

• 论 著 •

急诊治疗慢性充血性心力衰竭的临床价值分析

李泱飞

福州经济技术开发区医院 福建福州 350000

【摘要】目的 探究急诊治疗慢性充血性心力衰竭（CCHF）的临床价值。**方法** 纳入 96 例医院 2024 年 1 月至 2025 年 4 月收治 CCHF 患者作为研究对象，并应用随机数分配法将之分配至常规组（48 例，常规治疗）与急诊组（48 例，急诊治疗）。对其临床疗效、生物标志物水平、血流动力学指标、心脏结构与功能指标进行观察比较。**结果** 经 30d 治疗，急诊组总有效率以及 LVEF、SV 水平均高于常规组（ $P < 0.05$ ），NT-proBNP、hs-cTn、Gal-3、CVP、SVR、HR、LVEDV 水平均低于常规组（ $P < 0.05$ ）。**结论** 急诊治疗对改善 CCHF 患者心血管功能，促进其健康状态恢复，提升其临床治疗有效性具有积极影响。

【关键词】 慢性充血性心力衰竭；急诊治疗；心血管功能**【中图分类号】** R541.61**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-4393 (2025) 28-016-02

慢性充血性心力衰竭（Chronic Congestive Heart Failure, CCHF）是多种心血管疾病发展的终末阶段，以心室泵血及充盈功能受损为主要特征，可引发肺循环、体循环淤血，致使患者出现呼吸困难、体液潴留、浑身乏力、肢体水肿等症状^[1]。该病发病率逐年攀升，且病死率较高，已然成为我国严峻的公共卫生问题。研究表明，及时有效的干预对稳定患者血流动力学、缓解患者症状、改善患者预后至关重要^[2]。本研究旨在系统分析急诊治疗策略在 CCHF 中的应用价值，为急救方案优化与救治效果提升提供参考。

1 资料及方法

1.1 一般资料

遵循《赫尔辛基宣言（2024）》要求从 2024 年 1 月至 2025 年 4 月期间在医院就诊治疗的 CCHF 患者中选取 96 例开展试验。用随机数分配法按照等比例分为两组，其以下资料对比差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。常规组：男 28 例（58.33%），女 20 例（41.67%）；年龄 32 ~ 78（56.97 ± 4.66）岁；病程 8 ~ 49（20.65 ± 4.76）个月；NYHA 分级为 II 级 18 例（37.50%），III 级 22 例（45.83%），IV 级 8 例（16.67%）。急诊组：男 25 例（52.08%），女 23 例（47.92%）；年龄 31 ~ 79（56.77 ± 5.01）岁；病程 9 ~ 51（20.87 ± 5.02）个月；NYHA 分级为 II 级、III 级、IV 级各 17 例（35.42%），24 例（50.00%），7 例（14.58%）。

1.2 相关标准

纳入标准：（1）年龄 30 ~ 80 岁；（2）符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》中 CCHF 诊断标准^[3]；（3）既往无认知障碍、心理疾病；（4）签署《知情同意书》。

排除标准：（1）对治疗方案不耐受；（2）急性心力衰竭；（3）合并可影响研究方法可行性与结果可靠性的疾病，如癌症、全身性感染、多器官功能障碍综合征等。

1.3 治疗方法

常规组：予患者常规治疗，即根据患者临床表现、病情严重程度等进行吸氧、利尿、强心、扩血管等对症支持治疗。持续治疗 30d。

急诊组：予患者急诊治疗，主要包括：（1）一般处理：

在确保安全的前提下，迅速准确评估患者病情，及时清理呼吸道分泌物。密切监测患者生命体征变化，实施持续心电监护。指导患者取坐位，予高流量吸氧干预。（2）药物治疗：静脉滴注利尿剂 [如呋塞米注射液（武汉福星生物药业有限公司，国药准字 H42023005，2ml:20mg）20mg/次，1 次/d] 减轻容量负荷；静脉滴注血管扩张剂 [如硝酸甘油注射液（北京益民药业有限公司，国药准字 H11020289，1ml:5mg）起始剂量 5 μ g/min，可每 3 ~ 5min 增加 5 μ g/min，维持剂量 20 μ g/min] 降低心脏负荷；使用正性肌力药物 [如盐酸多巴酚丁胺注射液（江苏吴中医药集团有限公司苏州制药厂，国药准字 H32021410，按 C18H23NO3 计算 2ml:20mg）每分钟 2.5 ~ 10 μ g/kg] 增强心肌收缩；予以重组人脑利钠肽 [（如新活素[®]，成都诺迪康生物制药有限公司，国药准字 S20050033，0.5mg/支），负荷剂量 1.5 ~ 2.0 μ g/kg 静脉推注 3 ~ 5min，后以维持剂量 0.0075 ~ 0.01 μ g/kg/min 持续泵入] 综合改善心衰症状等。（3）其他干预：积极防控感染、心律失常、血栓形成等。连续干预 30d。

1.4 观察指标

（1）临床疗效：①显效：呼吸困难、乏力、水肿等症状体征完全消失，NYHA 分级改善 2 个及以上级别，生物标志物、超声心动图等检查结果较治疗前改善 50% 以上；②有效：症状体征显著改善，NYHA 分级改善至少 1 个级别，生物标志物、超声心动图等检查结果较治疗前改善 30% ~ 49%；③无效：未达到“显效”与“有效”标准或病情加重。总有效率 = （显效 + 有效）例数 ÷ 总例数 × 100%。（2）生物标志物水平：治疗前后采用酶联免疫吸附法测定 N 末端 B 型利钠肽原（N-terminal pro-BNP, NT-proBNP）、超敏心肌肌钙蛋白（high-sensitive cardiac troponin, hs-cTn）、半乳糖凝集素-3（Galectin-3, Gal-3）水平。（3）血流动力学指标：包括中心静脉压（Central Venous Pressure, CVP）、全身血管阻力（Systemic Vascular Resistance, SVR）、心率（Heart Rate, HR）。（4）心脏结构与功能指标：应用超声心动图测定左心室射血分数（Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF）、左心室舒张末期容积（Left Ventricular End-Diastolic Volume, LVEDV）、每搏输出量（Stroke Volume, SV）。

1.5 统计学方法

数据采用 SPSS 24 软件分析，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，

作者简介：李泱飞（1989.03.08-），性别：男，民族：汉，籍贯：福州连江，科室：急诊科，学历：函授本科，职称：住院医师，研究方向：心血管。

行 t 检验；计数资料用例（n）、率（%）表示，行 χ^2 检验；P < 0.05 表示差异有统计学意义。

低于常规组（P < 0.05），见表 2。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

急诊组总有效率更高（P < 0.05），见表 1。

2.2 两组生物标志物水平比较

治疗后，急诊组 NT-proBNP、hs-cTn、Gal-3 水平均显著

表 1：两组临床疗效比较 [n（%）]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
急诊组	48	28（58.33）	18（37.50）	2（4.17）	46（95.83）
常规组	48	20（41.67）	19（39.58）	9（18.75）	39（81.25）
χ^2					5.031
P					0.025

表 2：两组生物标志物水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	NT-proBNP（pg/mL）		hs-cTn（ng/L）		Gal-3（ng/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
急诊组	48	3861.18±498.26	1825.74±285.47*	29.12±4.51	16.83±2.94*	19.06±2.71	12.48±1.89*
常规组	48	3852.64±512.73	2450.36±320.15*	28.75±4.32	22.16±3.58*	18.92±2.64	16.35±2.13*
t		0.083	10.089	0.410	7.971	0.256	9.416
P		0.934	< 0.001	0.682	< 0.001	0.798	< 0.001

注：与本组治疗前对比，*P < 0.05。治疗后，急诊组 CVP、SVR、HR 水平均显著低于常规组（P

2.3 两组血流动力学指标比较

< 0.05），见表 3。

表 3：两组血流动力学指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	CVP（cmH ₂ O）		SVR（dyn·s·cm ⁻⁵ ）		HR（次/min）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
急诊组	48	15.79±2.71	9.45±1.67*	1849.78±238.91	1423.58±176.54*	99.12±11.98	79.14±8.65*
常规组	48	15.82±2.65	12.31±1.98*	1852.45±245.67	1654.32±198.76*	98.85±12.34	88.76±9.87*
t		0.055	7.650	0.054	5.719	0.109	5.078
P		0.956	< 0.001	0.957	< 0.001	0.914	< 0.001

注：与本组治疗前对比，*P < 0.05。治疗后，急诊组 LVEF、SV 水平更高（P < 0.05），

2.4 两组心脏结构与功能指标比较

LVEDV 水平更低（P < 0.05），见表 4。

表 4：两组心脏结构与功能指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	LVEF（%）		LVEDV（mL）		SV（mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
急诊组	48	31.88±4.35	45.29±5.65*	168.57±25.14	142.31±22.85*	54.95±7.98	72.16±10.24*
常规组	48	32.05±4.22	38.65±5.17*	166.82±24.35	158.75±21.59*	55.12±8.34	63.28±9.15*
t		0.194	6.007	0.346	3.623	0.102	4.480
P		0.846	< 0.001	0.730	< 0.001	0.919	< 0.001

注：与本组治疗前对比，*P < 0.05。

3 讨论

CCHF 患者预后与其治疗的及时性、有效性密切相关。以对症支持为主的常规治疗虽然能够缓解患者病情，但整体作用有限，且治疗周期较长，容易增加潜在健康风险，加重患者心理与经济负担。急诊治疗强调早期识别、快速干预、综合管理，能够根据疾病特征与患者实际情况，运用系统化、综合化的干预方案快速稳定生命体征、缓解临床症状、纠正诱发因素、预防相关风险，为慢病患者维持治疗创造有利条件，促进其预后改善。本研究以《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》为依据，结合临床实践经验，采用 NT-proBNP、hs-cTn、Gal-3 生物标志物以及 CVP、SVR、HR、LVEF、SV、LVEDV 心血管功能指标作为疗效评价指标，探究急诊治疗在 CCHF 中的应用价值，结果显示：行常规治疗与急诊治疗患者上述治疗均得到显著改善，但急诊治疗患者改善效果明显优于常规治疗患者，且 95.83% 患者治疗效果较为理想。说明急诊治疗在患者心脏

负荷减轻、心肌细胞损伤改善、心肌纤维化进程延缓、血流动力学稳定、心脏重塑逆转、心功能保护等方面更具优势，可满足绝大多数患者临床治疗需求。

综上所述，针对 CCHF 患者实施系统化急诊治疗，能够更迅速、全面地纠正病理生理紊乱，显著改善其心血管功能，获得良好治疗效果。

参考文献：

[1] 唐诗倩, 陆士娟, 马添翼, 等.miRNA-1 对慢性充血性心力衰竭小鼠左心室心肌 Cx43 蛋白表达的影响 [J]. 沈阳药科大学学报, 2021, 38(07):706-713.

[2] 杨家勇. 沙库巴曲缬沙坦钠治疗慢性充血性心力衰竭的效果 [J]. 中外医药研究, 2024, 3(05):81-83.

[3] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(3):235-275.