舒张压 | 日间收缩压 | 日间舒张压 |
|-----|-----|----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 135.12 ± 2.16 | 85.33 ± 1.36 | 141.33 ± 1.39 | 91.36 ± 2.13 |
| | 治疗后 | 127.33 ± 3.12 | 80.12 ± 1.32 | 137.33 ± 2.12 | 86.12 ± 1.36 |
| 观察组 | 治疗前 | 135.13 ± 2.17 | 85.34 ± 1.37 | 141.36 ± 1.46 | 91.37 ± 2.14 |
| | 治疗后 | 122.36 ± 3.41 ^f | 71.36 ± 1.44 ^f | 131.36 ± 3.15 ^f | 81.36 ± 1.41 ^f |

注: 1 mmHg ≈ 0.133 kPa。
与对照组治疗后比较, ^fP < 0.05。

2.7 两组患者用药安全性比较

两组患者的药安全同比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05), 见表 7。

表 7 两组患者用药安全性比较 [n=40, n(%)]

| 组别 | 胃肠道系统 | 神经系统 | 心血管系统 | 总发生 |
|-----|---------|---------|---------|---------|
| 对照组 | 1(2.50) | 0(0.00) | 0(0.00) | 1(2.50) |
| 观察组 | 1(2.50) | 1(2.50) | 0(0.00) | 2(5.00) |

3 讨论

急性心力衰竭多见于心肌梗死患者, 是其最为严重的并发症之一, 患者发病后短时间内就会出现器官灌注血液不足, 引发多器官衰竭。急性心力衰竭治疗过程中需要快速采取有效的干预措施, 改善患者左心室功能。左心力衰竭占据了急性心力衰竭主要比例, 主要是由于

心脏瓣膜疾病、心肌损害、心律失常、左室前后负荷过重多种因素共同作用所致, 致使心肌收缩力急性下降, 并且 CO 也快速下降。临床调查研究发现, 急性心力衰竭患者由于心脏负荷过重, 会出现代偿运行状况, 损伤心肌细胞, 加重心功能损伤, 促使多种炎症因子上升^[8]。药物在急性心力衰竭治疗中有着非常重要的作用, 能够利尿、降低心脏前后负荷、改善左心室功能^[9]。目前, 依那普利在急性心力衰竭治疗中应用频率高, 能够对血管紧张素转化酶发挥强烈抑制作用, 从而显著降低血管紧张素 II 的含量, 造成全身血管舒张, 通过降低患者血压减少外周血液循环给心脏带来的负荷压力, 抑制心肌重构持续发展趋势。现代临床中医发现, 急性心力衰竭治疗中应用中成药也可以取得较好的治疗效果^[10]。复方丹参滴丸具有活血化瘀, 理气止痛之功效, 尤其在气滞

血瘀所致的胸痹疾病中治疗效果显著^[11]。多项临床研究指出,急性心力衰竭治疗中应用复方丹参滴丸联合依那普利效果好,可以明显改善患者心功能状况^[12-13]。

本研究数据分析:(1)治疗后观察组患者治疗效果高于对照组;治疗后观察组患者血压指标低于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。表明复方丹参滴丸联合依那普利治疗更为显著,能够减少心脏负荷。主要是因为复方丹参滴丸联合依那普利应用后,一方面可以继续改善外周血液循环高负荷问题,另一方面能够活血化瘀、理气止痛,所以观察组患者治疗效果更好。

(2)治疗后观察组患者症状评分低于对照组。差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。复方丹参滴丸主要成分为丹参、三七、冰片等,均是活血祛瘀、散瘀止血的药物,能够减少因为气滞血瘀所致的胸痹症状^[14]。所以观察组患者联合应用复方丹参滴丸联合依那普利治疗症状改善情况更为明显。(3)治疗后观察组患者LVEDD、LVESD低于对照着,LVEF高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患者CO水平高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。数据表明急性心力衰竭患者在接受复方丹参滴丸联合依那普利治疗后左心室功能得到显著提升,CO水平也明显升高。主要是因为复方丹参滴丸联合依那普利能够减少心脏负荷,并且经过现代临床医学验证复方丹参滴丸有助于患者免疫能力提高与冠状动脉血流状况改善,所以观察组患者心脏功能更好。(4)治疗后观察组患者6 min步行耐量测试高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。6 min步行耐量测试是临床中评估心力衰竭严重程度的主要方法,可以判断出患者有氧耐受情况,患者心功能情况越好,所以步行耐量测试距离越远。(5)治疗后观察组患者用药安全性欲对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。数据表明复方丹参滴丸联合依那普利应用存在一定用药风险,但并不显著,在急性心力衰竭治疗中安全有保障。本研究结果同孙爱民^[15]观点一致,均认为复方丹参滴丸联合依那普利治疗后能够明显改善急性心力衰竭患者病情,作用效果明显。需要注意,急性心力衰竭患者病情危重,对于用药效果及安全性有着非常高的要求。因此应用复方丹参滴丸联合依那普利治疗方案时,一定要特别注意血压变化情况,确定综合治疗方案,严格控制药剂剂量安全性,如果患者治疗后效果差,则要尽早更换治疗方案。

综上所述,复方丹参滴丸联合依那普利治疗急性心力衰竭效果明显,可以显著改善胸临床症状,让患者的

血压等各项指标优化,提升左心室功能,并保障用药安全性。

[参考文献]

- [1] 中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会,中华医学会急诊医学分会,中国医师协会急诊医师分会,等.急性心力衰竭中国急诊管理指南(2022)[J].中国急救医学,2022,42(8):648-670.
- [2] 赵树凯.依那普利对急性心肌梗死后心力衰竭患者氧自由基代谢及血小板参数的影响[J].世界临床医学,2018,12(2):45-46.
- [3] 徐文,陈朝聪,徐文娟.复方丹参滴丸联合坎地沙坦酯片对老年慢性心力衰竭患者的临床疗效[J].中成药,2023,45(8):2797-2800.
- [4] 孔春灵,何兆辉,王志谦,等.复方丹参滴丸联合沙库巴曲缬沙坦治疗急性心肌梗死并发气虚血瘀证心力衰竭的疗效[J].深圳中西医结合杂志,2023,33(6):1-4.
- [5] 中国医师协会中西医结合医师分会,中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中国中西医结合学会重症医学专业委员会,等.急性心肌梗死中西医结合诊疗指南[J].中国中西医结合杂志,2018,38(3):272-284.
- [6] 赵丹.沙库巴曲缬沙坦钠片对急性冠脉综合征PCI术后心力衰竭患者预后的疗效分析[J].中国现代药物应用,2022,16(13):98-100.
- [7] 马哲.沙库巴曲缬沙坦对急性心肌梗死急诊PCI术后合并心力衰竭患者预后的影响[D].通辽:内蒙古民族大学,2022.
- [8] 郝春媛,李霞,张芙蓉,等.沙库巴曲缬沙坦和依那普利对心力衰竭患者心血管标志物影响的对比研究[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13(10):1186-1190.
- [9] 田庄,何山,张抒扬.2019年心力衰竭治疗新进展[J].中华心血管病杂志,2020,48(3):252-254.
- [10] 周涓,赵小兵,周梅,等.中医药治疗心力衰竭的临床研究[J].中医临床研究,2019,11(22):144-148.
- [11] 高丹,李甜,牛嘉暄,等.复方丹参滴丸防治心血管疾病疗效及安全性的研究进展[J].光明中医,2021,36(17):2877-2880.
- [12] 王永霞,朱明军,李彬.急性心力衰竭的中医药治疗及思考[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3569-3572.
- [13] 苗阳,段文慧,吴梦玮,等.中国中医科学院西苑医院名老中医治疗心力衰竭学术经验[J].北京中医药,2010,29(7):502-505.
- [14] 廖荣华,谢恒元,江春玲,等.心力衰竭治疗药物的临床应用进展[J].中国新药与临床杂志,2022,41(4):193-200.
- [15] 孙爱民.复方丹参滴丸联合依那普利对急性心力衰竭患者的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(24):128-129.