

[参考文献]

- (1) 何勇, 王涵敏. FLAURA 研究 OS 阳性结果——奥希替尼一线治疗晚期 EGFR 敏感突变非小细胞肺癌 (J). 循证医学, 2020, 20(1): 40-43.
- (2) 邵岚, 王文娟, 石志永, 等. EGFR T790M 突变丰度对奥希替尼治疗晚期非小细胞肺癌疗效的影响 (J). 肿瘤学杂志, 2020, 6(7): 575-581.
- (3) 刘丹, 邢亚恒, 陈国芹, 等. 奥希替尼治疗 T790M 突变阳性晚期非小细胞肺癌患者的疗效及预后分析 (J). 癌症进展, 2019, 17(24): 86-89.
- (4) 邵岚, 张沂平. 奥希替尼治疗晚期非小细胞肺癌的疗效及影响因素 (J). 中国新药与临床杂志, 2020, 2(3): 155-161.
- (5) 中华医学会, 中华医学学会肿瘤学分会, 中华医学学会杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南 (2018 版) (J). 肿瘤研究与临床, 2018, 30(12): 793-824.
- (6) 杨学宁, 吴一龙. 实体瘤治疗疗效评价标准 -RECIST (J). 循证医学, 2004, 4(2): 25-30, 51.
- (7) 魏媛, 魏莉, 马晓平, 等. T790M 与晚期 NSCLC 患者 EGFR-TKI 继发耐药及预后的相关性 (J). 中华肿瘤防治杂志, 2016, 23(6): 364-368.

[文章编号] 1007-0893(2020)24-0032-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.24.014

## 依那普利与螺内酯联合治疗心力衰竭临床研究

苏健康 王 磊

(商丘市第一人民医院, 河南 商丘 476000)

[摘要] **目的:** 分析依那普利联合螺内酯应用在心力衰竭患者治疗中的作用及临床价值。**方法:** 选取商丘市第一人民医院 2018 年 6 月至 2019 年 6 月收治的心力衰竭患者 180 例, 采取数字表法分为 A 组和 B 组, 每组各 90 例, A 组采取依那普利治疗, B 组在 A 组基础上联合螺内酯治疗, 比较两组患者的治疗情况。**结果:** B 组患者的治疗总有效率为 95.56%, 高于 A 组的 83.33%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。干预前, 两组患者心脏彩色多普勒超声指标和 6 min 步行距离比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后, 两组患者心脏彩色多普勒超声指标和 6 min 步行距离均改善, B 组改善效果均优于 A 组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 依那普利联合螺内酯应用在心力衰竭患者中的临床疗效较好, 可改善患者心脏功能。

[关键词] 心力衰竭; 依那普利; 螺内酯

[中图分类号] R 541.6 [文献标识码] B

心力衰竭属于心血管内科常见的慢性疾病, 近年来发病率呈现升高趋势, 属于各种原因引发的心脏疾病终末阶段, 患者主要出现左心室功能和结构改变, 可伴有体力受限、体液潴留等情况, 对患者生命安全和生活质量产生严重的影响<sup>[1]</sup>。研究显示肾素-血管紧张素-醛固酮系统与交感神经系统激活过度在心力衰竭发展中起到了重要作用, 因此临床治疗从以往改变血流动力学向针对神经、内分泌异常激活的治疗转变, 血管紧张素转化酶抑制剂目前已成为心力衰竭治疗的基础药物, 但是在使用过程发现长期应用后, 组织器官醛固酮水平无法保持持续降低, 形成了醛固酮逃逸现象, 而螺内酯作为醛固酮受体拮抗药物在心力衰竭治疗中越来越受到重视。基于此, 本研究观察了依那普利联合螺内酯应用在心力衰竭患者中效果, 以期临床提供依据, 现将研究结果报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院 2018 年 6 月至 2019 年 6 月收治的心力衰竭患者

180 例, 采取数字表法分为 A 组和 B 组, 每组各 90 例。A 组男 52 例, 女 38 例; 平均 59~81 岁, 平均  $(74.65 \pm 3.03)$  岁, 病程 1~8 年, 平均  $(3.42 \pm 1.03)$  年。B 组男 56 例, 女 34 例; 平均 55~83 岁, 平均  $(74.12 \pm 3.01)$  岁, 病程 1~9 年, 平均  $(3.51 \pm 1.07)$  年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** (1) 患者均符合慢性收缩性心力衰竭诊断标准, 病程超过 6 个月, 心功能 II~IV 级<sup>[2]</sup>; (2) 所有患者均知情同意本研究。排除标准: (1) 急性冠脉综合征; (2) 原发性瓣膜性心脏病; (3) 恶性肿瘤患者; (4) 精神疾病者。

#### 1.2 方法

**1.2.1 A 组** 采取依那普利治疗, 依那普利 (石药集团欧意药业有限公司, 国药准字 H20055813)  $5 \sim 10 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ,  $1 \sim 2 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ , 地高辛 (成都蓉锐昌药业有限公司, 国药准字 H51021112)  $0.25 \sim 0.5 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ,  $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ , 治疗 4 周为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程观察疗效。

[收稿日期] 2020-09-16

[作者简介] 苏健康, 男, 主治医师, 主要从事心脏重症监护室工作。

1.2.2 B 组 在 A 组基础上联合螺内酯治疗, 螺内酯 (绍兴民生医药股份有限公司, 国药准字 H20034097) 20~80 mg·次<sup>-1</sup>, 1 次·d<sup>-1</sup>, 治疗 4 周为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程观察疗效。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果判定标准如下, 显效: 患者临床体征显著改善, 发作次数减少超过 70%, 心功能改善超过 2 级; 有效: 患者临床体征有所改善, 发作次数减少在 50%~70%, 心功能改善 1 级; 无效: 患者临床体征未见改善或者加重, 发作次数减少低于 50%, 总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。(2) 采用静息状态开展心脏彩色多普勒超声监测, 包括左心室射血分数、左心室舒张末期径和左心室收缩末期径变化, 采用 6 min 步行距离评价运动耐力情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 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  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

B 组患者的治疗总有效率为 95.56%, 高于 A 组的 83.33%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n = 90, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效
A 组	27(30.00)	48(53.33)	15(16.67)	75(83.33)
B 组	49(54.44)	37(41.11)	4( 4.44)	86(95.56) <sup>a</sup>

与 A 组比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05

注: A 组—依那普利治疗; B 组—依那普利联合螺内酯治疗

2.2 两组患者干预前后心脏彩色多普勒超声指标和 6 min 步行距离比较

干预前, 两组患者心脏彩色多普勒超声指标和 6 min 步行距离比较, 差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)。干预后, 两组患者的上述指标均改善, 且 B 组改善效果均优于 A 组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者干预前后心脏彩色多普勒超声指标和 6 min 步行距离比较 (n = 90,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	左心室射血分数 /%	左心室舒张末期内径 /mm	左心室收缩末期内径 /mm	6 min 步行距离 /m
A 组	干预前	34.87±2.13	62.32±8.97	51.24±7.69	380.54±12.32
	干预后	40.09±3.23 <sup>b</sup>	58.78±6.65 <sup>b</sup>	47.45±5.54 <sup>b</sup>	421.97±17.76 <sup>b</sup>
B 组	干预前	35.01±2.09	62.28±9.01	52.67±4.78	381.09±12.23
	干预后	46.98±3.95 <sup>bc</sup>	52.67±4.78 <sup>bc</sup>	42.03±3.08 <sup>bc</sup>	487.35±25.88 <sup>bc</sup>

与同组治疗前比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05; 与对照组干预后比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05

注: A 组—依那普利治疗; B 组—依那普利联合螺内酯治疗

3 讨论

慢性心力衰竭属于临床常见的心血管疾病, 一般是指心

肌收缩能力减退, 心脏排出血量降低, 同时出现肺淤血与周围循环灌注不足等体征, 对患者生活质量与身心健康产生严重的影响<sup>[3]</sup>。随着对心力衰竭患者研究的不断深入, 发现肾素-血管紧张素-醛固酮系统与交感神经系统激活在心力衰竭发生发展中发挥了重要的作用, 人体心肌收缩能力降低后交感神经与肾素-血管紧张素-醛固酮系统被激活, 血液中的醛固酮、血管紧张素等物质分泌增多, 对人体外周循环造成影响, 通过代偿机制会保持血流动力学稳定, 同时作用在心脏导致心肌细胞肥厚, 心肌的成纤维细胞增生, 合成胶原, 心脏结构发生重塑破坏心脏结构, 影响心肌细胞收缩能力, 同时会激活神经体液机制造成体内恶性循环<sup>[4]</sup>。

针对心力衰竭发生的机制延缓心肌重塑已成为治疗的基本方法, 依那普利属于肾素-血管紧张素转换酶抑制剂, 可以扩张人体小动脉, 降低患者心脏的后负荷, 减少体内醛固酮分泌, 因此可以逆转心室重构过程, 该药物可以抑制人体血管紧张素和缓激肽释放, 抑制循环血管紧张素释放发挥扩张血管作用, 因此能够延缓心室重构, 保护患者心肌<sup>[5]</sup>。本研究同时联合螺内酯开展综合治疗, 该药物属于醛固酮受体拮抗药物, 同醛固酮化学结构类似, 一方面该药物可以通过影响基质胶原分子合成与降解平衡促进细胞外基质积聚与纤维化过程, 同时能够抑制血管紧张素 II 受体水平, 导致血管紧张素 II 的效应减弱, 抑制心肌纤维化过程<sup>[6-7]</sup>; 另一方面该药物可以调节胶原蛋白平衡, 抑制胶原过度增生, 改善心肌收缩与舒张能力, 还可以调节基质金属蛋白酶以及其抑制物平衡, 抑制心肌细胞外基质重塑, 增强毛细血管密度, 改善心肌细胞的缺氧状况, 提升心肌收缩和舒张能力<sup>[8]</sup>。

综上所述, 依那普利联合螺内酯应用在心力衰竭患者中可以提升临床疗效, 改善患者心脏功能。

[参考文献]

- (1) 罗磊, 张怡. 呋塞米联合依那普利治疗慢性心力衰竭的临床效果 (J). 临床医学研究与实践, 2018, 3(34): 37-38.
- (2) 杨杰孚. 2014 年中国慢性心力衰竭诊断和治疗指南亮点 (J). 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(4): 34.
- (3) 程林. 螺内酯、美托洛尔、依那普利三联治疗心力衰竭伴慢性心房颤动的效果观察 (J). 中国民康医学, 2019, 31(1): 15-17.
- (4) 王寿星. 卡维地洛联合依那普利治疗慢性心力衰竭的临床分析 (J). 基层医学论坛, 2017, 21(5): 569-570.
- (5) 刘晓蓓. 比索洛尔、依那普利和螺内酯联合用药在风湿性心脏病慢性心衰治疗中的有效性 (J). 中国处方药, 2017, 15(6): 96-97.
- (6) 王秀芳. 依那普利片与美托洛尔缓释片联合螺内酯片治疗慢性心功能不全的效果观察 (J). 河南医学研究, 2017, 26(10): 1865-1866.
- (7) 章茹. 依那普利联合螺内酯治疗糖尿病合并心力衰竭临床疗效分析 (J). 基层医学论坛, 2017, 21(10): 1196-1197.
- (8) 曹伟. 依那普利、螺内酯和倍他乐克联合使用治疗慢性心力衰竭的临床疗效 (J). 包头医学院学报, 2017, 33(7): 57-58.