

β-受体阻滞剂治疗慢性心力衰竭临床分析

李彬 胡亚民 苏晓燕 胡亚力

【关键词】 心力衰竭,慢性; β-受体阻滞剂; 治疗

慢性心力衰竭(心衰)是大多数心血管疾病的最终归宿,也是最主要的死亡原因之一。近 30 年来,几乎所有心血管疾病的发生率和病死率都有所下降,而心衰的病死率反而上升^[1]。大量临床试验已证实,长期口服 β-受体阻滞剂能改善患者临床症状及远期预后^[2]。但实际应用情况并不理想,目前尚缺乏对慢性心衰患者应用 β-受体阻滞剂的调查。我们于 2004 年 1 月—2006 年 1 月对本院收治的慢性心衰患者进行了 β-受体阻滞剂治疗的登记及随访,总结并分析了其应用情况,报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象:慢性心衰患者 308 例,心功能按纽约心脏病协会(NYHA)分级标准分为 I~IV 级。诊断依据美国心脏病学会/心脏病协会(ACC/AHA)成人慢性心衰诊断标准^[3]。根据首次入院时心功能状态将患者分 3 组:① I 组为心功能 I 级 156 例(占 50.6%);② II 组为心功能 II 级 86 例(占 27.9%);③ III 组为心功能 III 级 66 例(占 21.4%)。

1.2 研究方法:登记住院的慢性心衰患者 β-受体阻滞剂(比索洛尔、卡维地络或美托洛尔)的应用情况,并在出院后进行随访 1 年,随访内容包括:①是否长期服用(持续服药时间超过 3 个月)β-受体阻滞剂;②服药方法、剂量调整及服药时间;③服药者是否达到靶剂量^[4]或最大耐受量;④未服药的原因;⑤不同心功能状态患者 β-受体阻滞剂的应用情况。

1.3 统计学方法:用 SPSS11.0 统计软件处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, *t* 检验;构成比采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

基金项目:河北省沧州市科技局科技项目(06ZD37)

作者单位:061000 河北省沧州市人民医院心内科(李彬,苏晓燕,胡亚力);河北省沧州市中心医院心内科(胡亚民)

作者简介:李彬(1969-),女(汉族),河北省人,主治医师。

表 1 3 组患者一般临床特征比较

组别	例数 (例)	女性 (例(%))	年龄 ($\bar{x} \pm s$,岁)	既往史(例(%))		原发病(例(%))		
				吸烟史	糖尿病史	高血压性心脏病	缺血性心脏病	扩张性心脏病
I 组	156	30(19.2)	58.5±8.7	114(73.1)	35(22.4)	60(38.5)	68(43.6)	28(17.9)
II 组	86	27(31.4)*	61.6±11.2*	57(66.3)	29(33.7)*	19(22.1)	46(53.5)	21(24.4)
III 组	66	25(37.9)*	63.6±10.9*	41(65.1)	26(39.4)*	6(9.1)	38(57.6)	22(33.3)

注:与 I 组比较:* $P < 0.05$

表 2 308 例患者不同年代 β-受体阻滞剂应用情况 例(%)

时间	长期服药	医师未建议服药	有禁忌未服药	心衰加重停药	其他不良反应停药
2004 年	35(21.9)	59(36.9)	38(23.8)	21(13.1)	7(4.3)
2005 年	63(42.6)*	30(20.2)*	28(18.9)	22(14.9)	5(3.4)
合计	98(31.8)	89(28.9)	66(21.4)	43(14.0)	12(3.9)

注:与 2004 年比较:* $P < 0.05$

2 结果

2.1 3 组患者一般临床特征比较(表 1):与 I 组比较,II、III 组患者女性所占比例较高,平均年龄较大,糖尿病史比例较高(P 均 < 0.05)。

2.2 慢性心衰患者 β-受体阻滞剂应用情况(表 2):长期口服 β-受体阻滞剂者 98 例(占 31.8%),2005 年患者的服药比例高于 2004 年($P < 0.05$);2005 年医师未建议服药的比例低于 2004 年($P < 0.05$),其余差异均无显著性。因使用 β-受体阻滞剂的不良反应而停药者 55 例(占 17.9%),其中包括服药中出现心衰加重而停药者 43 例(占 14.0%),因其他不良反应停止用药者仅 12 例(占 3.9%)。

2.3 3 组患者 β-受体阻滞剂应用情况(表 3):III 组患者长期服药率、靶剂量获得率均明显低于 I 组和 II 组(P 均 < 0.05),服药过程中的停药率均明显高于 I 组和 II 组(P 均 < 0.05)。

表 3 3 组患者 β-受体阻滞剂应用情况 例(%)

组别	例数(例)	长期服药	达靶剂量	服药过程中停药
I 组	156	48(30.7)	10(6.4)	20(12.8)
II 组	86	35(41.6)	6(6.9)	15(17.4)
III 组	66	15(22.7)*△	2(3.0)*△	20(30.3)*△
合计	308	98(31.8)	18(5.8)	53(17.2)

注:与 I 组比较:* $P < 0.05$;与 II 组比较:△ $P < 0.05$

3 讨论

临床试验已经证实,长期口服 β-受体阻滞剂,通过抑制神经内分泌系统可提高心功能 I~IV 级(NYHA 分级)患者的生存率(34%~35%),降低猝死率(41%~45%)^[4-6],改善患者远期预后。但目前临床上慢性心衰患者使用 β-受体阻滞剂的现状却不容乐观,对美国一家综合医院慢性心衰患者应用 β-受体阻滞剂的调查结果显示:其服药率仅为 61.0%,靶剂量获得率仅为 6.6%^[7]。对本院 308 例慢性心衰患者应用 β-受体阻滞剂的现状进行的调查分析结果显示,其中仅有 31.8% 的患者长期口服 β-受体阻滞剂,5.8% 达靶剂量或最大耐受量,其结果远远低于国外的文献^[7]报道。分析主要原因可能有以下几方面。

3.1 医师未建议服药:一方面,部分医师没有认识到 β-受体阻滞剂在慢性心衰治疗中的重要性而未建议服药。虽然目前慢性心衰的治疗已从传统的强心、利尿、扩血管转变到 β-受体阻滞剂以及血管紧张素转换酶抑制剂等神经内分泌拮抗剂的应用模式^[2],但是部分医师在慢性心衰的治疗上观念落后,仍拘泥于传统的治疗方案,这是 β-受体阻滞剂在慢性心衰患者中用药率仍很低的主要原因,这说明新的临床指南和实验结论尚未充分应用于临床实践中。新的临床指南、试验结论与临床用药实践之间存在

着巨大的差距,因此,我们应该广泛实施关于诊断与治疗指南教育计划,如通过专业讲座、会议交流等形式普及指南,更新临床医师的治疗观念,从而改善慢性心衰患者的预后。宏观上更要重视行为干预,因为 β -受体阻滞剂治疗及剂量调整需要一个较长期的过程,目前对慢性心衰患者尚缺乏统一管理,因此,建立心衰门诊对坚持长期使用 β -受体阻滞剂治疗的患者有非常重要的临床意义。同时,便于医师统一管理患者,向心衰患者做充分的宣教,及时发现并纠正非规范治疗。

3.2 服药过程中停药:部分医师仍对 β -受体阻滞剂的不良反应存在顾虑,限制了药物的使用。从本组资料的统计结果可见,因 β -受体阻滞剂的不良反应而停药者仅占 17.9%,主要为在服药过程中出现心衰加重而停药。ACC/AHA 关于《美国成人慢性心衰诊断与治疗指南》已明确指出, β -受体阻滞剂在用药时应从小剂量开始,逐渐追加剂量,直到靶剂量或最大耐受量,并长期维持治疗,才能起到改善预后的作用^[3]。因此,对这一部分患者,医师应按照《指南》的要求,从小剂量开始给药,在服药过程中加强对病情的监控,包括心率、血压、心电图,及早发现因液体潴留所致的体重增加及心衰恶化的症状和体征;若出现心衰恶化,应及时追加利尿剂以控制心衰,不需要立即停药;若病情仍无好转,可停用 β -受体阻滞剂,病情平稳后再重新服药。因其他不良反应而停药的比例很低,故应克

服思想顾虑,按照《指南》的要求给患者服用 β -受体阻滞剂,使患者在 β -受体阻滞剂的治疗中获益。

从不同心功能状态(NYHA 分级)患者服用 β -受体阻滞剂情况看:心功能 IV 级患者长期服药率明显低于心功能 II 级和 III 级患者,服药过程中的停药率明显高于心功能 II 级和 III 级患者。因心功能 IV 级患者病情较重,往往血流动力学状态不稳定,而神经内分泌系统在循环的稳定方面起着重要作用,故心功能 IV 级患者对神经内分泌抑制剂的耐受性较差,这是服药率低于心功能 II 级和 III 级患者的主要原因。但临床试验已证实, β -受体阻滞剂对心功能 IV 级与 II 级、III 级患者改善长期预后的作用是相似的^[6]。故在临床上应克服顾虑,在仔细评价和控制液体潴留的基础上,谨慎地从小剂量加用 β -受体阻滞剂,并密切监控患者症状和体征,逐渐追加剂量,提高服药率,改善重症患者的长期预后。

综上所述,在基层医院中慢性心衰患者 β -受体阻滞剂的用药仍很不足,靶剂量或最大耐受量获得率均较低,应引起广大临床医师的关注,努力提高 β -受体阻滞剂在慢性心衰患者中的应用。

参考文献:

- 1 詹红, Tse Hung-fat, 曹晶茗, 等. 不同左心室射血分数老年充血性心力衰竭患者药物治疗的临床研究[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(4): 210-215.
- 2 Ho K K, Anderson K M, Kannel W B, et al. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham heart

study subjects [J]. Circulation, 1993, 88 (1): 107-115.

- 3 Hunt S A, Abraham W T, Chin M H, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult summary article; a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines [J]. Circulation, 2005, 112(12): 1825-1852.
- 4 Simon T, Mary-Krause M, Funck-Brentano C, et al. The cardiac insufficiency bisoprolol study I (CIBIS - I): a randomised trial [J]. Lancet, 1999, 353 (9146): 9-13.
- 5 Hjalmarson A, Goldstein S, Fagerberg B, et al. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: metoprolol CR/XL randomised intervention trial in congestive heart failure (MERIT - HF) [J]. Lancet, 1999, 353(9169): 2001-2007.
- 6 Packer M, Fowler M B, Roecker E B, et al. Effect of carvedilol on the morbidity of patients with severe chronic heart failure: results of the carvedilol prospective randomized cumulative survival study [J]. Circulation, 2002, 106 (17): 2194-2199.
- 7 Mehta P A, McDonagh S, Poole-Wilson P A, et al. Heart failure in a district general hospital: are target doses of beta-blockers realistic [J]? QJM, 2004, 97(3): 133-139.

(收稿日期: 2006-10-31)

修回日期: 2007-02-10)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

欢迎订阅 2007 年《中国危重病急救医学》杂志

《中国危重病急救医学》杂志系中华医学会和天津市天和医院主办的中华医学会系列杂志,是我国急救医学界权威性学术期刊,为中文核心期刊和中国科技核心期刊。本刊为月刊,每月 10 日出版,国际通用 16 开大版本,内文用 80 克铜版纸印刷,内容丰富,且适合各种病理图片印刷。欢迎广大读者到当地邮局办理 2006 年的订阅手续。邮发代号: 6-58; 定价: 8.6 元/期,全年 103.2 元。

订阅本刊的读者如果遇有本刊装订错误,请将刊物寄回编辑部调换,我们将负责免费邮寄新刊。

《中国危重病急救医学》杂志已进入美国 NLM《MEDLINE》、美国《化学文摘》(CA)、荷兰《医学文摘》、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)、“中国期刊网”、“中国学术期刊(光盘版)”、“万方数据网络系统(China Info)”、“中文科技期刊数据库”和“em120.com 危重病急救在线”。投本刊论文作者需对本刊以上述方式使用论文无异议,并由全部作者或由第一作者全权代表其他作者在版权转让协议和校稿上签字同意。稿酬已在本刊付酬时一次付清,不同意者论文可不投本刊。本刊设有各种栏目,欢迎广大作者踊跃投稿。

2006 年以前的合订本和单行本请在杂志社发行部电话订购: 022-23042150。

地址: 天津市和平区睦南道 122 号天和医院内; 邮编: 300050。

(本刊编辑部)