基于老年心力衰竭临床治疗分析

刘小卫　王红侠　王伟　李凤娟　詹晓春

河北省青龙满族自治县医院　河北　秦皇岛　066599

【摘要】**目的**：本次研究的目的是分析老年心力衰竭的临床治疗方案。**方法**：选取在我院接受诊治的72例老年心力衰竭患者作为研究对象，采用随机数字表法将患者均分为研究组与常规组，每组36例。常规组患者采取常规治疗，研究组患者在常规治疗的基础上进行美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗。对两组患者的心脏功能、临床治疗效果、希望水平、生活方式及舒适度情况等指标进行对比分析。**结果**：对比两组患者心脏功能，研究组患者的心脏功能改善程度均优于常规组（$P<0.05$）；对比两组患者临床治疗效果，研究组患者的临床治疗总有效率高于常规组（$P<0.05$）；对比两组患者希望水平，研究组患者的希望水平高于常规组（$P<0.05$）；对比两组患者生活方式，研究组患者的生活方式改善情况优于常规组（$P<0.05$）；对比两组患者舒适度情况，研究组患者的舒适度情况优于常规组（$P<0.05$）。**结论**：临床针对老年心力衰竭患者采取美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗，可有效改善患者的舒适度情况、生活方式及心脏功能等指标，并能提升患者的希望水平及临床治疗效果，其临床应用效果显著，值得临床推广应用。

【关键词】老年；心力衰竭；临床治疗；分析

【中图分类号】R541.6　　【文献标识码】A　　【文章编号】2096-1685(2022)11-0073-03

心力衰竭主要由心脏循环障碍导致，静脉回心血量无法排出心脏，引发静脉系统淤血、动脉系统灌注不足。心力衰竭具有较高的临床发病率，且患者大多为中老年人群，严重影响患者的身体健康甚至生命安全。目前针对心力衰竭患者的治疗除常规治疗外，还需给予患者药物治疗，在目前的临床治疗过程中较为常用的药物主要包括美托洛尔、厄贝沙坦氢氯噻嗪等。为探讨美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗老年心力衰竭的临床应用效果，本次研究选取72例在我院接受诊治的老年心力衰竭患者作为样本进行研究。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选取2020年9月—2021年12月在我院接受诊治的72例老年心力衰竭患者作为研究对象，采用随机数字表法将患者分为研究组与常规组，每组36例。常规组中男性患者18例，女性患者18例；年龄60~88岁，平均年龄71岁。研究组中男性患者17例，女性患者19例；年龄61~89岁，平均年龄72岁。两组患者基线资料差异无统计学意义（$P>0.05$），研究可比。

1.2　方法

1.2.1　对常规组患者采取常规治疗　主要包括扩充血管、利尿、吸氧、监护及卧床治疗等干预措施。

1.2.2　对研究组患者在常规治疗的基础上进行美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗　常规治疗内容与常规组一致；在此基础上，患者通过口服美托洛尔及厄贝沙坦氢氯噻嗪进行治疗，其中美托洛尔用量每次1片，每日2次；厄贝沙坦氢氯噻嗪每次1片，每日1次。两组患者均进行为期14天的治疗。

1.3　评价标准

本次研究的评价标准主要包括患者的心脏功能、临床治疗效果、希望水平、生活方式及舒适度情况等指标，具体内容如下：

1.3.1　对比患者的心脏功能　对老年心力衰竭患者治疗前后的心脏功能变化情况进行对比，评价指标主要包括左心室收缩末期容量指数、左心室舒张末期容量指数及左室射血分数等，并对数据间差异进行分析[1]。

1.3.2　对比患者的临床治疗效果　显效：患者心脏功能恢复正常；有效：患者的心脏功能得到显著改善；无效：患者的心脏功能未发生变化或降低。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。

1.3.3　对比患者的希望水平　老年心力衰竭患者希望水平的评估主要根据Herth希望量表进行评分，内容包括对目前及未来态度、与他人保持密切关系及采取积极行动等，分数越高表示患者的希望水平越高。

1.3.4　对比患者的生活方式　老年心力衰竭患者生活方式的评估主要采用健康促进生活方式量进行调查，内容包括人际关系、压力处理、营养干预及自我实现等，分值越高，表示患者的生活方式越健康。

1.3.5　对比患者的舒适度情况　老年心力衰竭患者舒适度情况的评估主要根据GCQ量表进行评分，该量表主要包括环境舒适、社会文化、心理舒适及生理舒适等项目，分数越高，表示患者社会舒适度越好。

1.4　统计学分析方法

使用SPSS 20.0软件对本次研究所得出的数据进行评估，在检验计数资料（临床治疗效果）时选择χ^2，结果以百分率（%）表示，在检验计量资料（心脏功能、希望水平、生活方式及舒适度情况等指标）时选择t，结果以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示；$P<0.05$代表差异具有统计学意义[2]。

2　结果

2.1　组间心脏功能对比分析

治疗前，两组患者左心室收缩末期容量指数、左心室舒张末期容量指数、左室射血分数等心脏功能指标差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，两组患者左心室收缩末期容量指数、左

心室舒张末期容量指数均有所下降，左室射血分数有所上升，且研究组各项指标的变化幅度均大于常规组，差异具有统计学意义（$P<0.05$）。详见表1。

表1 两组患者心脏功能调查分析（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	左心室收缩末期容量指数		左心室舒张末期容量指数		左室射血分数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	36	38.31±1.21	30.43±1.34	61.44±1.41	52.34±1.42	37.51±1.13	45.34±2.45
常规组	36	38.21±1.21	36.21±1.31	61.31±1.31	59.34±1.11	37.12±1.32	39.34±2.55
t	—	0.351	18.506	0.405	23.303	1.347	10.180
P	—	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$

2.2 组间临床治疗效果对比分析

研究组治疗总有效率高于常规组，差异具有统计学意义（$P<0.05$），详见表2。

表2 两组患者临床治疗效果调查分析 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
研究组	36	32（88.89）	3（8.33）	1（2.78）	35（97.22）
常规组	36	24（66.67）	6（16.67）	6（16.67）	30（83.33）
χ^2	—	—	—	—	3.956
P	—	—	—	—	$P<0.05$

2.3 组间希望水平对比分析

治疗前，两组患者对目前及未来态度、与他人保持密切关系、采取积极行动等希望水平评分差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，两组患者各项评分均有所上升，且研究各项评分均高于常规组（$P<0.05$）。详见表3。

表3 两组患者希望水平调查分析 [($\bar{x}\pm s$)，分]

组别	例数	对目前及未来态度		与他人保持密切关系		采取积极行动	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	36	8.31±0.21	12.43±0.34	8.44±0.41	12.34±0.42	8.11±0.13	12.34±0.45
常规组	36	8.21±0.34	10.21±0.31	8.31±0.31	10.34±0.11	8.12±0.32	9.34±0.55
t	—	1.501	28.950	1.517	27.639	0.174	25.330
P	—	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$

2.4 组间生活方式对比分析

治疗前，两组患者人际关系、压力处理、营养干预、自我实现等生活方式评分差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，两组患者各项评分均有所上升，且研究各项评分均高于常规组（$P<0.05$）。详见表4。

表4 两组患者生活方式对比分析 [($\bar{x}\pm s$)，分]

组别	例数	人际关系		压力处理		营养干预		自我实现	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	36	83.31±1.21	96.43±1.34	65.44±1.41	85.34±1.42	74.51±1.13	95.34±2.45	63.21±1.31	88.34±1.21
常规组	36	83.21±1.21	91.21±1.31	65.31±1.31	75.34±1.11	74.12±1.32	86.34±2.55	63.31±1.21	75.31±1.22
t	—	0.351	16.713	0.405	33.290	1.347	15.270	0.336	45.499
P	—	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$

2.5 组间舒适度情况对比分析

治疗前，两组患者环境舒适、社会文化、心理舒适、生理舒适等舒适度评分差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，两组患者各项舒适度评分均有所上升，且研究组各项评分均高于常规组（$P<0.05$）。详见表5。

表5 两组患者舒适度情况调查分析 [($\bar{x}\pm s$)，分]

组别	例数	环境舒适		社会文化		心理舒适		生理舒适	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	36	8.35±1.25	20.49±1.05	9.14±1.17	19.74±1.48	12.35±1.25	20.49±1.75	10.31±1.24	19.49±3.76
常规组	36	8.84±1.83	15.28±3.44	9.63±1.33	13.33±1.25	12.84±1.03	15.28±1.44	10.32±1.28	13.28±3.14
t	—	1.327	8.691	1.660	19.853	1.815	13.793	0.034	7.606
P	—	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$

3 讨论

心力衰竭简称心衰，是心脏收缩功能、舒张功能出现障碍，静脉回血量不能排出，静脉系统发生血液淤积，且动脉系统发生血液灌注不足，致使产生的血液循环问题。当心脏疾病进展

至终末期便会出现心力衰竭症状，从左心衰竭开始，表现为肺循环淤血。当前，伴随社会老龄化趋势的加剧，该疾病的发生率不断增长，已对人们的生命形成严重威胁。对心血管疾病进行分析得知，当其发展到一定阶段会出现慢性心力衰竭，在老年群体的发病率较高，可影响患者心脏功能，导致其心排血量减少，进而出现呼吸困难、腹痛等相关不良反应。临床上，心力衰竭可分为急性与慢性两种，急性心衰危险程度相对偏高，一定要及时对患者开展治疗。针对慢性心衰，临床应利用药物稳定患者病情，改善患者的心功能状态。心力衰竭的发病成因相对较多，如高血压性心脏病、冠心病等因素均有可能导致心衰的产生。有相关研究发现，当左心室出现病理改变，如肺水肿等，如果不能及时对患者开展对症干预，患者会产生右心衰竭，进而并发全心衰竭。因老年患者的生理功能会随着年龄的增长而不断降低，同时患者也伴有多种基础疾病，因此，心力衰竭的发病率较高；对患者采取有效的治疗干预可在一定程度上改善患者生理、心理情况，进而降低患者的病死率。

对老年心力衰竭特点进行分析得知，导致心力衰竭产生的病因较多，常见的病因包括高血压、冠心病等；而罕见的病因则有免疫介导的炎症损害、遗传异常等。与中青年心力衰竭多为单一病因不同，老年患者大多存在两种及以上的基础疾病病因。由于多病因共存对患者心脏的影响较大，会导致心力衰竭的进展更快、更复杂。而致使慢性心力衰竭急性失代偿或心力衰竭迅速恶化的诱因包括感染、肾功能不全、贫血等。需要注意的是，该疾病老年患者的心脏储备功能差，劳累、情绪激动等相对较轻的刺激也会致使其产生心力衰竭。在临床诊治中，应尽可能避免在短时间内为患者进行快速、大量输液，以免发生医源性心衰。该疾病的症状体征也存在不典型的特征。由于老年人平时活动量相对较低、因多种疾病共存导致敏感度较低等因素的影响，老年心力衰竭患者并无明显表现，部分甚至已经发展至中期也并无临床症状。一旦出现某疾病诱因，就会致使重度心力衰竭的产生，严重危及患者的生命安全。此疾病常见的非特异性表现包括无力、大汗淋漓、胃肠道症状明显等症状。当患者发生端坐呼吸、阵发性夜间呼吸困难等情况，为典型的心力衰竭表现，临床需要立刻对患者开展对症治疗。另外，如老年人出现肺部啰音症状，未必表明患者发生心力衰竭，需仔细对患者开展相应的检查，在必要情况下，可通过心脏彩超等检查手段明确疾病情况。

在现代医学对心力衰竭开展的治疗中，通过对肾素—血管紧张素—醛固酮系统进行深入探索，从而提高神经内分泌因素的重视程度。有研究表明，在对心力衰竭患者治疗中，采取血管紧张素转换酶抑制剂可有效改善患者的预后效果；利用血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂，也可在一定程度上改善该疾病患者的结局。利用β受体阻滞剂，可减少患者的心脏做功，对重度心力衰竭患者可发挥良好疗效。在临床治疗中，联合应用β受体阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂等药物，可显著加强临床治疗成效，逆转患者心室重构。应用联合用药模式，可减少血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂所产生的刺激性干咳，拓展药物的适用范围。相较于单一用药效果，联合用药的成效更为显著，可有效提高老年患者的治疗效果。

对心力衰竭进行分析得知，其本身是心脏功能产生的复杂病变过程，在病变中，会有多种因素参与，如能量代谢等。当出现急性发病时，患者会产生心功能障碍，在短时间内患者的心脏负荷会大大增加，导致患者的血流动力学发生异常。结合急性心力衰竭进行分析得知，在治疗过程中需运用利尿剂、血管扩张等药物；但部分患者在运用利尿剂后会出现耐受作用，因此临床受到一定局限。同时，在患者用药后容易发生心肌耗氧量增加的状况，致使患者产生心律失常等症状。因此，针对类型患者，需加强对其护理工作的重视力度。

心力衰竭属于一种临床常见疾病，患者的临床表现主要包括体液潴留、肢体乏力、呼吸困难等，严重影响患者的健康，且具有较高的致死率。由于老年患者抗病能力及机体健康水平较差，且随着年龄的日益增长，患者的各个组织器官均出现衰退的情况，如不及时接受治疗极易导致患者出现肺气肿及休克等情况，因此，该疾病对老年心力衰竭患者的威胁更大。在以往的临床治疗过程中，针对老年心力衰竭患者的治疗以镇静、镇痛及利尿剂等常规治疗措施为主，但临床实践表明，这种治疗方式的治疗效果欠佳。因此，目前在临床治疗过程中以美托洛尔、厄贝沙坦氢氯噻嗪等药物治疗为主。其中，美托洛尔具有降低患者心肌耗氧量、减弱心肌收缩力、减缓心率及降低交感神经活性等作用。该药物属于可阻断β受体的药物，能降低自律性延缓房室传导时间；同时，对于血管、支气管所产生的药理作用相对较小。因此，运用此药物对患者进行治疗，对呼吸系统产生的影响不高，进而可提高用药安全性。当美托洛尔药物进入人体后，会降低儿茶酚胺的释放，有效缓解心脏的负荷，同时降低对患者心肌所产生的损伤。长期服用该药物可有效改善患者的心肌状态，加强预后效果，从而提高患者的生活质量。而厄贝沙坦氢氯噻嗪则属于一种复合制剂，能促进提高机体中血浆肾素活性。对该药物进行分析得知，厄贝沙坦具有强化利尿剂的降压作用，也能改善因氢氯噻嗪导致的低钾血症，可有效控制患者血压水平，因此，厄贝沙坦氢氯噻嗪可起到降低血容量、降压、利尿、扩张血管等作用。将两种药物联合应用可收获更为显著的临床效果。本研究将常规治疗与美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗进行对比研究，结果显示，经不同方式治疗后，研究组患者的心脏功能、临床治疗效果、希望水平、生活方式及舒适度情况等指标均优于常规组。结果表明，利用联合用药方案，可有效改善患者的心功能，进而提高临床治疗效果。

综上所述，针对老年心力衰竭患者采取美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗具有较高的有效性，值得临床应用与推广。

参考文献

[1] 张玉皎，陈晨，王锐．沙库巴曲缬沙坦治疗老年心力衰竭的临床应用进展 [J]. 西北药学杂志，2021,36(5):868-871.

[2] 常新荣，熊云志，彭薇．重组人脑利钠肽辅助治疗老年心力衰竭患者的临床效果观察 [J]. 黑龙江医药，2021,34(4):832-833.