

对老年慢性肺心病并发心衰临床诊断与治疗疗效分析

杨峰

(黑龙江省七台河市人民医院呼吸与危重症医学科 黑龙江七台河 154600)

摘要: 目的: 分析 CPHD 并发 HF 老年患者的临床诊断、疗效。方法: 从 2021 年 3 月-2022 年 3 月 CPHD 并发 HF 老年患者中选定 300 例, 双盲分组, A 组 (常规治疗+酚妥拉明) 和 B 组 (常规治疗+乌拉地尔), 分析临床诊断和治疗方法并对比两组疗效。结果: B 组治疗有效率 98.67%、不良反应发生率 2.67% 优于 A 组的 93.33%、8.67% ($\chi^2=5.555, 5.050, p=0.018, 0.024$); B 组治疗后检验和心功能指标优于 A 组 ($p < 0.045$)。结论: 对 CPHD 并发 HF 老年患者做出正确的诊断后, 采用综合疗法 (常规治疗+乌拉地尔) 能提升疗效。
关键词: 老年; 慢性肺心病并发心衰; 临床诊断; 治疗疗效

患者之所以发作慢性肺心病 (CPHD) 是因为其患有慢性阻塞性肺病, 而大多数 CPHD 都是老年人, 由于人体步入老年后, 身体素质大幅度降低、容易发作高血压、冠心病等多种慢性病, 而 CPHD 患者在多种因素的共同作用下又有合并心衰 (HF) 的风险, 而 HF 和 CPHD 的临床表现十分相似, 因此导致 HF 临床表现极易被 CPHD 所掩盖, 再加上老年人在自述临床症状的时候, 模糊不清, 导致 HF 被漏诊, 导致 CPHD 合并 HF 患者不能及时得到针对性治疗, 贻误治疗时机, 不利于病情的控制^[1-3]。为此, 本文重点分析 CPHD 并发 HF 老年患者的临床诊断、疗效, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从 2021 年 3 月-2022 年 3 月 CPHD 并发 HF 老年患者中选定 300 例, 双盲分组, A 组 (150 例) 年龄 51-80 岁, 均值 (68.52 ± 3.27) 岁, 体重 49.62-81.56kg、均值 (70.16 ± 5.24) kg, CPHD 病程 3-16 年、均值 (7.65 ± 2.14) 年, 男女比例 (86:64); B 组 (150 例) 年龄 50-79 岁、均值 (68.13 ± 3.41) 岁, 体重 49.23-81.42kg、均值 (70.03 ± 5.37) kg, CPHD 病程 2-15 年、均值 (7.13 ± 2.08) 年, 男女比例 (82:68)。一般资料对比 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法

(1) 从临床症状表现角度进行诊断。CPHD 合并 HF 患者不仅有典型的肺心病特征, 还会存在严重气喘、胸闷等症状, 在咳嗽的时候痰液呈现白色或粉色泡沫状, 另外一部分患者还存在其他不良症状 (多汗、腹胀等)。(2) 从生命体征角度进行诊断: CPHD 合并 HF 患者肺底有啰音、血压异常增高、二尖瓣杂音 (收缩期)、心脏左室异常增大等。(3) 从辅助检查结果角度进行诊断: CPHD 合并 HF 患者胸片结果显示肺水肿; 心电图结果显示和心肌梗死类似的图形。

1.2.1 治疗方法

所有患者进行常规治疗: (1) 吸氧治疗: 目的是对血管改善收缩情况、降低肺动脉高压。实施高流量吸氧 (6L/min), 从而对肺血管改善痉挛问题。需注意持续吸氧时间 < 12h, 高于 12h 患者有中毒风险。(2) 使用利尿剂: 目的是促进排尿, 使血容量降低, 使心脏降低负荷, 结合患者的病情和身体素质静脉注射适量的呋塞米等药物, 注意不能盲目大剂量使用, 否则会形成血栓的风险。(3) 使用扩血管药物: 目的是血管降低外周阻力、肺血管缓解痉挛问题, 可舌下含服消心痛等药物。如果 HF 程度较大, 可通过静脉滴注的方式给予具有扩张血管作用的药物, 如将 25-50mg 硝酸普钠充分溶解在 500ml 5%G·S 溶液中, 静脉滴注。注意监测血压, 避免低血压的出现, 否则患者有死亡风险。

A 组在常规治疗上加酚妥拉明, 静脉滴注 5 μg / (kg · min), 10mg+250ml 5%葡萄糖注射液, 治疗 10d。

B 组在常规治疗上加乌拉地尔, 静脉滴注 5pg / (kg · min), 25mg+250ml 5%葡萄糖注射液, 治疗 10d。

两组都要结合血压变化情况调整滴注速度, 一般情况下血压 90/60mmHg 以上。

1.3 指标观察

1.3.1 治疗有效率=100%-有效率。不良反应发生率=(头晕头痛+心悸)/总例数 × 100%。

1.3.2 检验指标。

1.3.3 心功能指标。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别用 t 值与 χ^2 检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗有效率和不良反应发生率

B 组治疗有效率和不良反应发生率优于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 对比治疗有效率和不良反应发生率[n (%)]

分组	例数	治疗有效率			不良反应发生率		
		显效	有效	有效率	头晕头痛	心悸	发生率
B 组	150	107	41	148	3	1	4
		71.33	27.33	98.67	2.00	0.67	2.67
A 组	150	91	49	140	9	4	13
		60.67	32.67	93.33	6.00	2.67	8.67
t	-	-	-	5.555	-	-	5.050
P	-	-	-	0.018	-	-	0.024

2.2 对比检验指标

治疗前两组检验指标对比 ($p > 0.05$), 治疗后 B 组优于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 对比检验指标[$\bar{x} \pm s$]

指标	时间	B 组 (n=150)	A 组 (n=150)	t 值	P 值
mPAP (kPa)	治疗前	5.16 ± 1.23	5.17 ± 1.25	0.069	0.944
	治疗后	3.42 ± 0.73	4.34 ± 0.85	10.056	0.000
HR (次/min)	治疗前	100.35 ± 10.52	100.62 ± 10.58	0.221	0.824
	治疗后	91.51 ± 8.53	99.68 ± 8.56	8.280	0.000
SBP (kPa)	治疗前	15.93 ± 1.94	15.96 ± 1.97	0.132	0.894
	治疗后	15.02 ± 1.63	15.91 ± 1.56	4.831	0.000
PH	治疗前	7.23 ± 0.34	7.25 ± 0.36	0.494	0.621
	治疗后	7.39 ± 0.04	7.32 ± 0.03	17.146	0.000
PaO ₂ (mmHg)	治疗前	40.15 ± 5.32	40.17 ± 5.34	0.032	0.974
	治疗后	55.76 ± 6.72	49.81 ± 6.13	7.969	0.000
PaCO ₂ (mmHg)	治疗前	66.82 ± 8.12	66.75 ± 8.13	0.074	0.940
	治疗后	44.15 ± 6.03	55.48 ± 6.35	15.846	0.000

2.3 比较心功能指标

治疗前两组心功能指标对比 ($p > 0.05$), 治疗后 B 组优于 A 组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 对比心功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	B 组 (n=150)	A 组 (n=150)	t 值	P 值
N 末端脑钠肽前体 (ng/ml)	治疗前	579.85 ± 39.26	580.62 ± 37.59	0.173	0.862
	治疗后	492.52 ± 33.95	543.34 ± 36.16	12.548	0.000
左心室收缩末期内径 (mm)	治疗前	57.82 ± 4.28	57.71 ± 4.19	0.224	0.822
	治疗后	46.51 ± 4.15	52.28 ± 4.06	12.172	0.000
左心室舒张末期内径 (mm)	治疗前	51.36 ± 3.44	51.29 ± 3.61	0.171	0.863
	治疗后	36.73 ± 4.18	41.84 ± 4.23	10.523	0.000
左室射血分数 (%)	治疗前	51.48 ± 8.32	51.35 ± 8.46	0.134	0.893
	治疗后	62.35 ± 9.64	55.28 ± 8.27	6.817	0.000
每搏输出量 (ml)	治疗前	67.64 ± 7.13	67.59 ± 7.16	0.060	0.951
	治疗后	88.54 ± 8.23	81.62 ± 8.75	7.055	0.000
心输出量 (L/min)	治疗前	4.41 ± 0.75	4.42 ± 0.72	0.117	0.906
	治疗后	4.88 ± 0.73	4.32 ± 0.65	7.016	0.000

3 讨论

CPHD 并发 HF 老年患者受到多种因素的影响 (年龄大、抵抗力低、水电解质平衡被打破等), 临床治疗难度较大, 难以改善 HF 症状^[4]。CPHD 进入进行加重期, 肺血管出现痉挛问题, 导致

机体分泌大量的、种类繁多的活性物质,进一步增大机体收缩肺血管的程度、增加阻力和压力,导致 HF 病情更加严重。治疗 CPHD 合并 HF 的基本原则是“早发现、早诊断、早治疗”,要及时发现心衰症状,结合患者的实际情况使用抗生素、纠正电解质失衡、维持顺畅呼吸等治疗措施改善 CPHD 病情,并对各类药物相互之间的作用充分考虑⁴。

CPHD 合并 HF 患者治疗的第一步是采用氧疗改善低氧状态,这是因为机体处于低氧状态会导致血管出现异常收缩问题、肺动脉压出现异常升高问题,通过持续高流量吸氧,能使肺动脉降低压力,对患者生存时间有效延长⁵。但是不能持续 12h 以上的高流量吸氧时间,避免出现氧中毒⁶。

使用洋地黄治疗 CPHD 合并 HF 患者,能对该类患者临床症状和血流动力学参数有效改善,但是由于老年患者肝脏功能进行性衰退,因此年龄越大越容易出现洋地黄类中毒,因此需结合患者的实际情况确定给药剂量,一般为成年人正常剂量的 0.5 倍。如果患者存在心率过快等问题,需静脉推注小剂量洋地黄⁷⁻⁸。

使用利尿剂治疗 CPHD 合并 HF 患者,如呋塞米不仅具有良好的利尿作用,还能用于合并肾功能不全患者。但是老年患者在使用利尿剂的时候要慎重,虽然利尿剂的合理使用,能使血容量降低,同时降低心脏负荷,具有改善心衰的作用,但是一旦超过合理剂量,就会导致血流量突然大幅度降低、血液浓度骤然增加,大幅度增加形成血栓、发作为心肌梗塞的风险。再加上老年患者肾功能进行性衰退,增大了低钾血症风险,因此需严格控制使用剂量,联合使用保钾与排钾利尿剂⁹⁻¹⁰。

综上所述,对 CPHD 并发 HF 老年患者做出正确的诊断后,采

用综合疗法(常规治疗+乌拉地尔)能提升疗效。

参考文献:

[1]张亚芳,乔丽丽.川芎嗪治疗慢性肺心病严重心衰患者临床疗效及安全性评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(26):39-40.

[2]肖维菊,熊执波.利尿强心贴穴位贴敷联合穴位按压治疗慢性肺心病并心衰患者的临床研究[J].医学理论与实践,2021,34(19):3349-3350.

[3]刘颖武.老年慢性肺源性心脏病临床诊治分析[J].智慧健康,2021,7(25):48-50.

[4]张永芬,李慧.慢性肺心病心力衰竭治疗中酚妥拉明与多巴胺的疗效解析[J].心血管病防治知识,2020,10(24):45-47.

[5]彭吉星.加味苓桂术甘汤结合西药治疗慢性肺心病右心衰疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(6):172.

[6]赵树良.慢性肺心病患者治疗前后血清 hs-CRP 与心肌酶水平的变化观察[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(19):115-116.

[7]赵智东,付会文,崔利锋,郭安,林怀印,孙涛,孙文豹.NT-proBNP 与凝血功能、动脉血气分析对慢性肺心病急性加重期患者判断价值分析[J].中国实验诊断学,2020,24(12):1934-1938.

[8]廖代军.慢性肺心病心衰治疗中酚妥拉明与多巴胺的作用分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(19):58-59.

[9]孙伟,黄永刚,任登华.慢性肺心病心衰治疗中酚妥拉明与多巴胺的作用分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(33):54-55.

[10]赵红,李海兰,张翼凤,刘小敏,高艳.慢性肺心病心衰患者治疗过程中酚妥拉明与多巴胺联合治疗临床成效探究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(18):31-32.