DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.03.045

芪苈强心胶囊联合缬沙坦治疗老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭临床效果观察

张艳龙,成非,陈丹,李亚然,张磊,樊延明
(邢台市人民医院,河北 邢台 054000)

摘要:目的 观察老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者采取芪苈强心胶囊联合缬沙坦方案的疗效。方法 共计纳入2022年7月—2024年3月收治的168例老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者应用随机数字表法进行分组,患者均接受常规治疗,缬沙坦组(84例)患者同时接受缬沙坦胶囊治疗,联合用药组(84例)患者同时接受芪苈强心胶囊联合缬沙坦治疗。观察两组患者数据情况:患者治疗效果、治疗不良反应、治疗前后心脏超声指标变化、6 min步行试验(6-minute walk test,6MWT)指标变化及B型氨基端利尿钠肽前体(N terminal pro B type natriuretic peptide,NT-proBNP)水平变化、肿瘤坏死因子α(tumor necrosis factor-α,TNF-α)、同型半胱氨酸(homocysteine,HCY)、转化生长因子β1(transforming growth factor-β1,TGF-β1)水平变化、明尼苏达心力衰竭生活质量量表评分(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire,MLHFQ)变化。结果 联合用药组患者与缬沙坦组治疗总有效率分别为96.43%(81/84)、86.90%(73/84),前者更高($P<0.05$);联合用药组患者与缬沙坦组患者治疗不良反应率均较低($P>0.05$);两组患者治疗前左室舒张末期内径(left ventricular end diastolic dimension,LVEDD)及左室收缩末期内径(left ventricular end systolic diameter,LVESD)、左室射血分数(left ventricular ejection fractions,LVEF)等心脏超声指标、6MWT、NT-proBNP、TNF-α、HCY、TGF-β1、MLHFQ评分等指标比较,$P>0.05$;治疗后两组患者的心脏超声指标(LVEDD、LVESD、LVEF)、6MWT、NT-proBNP、TNF-α、HCY、TGF-β1、MLHFQ评分等均改善,联合用药组患者治疗后心脏超声指标(LVEDD、LVESD、LVEF)、6MWT、NT-proBNP、TNF-α、HCY、TGF-β1、MLHFQ评分等指标均比缬沙坦组更优($P<0.05$)。结论 老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者应用芪苈强心胶囊与缬沙坦联合治疗的临床效果良好,治疗方案可改善患者症状以及心功能、耐受能力以及生活质量,治疗不良反应少,值得应用。

关键词:老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭;芪苈强心胶囊;缬沙坦;疗效;心功能;不良反应;生活质量
中图分类号:R259.425;R259.416 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)03-0236-04

Clinical Effect of Qili Qianxin Capsule(芪苈强心胶囊) Combined with Valsartan in Treatment of Senile Degenerative Heart Valvular Disease Complicated with Heart Failure

ZHANG Yanlong,CHENG Fei,CHEN Dan,LI Yaran,ZHANG Lei,FAN Yanming
(Xingtai People's Hospital,Xingtai 054000,Hebei,Chin)

Abstract:*Objective* To observe the clinical effect of Qili Qianxin Capsule(芪苈强心胶囊) combined with valsartan on senile patients with degenerative heart valvular disease complicated with heart failure. *Methods* A total of 168 elderly patients with degenerative heart disease combined with heart failure admitted from July 2022 to March 2024 were divided into groups by random number table method. All patients received conventional treatment,84 patients in the valsartan group received valsartan capsule simultaneously,and 84 patients in the combination treatment group received Qili Qianxin Capsule combined with valsartan simultaneously. The data of two groups was observed:treatment efficacy,treatment adverse reactions,the cardiac ultrasound indicators before and after treatment,the changes in 6-minute walk test(6MWT) indicators,the levels of N-terminal pro B-type natriuretic peptide(NT-proBNP),tumor necrosis factor-α(TNF-α),homocysteine (HCY) and transforming growth factor-β1 (TGF-β1) and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire(MLHFQ) scores. *Results* The total effective rate of the combination treatment group and valsartan group was 96.43% (81/84) and 86.90% (73/84),respectively,and the former was higher($P<0.05$). The rate of adverse reactions was lower in the combination group and valsartan group($P>0.05$). Left ventricular end diastolic dimension(LVEDD) and Left ventricular end systolic diameter(LVESD),left ventricular ejection fractions (LVEF) and other echocardiographic indexes,6MWT,the levels of NT-proBNP,TNF-α,HCY and TGF-β1 and MLHFQ scores before treatment in two groups were not significant($P>0.05$). After treatment,the cardiac ultrasound indexes(LVEDD,

基金项目:河北省卫生健康委员会医学科学计划项目(20240627)
作者简介:张艳龙(1989-),男,黑龙江肇东人,主治医师,硕士,研究方向:心血管内科。
通讯作者:樊延明(1985-),男,河北邯郸人,副主任医师,博士,研究方向:心血管内科。

LVESD, LVEF), 6MWT, the levels of NT-proBNP, TNF-α, HCY and TGF-β1, MLHFQ scores and so on were improved in both groups. And these indexes in the combination treatment group were better than those in the valsartan group ($P<0.05$). *Conclusion* The combined treatment of Qili Qianxin Capsule and valsartan has good clinical effect in the elderly patients with degenerative heart valvular disease complicated with heart failure. This treatment regimen can improve the symptoms, cardiac function, tolerance and quality of life of patients, and has few adverse reactions, which is worthy of application.

Keywords: senile degenerative valvular heart disease with heart failure; Qili Qianxin Capsule (芪苈强心胶囊); valsartan; curative effect; heart function; adverse reactions; quality of life

老年退行性心脏瓣膜病是临床常见老年性疾病，又叫作老年钙化性心脏瓣膜病，发病后对老年患者造成严重危害[1-2]。临床需积极治疗老年退行性心脏瓣膜病，避免患者病情恶化，以保证患者的安全[3-4]。老年退行性心脏瓣膜病患者久病不愈，容易并发心力衰竭，进一步影响患者健康，加重患者病情，危害患者健康[5-6]。近年来，我国老龄化加剧，而老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭疾病的发生率也相应上升，导致治疗难度增加，若不及时有效治疗，可能导致患者死亡，须积极进行该病治疗方案研究[7-8]。目前临床治疗老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭多采取药物保守治疗，西药治疗该病取得较好临床效果，但西药无法长期使用，可能导致不良反应，长期用药也可能出现耐药性，导致临床效果变差，故而需完善该病治疗方案，提升临床疗效[9-10]。中医药对老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭疾病具有一定认识，值得应用[11-12]。临床发现，芪苈强心胶囊属于中成药，具有较好强心及利水、活血作用，可较好改善本病患者心功能，促进患者病情好转，治疗效果良好。故而本次纳入168例老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者分组探讨芪苈强心胶囊与缬沙坦联合用药的效果及影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共计纳入我院2022年7月—2024年3月168例老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者采取随机数字表法分成缬沙坦组、联合用药组，各84例。纳入标准：患者符合退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭临床诊断[13]；患者年龄65岁及以上；患者可应用芪苈强心胶囊与缬沙坦药物治疗；患者自愿参与本次研究并签署知情同意书；本研究方案已通过伦理委员会审批，伦理编号：2023〔115〕。排除标准：年龄低于65岁或90岁以上患者；吸毒与酗酒患者；药物滥用史患者；近半年发生严重心脑血管并发症患者；合并肿瘤患者。缬沙坦组：84例，男女比例为40∶44，年龄65～88岁（73.82±2.93）岁，病程1～6年（2.65±0.49）年。联合用药组：84例，男女比例为41∶43，年龄为66～86岁（73.90±2.87）岁，病程1～7年（2.59±0.52）年。对比缬沙坦组、联合用药组患者临床资料，均$P>0.05$。

1.2 治疗方法

入组患者均接受临床常规药物治疗。患者采取醛固酮拮抗剂、利尿剂、β受体阻滞剂、地高辛治疗。缬沙坦组：本组患者在常规药物治疗同时，联合缬沙坦胶囊（湖南千金湘江药业股份有限公司；国药准字H201035；规格：80 mg×14粒）治疗。初始剂量为每日40 mg，根据患者机体耐受情况，间隔1～2周，增加剂量为每日80 mg，达到最大药物剂量后，持续用药，密切留意患者身体情况，治疗3个月。联合用药组：本组患者采取芪苈强心胶囊联合缬沙坦治疗，缬沙坦用药与缬沙坦组相同，并采取芪苈强心胶囊（石家庄以岭药业股份有限公司；国药准字Z20040141；规格为0.3 g×180粒），3次/d，4粒/次，口服用药3个月。

1.3 观察指标

1.3.1 *疗效评估* 症状显著改善，心功能提升2级或者达到Ⅰ级为显效；症状一定程度好转，心功能提升1级，未达到Ⅰ级为有效；症状未见改善，心功能下降1级为无效。总有效率=显效率+有效率[14]。

1.3.2 *不良反应分析* 观察并记录各组患者恶心、头痛等不良反应情况。

1.3.3 *心脏超声指标观察* 采取心脏超声仪器测定缬沙坦组、联合用药组的左室舒张末期内径（left ventricular end diastolic dimension, LVEDD）和左室收缩末期内径（left ventricular end systolic diameter, LVESD）、左室射血分数（left ventricular ejection fractions, LVEF）等心脏超声指标。

1.3.4 *6 min步行试验（6-minute walk test, 6MWT）指标变化及B型氨基端利尿钠肽前体（N terminal pro B type natriuretic peptide, NT-proBNP）水平比较* 治疗前后测定缬沙坦组、联合用药组患者6MWT及NT-proBNP指标。6MWT：患者进行6MWT试验，距离越远表示患者运动能力越强，耐力越好。NT-proBNP指标测定：采取免疫层析法进行测定。

1.3.5 *肿瘤坏死因子α（tumor necrosis factor-α, TNF-α）、同型半胱氨酸（homocysteine, HCY）、转化生长因子β1（transforming growth factor-β1, TGF-β1）水平比较* 测定缬沙坦组、联合用药组患者治疗前后TNF-α、HCY、TGF-β1水平。采取酶联免疫吸附法进行指标测定。

1.3.6 *明尼苏达心力衰竭生活质量量表评分（Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ）比较* 治疗前后测定缬沙坦组、联合用药组患者MLHFQ评分，评分标准：包括症状、体力、情绪及社会限制4个维度，分值越低表示各项越佳[15]。

1.4 统计学方法

研究将缬沙坦组、联合用药组患者的数据均录入Excel，进行数据处理，采用SPSS 28.0软件分析数据，计数资料（临床疗效和不良反应等）采用χ^2检验，计量资料采用t检验，$P<0.05$，差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗效果比较

联合用药组患者与缬沙坦组治疗总有效率分别为96.43%、86.90%，前者更高（$P<0.05$）。见表1。

2.2 不良反应情况比较

联合用药组患者与缬沙坦组患者治疗不良反应率均较低（$P>0.05$）。见表2。

2.3 治疗前后心脏超声指标（LVEDD、LVESD、LVEF）比较

比较两组患者治疗前心脏超声指标（LVEDD、LVESD、

LVEF)，$P>0.05$，两组患者治疗后指标均改善，联合用药组指标改善情况优于缬沙坦组($P<0.05$)。见表 3。

表 1 两组老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者临床治疗效果比较 单位：例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
缬沙坦组	84	34	39	11	73(86.90)
联合用药组	84	60	21	3	81(96.43)
χ^2 值		-	-	-	4.987 0
P 值		-	-	-	0.025 5

表 2 两组老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者不良反应情况比较 单位：例(%)

组别	例数	恶心	头痛	口苦	总不良反应情况
缬沙坦组	84	1	0	1	2(2.38)
联合用药组	84	1	1	1	3(3.57)
χ^2 值		-	-	-	0.206 1
P 值		-	-	-	0.649 8

表 3 两组老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者心脏超声指标(LVEDD、LVESD、LVEF)比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	LVEDD/(mm)	LVESD/(mm)	LVEF/(%)
缬沙坦组	84	治疗前	69.65±3.23	55.25±6.23	45.99±4.82
		治疗后	55.23±2.00[2)]	43.26±5.82[2)]	55.23±3.39[2)]
联合用药组	84	治疗前	70.10±2.99[1)]	55.19±6.30[1)]	46.06±4.90[1)]
		治疗后	51.28±1.72[2)3)]	39.26±4.92[2)3)]	59.64±2.83[2)3)]

注：1)与缬沙坦组比较，$P>0.05$；2)与治疗前比较，$P<0.05$；3)与缬沙坦组治疗后比较，$P<0.05$。

2.4 治疗前后 6MWT、NT-proBNP 比较

治疗前，两组患者 6MWT、NT-proBNP 比较，$P>0.05$，两组患者治疗后 6MWT、NT-proBNP 均改善，联合用药组患者治疗后 6MWT、NT-proBNP 优于缬沙坦组患者($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者治疗前后 6MWT、NT-proBNP 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	6MWT/(m)	NT-proBNP/(pg/mL)
缬沙坦组	84	治疗前	227.83±10.45	2 359.53±9.65
		治疗后	420.65±8.52[2)]	605.23±9.53[2)]
联合用药组	84	治疗前	228.03±9.56[1)]	2 361.29±7.83[1)]
		治疗后	451.25±7.23[2)3)]	488.65±9.55[2)3)]

注：1)与缬沙坦组比较，$P>0.05$；2)与治疗前比较，$P<0.05$；3)与缬沙坦组治疗后比较，$P<0.05$。

2.5 治疗前后 TNF-α、HCY、TGF-β1 比较

治疗前，两组患者 TNF-α、HCY、TGF-β1 比较，$P>0.05$，两组患者治疗后 TNF-α、HCY、TGF-β1 均改善，联合用药组患者治疗后 TNF-α、HCY、TGF-β1 优于缬沙坦组患者($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者治疗前后 TNF-α、HCY、TGF-β1 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	TNF-α/(pmol/L)	HCY/(umol/L)	TGF-β1/(pg/mL)
缬沙坦组	84	治疗前	39.45±2.98	15.27±3.84	95.62±8.85
		治疗后	35.42±3.16[2)]	11.14±1.65[2)]	65.23±7.24[2)]
联合用药组	84	治疗前	39.60±2.66[1)]	15.32±2.76[1)]	95.59±9.02[1)]
		治疗后	32.16±1.99[2)3)]	9.23±1.05[2)3)]	52.65±6.93[2)3)]

注：1)与缬沙坦组比较，$P>0.05$；2)与治疗前比较，$P<0.05$；3)与缬沙坦组治疗后比较，$P<0.05$。

2.6 缬沙坦组、联合用药组患者治疗前后 MLHFQ 评分(症状、体力、情绪及社会限制)比较

治疗前，两组患者 MLHFQ 评分(症状、体力、情绪及社会限制)比较，$P>0.05$，两组患者治疗后 MLHFQ 评分(症状、体力、情绪及社会限制)均改善，联合用药组患者治疗后 MLHFQ 评分(症状、体力、情绪及社会限制)优于缬沙坦组患者($P<0.05$)。见表 6。

表 6 两组老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者治疗前后 MLHFQ 评分(症状、体力、情绪及社会限制)比较($\bar{x}\pm s$)

单位：分

组别	例数	时间	体力	症状	社会限制	情绪
缬沙坦组	84	治疗前	8.03±1.57	11.89±2.85	9.25±1.75	9.29±1.55
		治疗后	5.10±0.99[2)]	9.14±1.15[2)]	7.00±0.76[2)]	6.62±1.52[2)]
联合用药组	84	治疗前	7.99±1.65[1)]	11.93±3.00[1)]	9.30±1.69[1)]	9.32±1.48[1)]
		治疗后	3.39±0.87[2)3)]	6.94±1.02[2)3)]	5.69±1.00[2)3)]	5.03±0.95[2)3)]

注：1)与缬沙坦组比较，$P>0.05$；2)与治疗前比较，$P<0.05$；3)与缬沙坦组治疗后比较，$P<0.05$。

3 讨论

我国老年退行性心脏瓣膜病近年发病率明显上升，合并心力衰竭危害严重，是导致患者死亡的一大重大原因[16-18]。老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭因机体年迈无法耐受手术等原因多采取药物进行治疗，β 受体阻滞剂、利尿剂等为常用药物，可较好改善患者心功能，治疗效果良好[19-20]。临床较为重视老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭疾病的治疗，不断进行临床研究，取得一定结果[21-22]。缬沙坦是临床常用药物，该药属于血管紧张素Ⅱ受体阻断药品，该药治疗心力衰竭具有较好效果，治疗时通过和血管紧张素Ⅰ受体结合，抑制血管紧张素Ⅱ生物学效应，从而改善水钠潴留，抑制血管收缩，增加促交感活性，抑制心肌细胞重构，改善患者心功能[23]。

中医学对老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭疾病认识较深，记载较多，将其纳入“胸痹”“心悸”等范畴[24-25]。少阳主机体气机升降，对气血津液运转及生理功能影响较大[26]。老年心脏瓣膜病和少阳筋膜结构及功能类似，少阳乃机体气血津液运转枢纽，影响心脏功能，少阳异常，则气血不畅、心脉痹阻[27]。老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者久病气虚，气机不畅，气血受阻、湿热瘀滞，治疗当以益气温阳，活血通络，利水消肿等法治疗[28]。本次给予老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者芪苈强心胶囊，治疗效果良好。芪苈强心胶囊属于中成药，该药中的黄芪可补气升阳、益卫固表、利水消肿、生津养血；丹参可活血祛瘀、清心除烦；附子具有回阳救逆、补火助阳及止痛功效；人参具有大补元气及补脾益肺功效；泽泻可利水渗湿、泄热；葶苈子可化痰、泻肺平喘、利水消肿；桂枝可温通经脉、助阳化气、平冲降气；红花具有活血通经及散瘀止痛功效；玉竹可养阴润燥、生津止渴；陈皮具有理气健脾，燥湿化痰等功效；香加皮具有利水消肿功效。诸药配伍具有较好活血化瘀、益气、补阳、利水消肿及止痛等方法治疗。芪苈强心胶囊具有较好利尿作用，现代药理指出，该药还有较好抗氧化、抗炎抑菌作用，可较好抑制炎性因子释放，调节患者血管活性物质，提升其心肌细胞收缩力，从而促进心脏血液流动，改善心脏功能，对老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者具有积极作用[29]。本次研究数据显示，联合用药组患者与缬沙坦组治疗总有效率分别为 96.43%、86.90%，前者更高，提示本次治疗

方案效果良好,可提升患者临床疗效。联合用药组患者与缬沙坦组患者治疗不良反应率均较低,提示本次治疗不良反应较少,治疗较为安全。LVEDD、LVESD、LVEF 为临床评估患者心脏功能的常用指标,老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者的心功能明显下降,芪苈强心胶囊强心作用良好,故而本次给予患者芪苈强心胶囊联合缬沙坦治疗可较好改善患者心脏功能指标,各项指标改善。6MWT 指标可评估患者运动能力及耐力,本次各组治疗后指标均提升,联合用药组指标高于缬沙坦组,提示本次治疗可提升患者的耐力以及运动能力,分析原因为,本次治疗方案效果良好,可较好改善患者心脏功能,患者耐力提升、运动能力增强。NT - proBNP 和心衰呈正相关,评估该指标可了解患者心衰病情变化,本次发现,联合用药组患者治疗后 NT - proBNP 显著低于缬沙坦组,提示本次治疗方案可较好改善患者病情。联合用药组患者治疗后 TNF - α、HCY、TGF - β1 指标均比缬沙坦组指标更佳,提示本次治疗方案可减轻老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者机体炎症反应,减轻心肌细胞损伤,阻止心肌纤维化,改善患者心功能。有研究指出,老年退行性心脏瓣膜病患者存在炎症反应,参与瓣膜病的病情变化[30]。而芪苈强心胶囊与缬沙坦均具有较好抗炎作用,可较好抑制患者炎症反应,促进患者病情好转。联合用药组患者 MLHFQ 评分等均高于缬沙坦组,提示本次治疗可提升老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭患者的生活质量,分析原因:患者发病后的心脏功能较差,影响其生活质量,而本次治疗效果良好,可较好改善患者心功能,日常生活质量得以提升。

综上所述,老年退行性心脏瓣膜病合并心力衰竭应用芪苈强心胶囊与缬沙坦联合治疗效果较好,本次治疗可显著改善患者症状以及心功能、运动耐力以及生活质量,治疗不良反应少,较为安全可靠。

参考文献

[1] 谢祯晖,陈长源. 老年退行性心脏瓣膜病的流行病学现状及诊疗进展[J]. 国际心血管病杂志,2023,50(2):65 - 68.
[2] 纪永交,郝春艳. 老年主动脉瓣退行性疾病的发病机制及诊疗研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(18):3373 - 3376.
[3] 张帅,陆文远,唐汉玮,等. 中国合并心力衰竭的老年心脏瓣膜病患者的临床特征与外科治疗现状[J]. 中国循环杂志,2023,38(5):520 - 525.
[4] 付利英,赵月红,时卫刚,等. 右美托咪定复合全身麻醉用于伴退行性心脏瓣膜病妇科腹腔镜手术临床评价[J]. 中国药业,2023,32(20):123 - 126.
[5] 杨俊霞,方哲. 经导管主动脉瓣置换术的应用研究进展[J]. 中国医药,2024,19(5):773 - 776.
[6] 杨红萍,马小静,李菁,等. 经胸超声心动图诊断机械瓣膜功能障碍[J]. 中国医学影像技术,2023,39(3):351 - 355.
[7] 袁明辉,谷晓云,张丽娜,等. 芪苈强心胶囊致心率减慢 1 例[J]. 药学研究,2023,42(7):534 - 536.
[8] 奉伟庭,肖宜超. 心脏瓣膜病介入治疗术后机械性溶血诊疗进展[J]. 中南大学学报(医学版),2023,48(9):1397 - 1402.
[9] 蔡珍,刘思捷,艾婷婷. 老年心脏瓣膜病伴心力衰竭病人预后影响因素的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(13):2427 - 2430.
[10] 方倩. 左西孟旦在重症心脏瓣膜病术后的应用价值研究[J]. 罕少疾病杂志,2023,30(1):43 - 44.
[11] 董妍,朱佳琪,马跃文. Ⅰ期心脏康复对心脏瓣膜病患者术后恢复的影响[J]. 中国医科大学学报,2024,53(4):379 - 381.
[12] 陈桂尼,刘运仲,王月婵,等. 心脏瓣膜病患者术后应用肝素钠与华法林抗凝致出血情况的比较及华法林抗凝致出血风险模型的构建[J]. 中国医药,2023,18(3):345 - 349.
[13] 王海彦,洪敏,杜晓培,等. 双极与单极射频消融术治疗心脏瓣膜病合并心房颤动的有效性和安全性对照研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(13):2465 - 2469.
[14] 揭冬丽,蒋洪朋,余时平. 中药封包联合舒芬太尼对心脏瓣膜病术后镇痛的影响[J]. 湖北中医药大学学报,2024,26(1):63 - 65.
[15] 陈兴华,韩露,王丽媛,等. 瓣膜置换术同期射频消融和左心耳闭合对心脏瓣膜病合并心房颤动患者预后的影响[J]. 中国医药,2023,18(10):1461 - 1465.
[16] 徐雪,谢丽响,胡春峰. 风湿性心脏瓣膜病患者术前冠状动脉狭窄的临床及冠状动脉 CT 造影研究[J]. 中国临床医学影像杂志,2023,34(10):714 - 718.
[17] 朱齐丰,王建安. 经导管心脏瓣膜病介入治疗领域的中国脚步[J]. 中华心血管病杂志,2023,51(8):806 - 808.
[18] 高雅萱,庄皓舜,杨蓉,等. 三瓣膜修复治疗风湿性心脏瓣膜病的近中期效果观察[J]. 中华解剖与临床杂志,2023,28(11):709 - 714.
[19] 艾景雪,张海波,李运丽. 依那普利、螺内酯联合比索洛尔治疗风湿性心脏瓣膜病合并慢性心力衰竭的临床疗效[J]. 四川解剖学杂志,2023,31(2):87 - 89.
[20] 赵立果,陈桂玲. 心脏瓣膜病合并慢性心力衰竭患者瓣膜置换术后认知功能障碍现状及影响因素分析[J]. 罕少疾病杂志,2024,31(4):42 - 44.
[21] 罗晓君,梁宏宇,陈丽芳,等. 慢性心力衰竭的中医证素分布及与危险因素的相关性研究[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(4):795 - 801.
[22] 李咏梅,张凯,张倩,等. 心力衰竭患者新发心房颤动的现况调查及相关因素研究[J]. 中国临床医生杂志,2023,51(7):801 - 804.
[23] 李庆,郭雨龙,郭金锐,等. 第五代心肌收缩力调节器治疗慢性心力衰竭合并心房颤动一例[J]. 中国心血管杂志,2023,28(1):6 - 8.
[24] 胡辽平,夏晶晶,张颖,等. 非射血分数降低型心力衰竭患者不同年龄组的临床特征及预后分析[J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志,2023,7(2):75 - 83.
[25] 赵靖,邹晓,赵轩,等. 连夏宁心汤治疗退行性心脏瓣膜病痰热扰心证 37 例[J]. 环球中医药,2023,16(10):2105 - 2108.
[26] 高展旺,张昕,王羚鄙. 基于调节自噬的中药及其复方抗心肌肥厚的研究进展[J]. 中成药,2023,45(12):4042 - 4048.
[27] 袁思成,芮庆林. 中医药治疗心脏瓣膜病临床研究进展[J]. 中国中医急症,2020,29(3):555 - 557,561.
[28] 李园园,吴琼,郝千莹,等. 从少阳枢机论治心脏瓣膜病[J]. 环球中医药,2022,15(9):1641 - 1644.
[29] 郝英良,张启明. 试论在慢性心力衰竭中“痰”的生物学基础[J]. 环球中医药,2023,16(6):1181 - 1185.
[30] 李海田,戴方圆,赵芸,等. 李平教授治疗心脏瓣膜脱垂病的经验[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(4):698 - 701,705.