



左西孟旦治疗急性心肌梗死并发心力衰竭的疗效探讨

王 琨

德阳肿瘤医院 618000

【摘要】目的 分析左西孟旦治疗急性心肌梗死并发心力衰竭的疗效。**方法** 将100例急性心肌梗死并发心力衰竭者分为2组, 每组50例。对照组使用多巴酚丁胺, 观察组使用左西孟旦。分析结果。**结果** 对照组患者治疗有效率为76.00%, 观察组为92.00%, $P < 0.05$ 。治疗前, 两组患者的EF以及NT-proBNP无明显差异, $P > 0.05$ 。治疗后, 患者的上述指标有所改善, 就改善程度来讲, 和对照组相比, 观察组的改善程度更高, $P < 0.05$ 。**结论** 对于急性心梗合并心衰患者, 以常规治疗方案为基础, 使用左西孟旦治疗疾病, 能在一定程度上提升治疗有效率。安全性强, 可维护心肌功能, 减少并发症发生率, 值得进一步在临床中推广使用。

【关键词】 左西孟旦; 急性心肌梗死; 心力衰竭

【中图分类号】 R542.22 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 02-018-02

Treatment of acute myocardial infarction complicated with heart failure

【Abstract】Objective to analyze the curative effect of left west mengdan in the treatment of acute myocardial infarction complicated with heart failure. **Methods** 100 patients with acute myocardial infarction complicated with heart failure were divided into 2 groups, 50 patients in each group. The control group used dobutamine, and the observation group used levosimondan. Analyze the results. **Results** the effective rate was 76.00% in the control group and 92.00 % in the observation group. $P < 0.05$. Before the treatment, two groups of EF and NT - proBNP in patients with no significant difference, $P > 0.05$) after treatment, the indexes of patients improved, in terms of improvement, compared with control group, a greater degree of improve observation group, $P < 0.05$). **Conclusion** for patients with acute myocardial infarction combined with heart failure, based on the conventional treatment regimen, the treatment of the disease with leosimendan can improve the efficiency of treatment to a certain extent. It is safe to maintain cardiac function and reduce the incidence of complications, which is worthy of further promotion in clinical practice.

【Key words】 left west mengdan; Acute myocardial infarction; Heart failure

急性心梗为临床常见病多发病, 该疾病为引起左心衰竭的常见因素。当患者出现急性梗死, 之后, 心脏收缩能力下降, 顺应性降低。心肌收缩协调性变差, 射血分数减少。在此同时, 心排量降低, 引发心功能不全。单纯依靠血运重建, 无法令病患顺利渡过急性心肌梗死期。有文献指出^[1], 对于该疾病患者, 使用左西孟旦进行治疗, 要取得较为满意的效果, 为了证实该理论的真实性和实际情况, 本文选择2016年5月-2017年5月我院收治的100例急性心肌梗死并发心力衰竭患者为研究对象, 并对部分患者使用了左西孟旦, 得出心得, 现将具体结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2016年5月-2017年5月我院收治的100例急性心肌梗死并发心力衰竭患者为研究对象。经临床诊断以及相关检查, 患者确诊, 符合卫计委颁布的关于该疾病临床诊断标准。排除对象: 合并严重高血压疾病 ($SBP \geq 180\text{mmHg}$ 和 (或) $DBP > 110\text{mmHg}$)。合并其他器官器质性病变, 肝肾功能异常, 恶性肿瘤者, 观察疗程治疗未结束, 退出实验调查者, 未能按照相关规定, 或者临床资料不全影响治疗效果者。拒绝参加实验调查者, 精神疾患。现依照就诊顺序, 将病患随机平均分为观察组以及对照组, 每组100例。对照组男患者28例, 女患者22例, 年龄区间为(36.25-78.58)岁, 平均年龄为(57.25±2.17)岁。观察组男患者27例, 女患者23例, 年龄区间为(37.58-79.68)岁, 平均年龄为(58.57±3.18)岁。两组受试者基线资料无明显差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

患者入院后, 接受常规治疗。详细要为血管扩张剂、利尿剂、洋地黄类药物以及血管转换酶抑制剂等等。

以此为基础, 对照组使用多巴酚丁胺(国药准字H20053297, 生产单位: 山东方明药业集团股份有限公司)开展治疗。方式为静滴, 初始剂量为 $2.5 \mu\text{g/kg} \cdot \text{min}^{-1}$, 1小时后增至 $5 \mu\text{g/kg} \cdot \text{min}^{-1}$, 并持续滴注24h。

观察组使用左西孟旦(国药准字H20110104, 生产单位: 成都圣诺生物制药有限公司)治疗, 初始剂量为 $10 \mu\text{g/kg}$, 滴注时间为30min, 之后以 $0.1 \mu\text{g/kg} \cdot \text{min}^{-1}$ 滴注, 24小时滴注完成。在使用药物之前, 对患者的脉搏, 呼吸, 体温以及血压进行全面检查, 同时分析病患的血常规、尿常规、超声心动图以及心电图情况。在接受此项治疗期间内, 患者不额外使用其他药物。

1.3 观察指标

分析两组患者治疗效果情况。

分析两组患者EF以及NT-proBNP变化情况。

1.4 效果判定

本实验使用卫生部最新颁布的关于急性心梗合并心力衰竭的临床治疗判定标准, 对患者的治疗效果进行全面评价, 详细为^[2]: (1) 临床显效: 经治疗后, 患者好转EF在50%以上; BNP在100pg/ml以下。(2) 临床有效: 经治疗后, 患者的EF在50%以下, 但和之前相比, 明显好转, BNP在100pg/ml以上, 和既往相比, 有所改善。(3) 无效: 未达到以上治疗标准者, 视为临床无效。总有效率=(临床显效+临床有效)/总人数*100.00%。

1.5 统计学方法

本实验使用SPSS21.0软件包, 对计量资料使用T值计算, 计数资料使用 χ^2 计算, 当 $P < 0.05$ 。视为存在统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果情况, 详见见表1。



表1 两组患者治疗效果情况 [n, %]

小组类别	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=50)	36 (72.00%)	10 (20.00%)	4 (8.00%)	92.00%*
对照组 (n=50)	17 (34.00%)	21 (42.00%)	12 (24.00%)	76.00%
χ^2	15.264	9.635	7.546	7.546
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

备注：和对照组相比，*P < 0.05.

2.2 两组患者 EF 以及 NT-proBNP 变化情况

治疗前，两组患者的 EF 以及 NT-proBNP 无明显差异，P > 0.05. 治疗后，患者的上述指标有所改善，就改善程度来讲，和对照组相比，观察组的改善程度更高，P < 0.05. 详见表2.

3 讨论

心力衰竭为临床常见病多发病，该疾病患者经常合并急性心肌梗死，因为患者的部分心肌处于冬眠 / 抑制状态，即便患者冠状动脉血流恢复正常，其对于心肌产生的心功能不全效应依旧会维持相当长一段时间。既往正性肌力药物，会在一定程度上，增加该疾病患者心律失常以及心肌缺血缺氧率，因此不适合对急性心肌梗死患者使用。在出现急性心肌梗死后3到4天，患者经常出现的并发症为心力衰竭，该疾病为引发急性心梗的而死亡的重要原因。临床中治疗急性心梗合并心衰的常见药物包含 ACEI、 β 受体阻滞剂、利尿剂、强心药物、醛固酮拮抗剂等等。在此其中，传统意义上的强心药物主要分为两个类别，即非洋地黄类以及洋地黄类药物，洋地黄类药物包含地高辛、西地兰，而非洋地黄类药物主要为：多巴胺、多巴酚丁胺、米力农等等^[3]。

在上世纪80年代，有研究证实，有一种作用机制完全不同于既往强心药物新型的新型抗心力衰竭药物，这种药物不会增加患者心肌细胞中钙离子水平，而是经过提升细胞收缩蛋白对于钙离子敏感程度，进而增加心肌细胞收缩性。所以说，

表2 两组患者 EF 以及 NT-proBNP 变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组类别	NT-proBNP (pg/ml)		EF (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=50)	2955.36 $\pm$ 855.26	1559.69 $\pm$ 756.09*	33.20 $\pm$ 1.21	51.72 $\pm$ 3.52*
观察组 (n=50)	2963.25 $\pm$ 75.26	668.25 $\pm$ 263.25**	34.25 $\pm$ 1.56	43.21 $\pm$ 2.15**

备注：和对照组相比，*P < 0.05.

参考文献：

- [1] 李传威, 孙志军, 杨波, 等. 左西孟旦改善急性心肌梗死伴心力衰竭患者近期血流动力学研究 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2016, 15(4):241-244.
- [2] 国强华, 宋维鹏, 贾红丹, 等. 左西孟旦在急性心肌

该药物也被称之为钙增敏剂，相较于非洋地黄类正性肌力药物，钙增敏剂不会增加患者的心肌耗氧量以及钙离子超载水平。因此，使用药物后不会引起细胞损伤以及心律失常现象。

钙增敏剂主要代表药物为左西孟旦，其能够和肌球蛋白 c 全面结合，提升，收缩蛋白对于钙离子的敏感程度，从而使 cTnI 在钙离子中存在条件相对稳定，有助于促进心肌收缩。

值得说明的是，其也能够经过开放患者血管平滑肌中，ATP 敏感性 k 通道起发挥到相关作用。左西孟旦引起的心脏以及血管变化，对于患者冠状血流、肺循环以及外周循环均有着良好的促进作用。有文献证实，左西孟旦能够全面提升心脏输出量，减少 PCWP。在此同时也不会加大心肌耗氧量，因此能够和， β 受体阻滞剂以及 ACEI 等联合使用。在使用药物之后，不会对患者的血常规、血糖、血脂以及肝肾功能相关指标造成不良影响，因此建议心肌梗死后心衰患者使用该药物加以治疗。

NT-proBNP 在诊断心衰中，有着相当重要的现实意义。该项指标有助于评价患者的临床预后情况，当患者在使用左西孟旦之后，NT-proBNP 在 24 小时内明显下降。

本文证实：和对照组相比，观察组该项指标下降幅度更为明显，组间数据存在统计学意义，P < 0.05. 这在一定程度上证实，观察组的临床治疗效果明显较好。之所以出现这种情况，主要原因在于，左西孟旦能够起到抗心肌抑顿以及抗凋亡的效果，进而更好的恢复患者心脏功能。

值得说明的是，有文献证实，左西孟旦有一定抗炎效果，治疗后能够显著降低，患者血液中 hs-CRP 水平。另外，本文指出：相较于对照组，观察组的治疗有效率以及 EF 明显比对照组好，P < 0.05. 由此可见，对于急性心梗合并心衰患者，以常规治疗方案为基础，使用左西孟旦治疗疾病，能在一定程度上提升治疗有效率。安全性强，可维护心肌功能，减少并发症发生率，值得进一步在临床中推广使用。

梗死后心力衰竭的老年患者治疗中的临床研究 [J]. 实用老年医学, 2016, 30(6):493-495.

[3] 崔蕊, 国强华, 毕希乐, 等. 左西孟旦治疗急性心肌梗死后心力衰竭的临床观察与护理 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(A01):286-287.

(上接第17页)

根除 HP，还能提升患者恢复效率。

本研究中，对照组均接受克拉霉素治疗，研究组均接受香砂六君子丸联合克拉霉素治疗。完成治疗后，研究组临床总有效率明显超过对照组，其 HP 根除率也显著超过对照组。治疗期间，研究组不良反应发生率显著低于对照组，这表明，应用香砂六君子丸联合克拉霉素对胃溃疡实施治疗，可以产生明显效果，安全性高，能够促进患者尽快康复，该方法具有极大的推广应用价值。

参考文献：

- [1] 梁金春. 香砂六君子丸联合克拉霉素治疗胃溃疡的临床

床疗效分析 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(36):50-52.

[2] 徐建峰. 埃索美拉唑、克拉霉素、阿莫西林联合治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者 102 例疗效观察 [J]. 中国临床医生杂志, 2015, 43(05):51-53.

[3] 孙东娟. 香砂六君子丸联合克拉霉素治疗胃溃疡的临床效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(11):28-29.

[4] 李华茹. 奥美拉唑、阿莫西林联合克拉霉素三联疗法治疗胃溃疡临床效果观察 [J]. 中国当代医药, 2013, 20(03):86-87.

[5] 苏飞. 香砂六君子丸联合丽珠胃三联治疗胃溃疡的临床研究 [J]. 四川医学, 2011, 32(6):905-906.