



·论 著·

急性失代偿性心力衰竭患者应用左西孟旦与多巴酚丁胺治疗的疗效比较

谷永江

(北京市昌平区中医医院 102200)

【摘要】目的：探究与分析急性失代偿性心力衰竭患者应用左西孟旦与多巴酚丁胺的临床疗效。**方法：**选取我院自2013年10月至2015年11月收治的80例急性失代偿性心力衰竭患者，采取随机数字表法分为左西孟旦组与多巴酚丁胺组，每组各40例，对比两组患者临床疗效、心功能、血清钾离子、血清钙离子、NT-proBNP及炎症反应标志物水平。**结果：**左西孟旦组总有效率为77.50%，多巴酚丁胺组总有效率为90.00%，多巴酚丁胺组的总有效率明显高于左西孟旦组，具有统计学意义($P < 0.05$)。多巴酚丁胺组治疗后较治疗前相比左心室射血分数及每搏输出量虽增加但仍无明显差异($P > 0.05$)。左西孟旦组治疗后较治疗前相比左心室射血分数及每搏输出量均明显增加，且与多巴酚丁胺组治疗后相比差异显著，具有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗前后血清钾离子、血清钙离子相比无明显差异($P > 0.05$)。两组治疗后较治疗前相比NT-proBNP、hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平均明显降低，左西孟旦组治疗后多巴酚丁胺组治疗后相比上述指标下降更明显，具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论：**采用左西孟旦治疗急性失代偿性心力衰竭的临床疗效显著，可有效改善患者心功能，安全性较高，值得推广与应用。

【关键词】急性失代偿性心力衰竭；左西孟旦；多巴酚丁胺；心功能

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)10-076-02

急性失代偿性心力衰竭作为临床上一类较为常见的心血管疾病，对患者的生命健康造成了诸多威胁，在治疗期间应以减轻水钠潴留、降低心脏前后负荷，增强心肌收缩力作为重点，以达到最佳治愈目的[1]。目前临床上较为常用的正性肌力药物包括多巴酚丁胺、米力农等，但其中部分药物若长期使用则易增加病死率，引起了医生们的重视。而左西孟旦作为一类应用较为广泛的钙增敏剂，其优势在于可促进改善冠状动脉血流及外周循环[2]。现我院针对收治的80例急性失代偿性心力衰竭患者分别给予左西孟旦及多巴酚丁胺治疗，结果总结报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院自2013年10月至2015年11月收治的80例急性失代偿性心力衰竭患者，全部患者均在我院行超声心动图检查后确诊，排除了严重心瓣膜疾病、严重肝肾功能不全、血容量不足、甲状腺疾病患者，签署了关于本次试验的知情权同意书[3]。采取随机数字表法分为左西孟旦组与多巴酚丁胺组，每组各40例。左西孟旦组中男23例，女17例，年龄在44至77岁之间，平均年龄为(64.3±2.1)岁，NYHA分级Ⅲ级7例，Ⅳ级33例。多巴酚丁胺组中男22例，女18例，年龄在45至76岁之间，平均年龄为(65.6±2.3)岁，NYHA分级Ⅲ级8例，Ⅳ级32例。两组患者一般资料无明显差异，具有可比性。

1.2 治疗方法

两组患者均给予硝酸甘油、 β 肾上腺受体阻断药物、扩血管药、血管紧张素Ⅱ受体阻断药等基础治疗，左西孟旦组方法：左西孟旦负荷剂量为12 μ g/kg，静脉注射10min，后静脉滴注速度为每分钟0.1 μ g/kg，1h后增加药物浓度至0.2 μ g/kg，持续时间为23h。多巴酚丁胺组方法：多巴酚丁胺的负荷剂量为2 μ g/kg，静脉滴注速度为每分钟2 μ g/kg，1h后增加药物浓度至4 μ g/kg，持续时间为23h。

1.3 疗效评价标准

观察与对比两组患者临床疗效、心功能、血清钾离子、血清钙离子、NT-proBNP及炎症反应标志物水平(hs-CRP、IL-6、TNF- α)。(1)疗效评价标准：①患者经过治疗后左心室射血分数及每搏输出量增加幅度在30%及以上或达到正常水平评为有效；②患者经过治疗后较治疗前相比左心室射血分数及每搏输出量有效增加，但未达到有效等级评为好转；③患者经过治疗后较治疗前相比左心室射血分数及每搏输出量未增加，临床症状无改善评为无效；以有效及好转之和作为总有效[4-5]。(2)心功能采用超声心动图记录，所选仪器为美国GE公司生产的VIVID E9心脏超声诊断仪。(3)血清钾离子、血清钙离子、NT-proBNP及炎症反应标志物水平检测由放射免疫法、酶联免疫吸附法、生化分析仪等完成[6]。

1.4 统计学处理

采用SPSS18.0统计软件对本次研究所取得的数据进行分析，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采取t检验，以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)的形式对数据进行表示，以 $P < 0.05$ 代表有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比

左西孟旦组总有效率为77.50%，多巴酚丁胺组总有效率为90.00%，多巴酚丁胺组的总有效率明显高于左西孟旦组，具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效对比[例(%)]

组别	例数	有效	好转	无效	总有效
左西孟旦组	40	20(50.00)	16(40.00)	4(10.00)	36(90.00)
多巴酚丁胺组	40	17(42.50)	14(35.00)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2					5.78
P					<0.05

与多巴酚丁胺组相比，* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后心功能对比

左西孟旦组与多巴酚丁胺组治疗前左心室射血分数及每搏输出量均无明显差异，多巴酚丁胺组治疗后较治疗前相比左心室射血分数及每搏输出量虽增加但仍无明显差异($P > 0.05$)。左西孟旦组治疗后较治疗前相比左心室射血分数及每搏输出量均明显增加，且与多巴酚丁胺组治疗后相比差异显著，具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后心功能对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	左心室射血分数(%)	每搏输出量(ml)
左西孟旦组	40	治疗前	30.09±4.13	63.34±28.12
		治疗后	36.71±4.56**	73.45±27.18**
		T	3.50	3.77
P		<0.05	<0.05	
多巴酚丁胺组	40	治疗前	31.23±4.78	63.19±27.55
		治疗后	32.43±5.02	64.24±26.82
		T	1.66	1.45
P		>0.05	>0.05	

与治疗前相比，# $P < 0.05$ 。与多巴酚丁胺组相比，* $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后实验室生化指标对比

左西孟旦组与多巴酚丁胺组治疗前血清钾离子、血清钙离子、NT-proBNP、hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平均无明显差异，且两组治疗前后血清钾离子、血清钙离子相比无明显差异($P > 0.05$)。两组治疗后较治疗前相比NT-proBNP、hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平均明显降低，左西孟旦组治疗后多巴酚丁胺组治疗后相比上述指标下降更明显，具有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后实验室生化指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间段	血清钾离子	血清钙离子	NT-proBNP	hs-CRP	IL-6	TNF- α
左孟西旦组	40	治疗前	4.1 \pm 0.4	2.2 \pm 0.2	2453.22 \pm 286.56	8.16 \pm 1.87	30.41 \pm 5.68	32.22 \pm 5.41
		治疗后	3.8 \pm 0.6	2.1 \pm 0.1	994.35 \pm 127.86**	3.75 \pm 1.73**	19.51 \pm 4.11**	20.33 \pm 4.86**
		T	1.67	1.55	6.75	7.12	7.23	6.52
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	
多巴酚丁胺组	40	治疗前	4.0 \pm 0.5	2.1 \pm 0.3	2374.51 \pm 275.45	8.68 \pm 1.91	31.85 \pm 5.79	29.89 \pm 6.16
		治疗后	3.9 \pm 0.7	2.2 \pm 0.2	1378.82 \pm 205.77#	4.95 \pm 1.36#	22.51 \pm 4.76#	24.31 \pm 5.72#
		T	1.72	1.68	4.11	4.78	5.64	5.32
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	

与治疗前相比, #P<0.05. 与多巴酚丁胺组相比, *P<0.05.

3 讨论

心力衰竭在发病后多伴随着心肌功能下降, 心脏血液输出量下降的情况, 直至机体循环血液量明显降低而无法满足患者机体所需, 随即形成急性失代偿性心力衰竭, 因具有较高的病死率, 对患者的生命健康造成了严重威胁[7]。大量临床研究资料显示, 治疗心力衰竭多需使用利尿剂与血管收缩药物以改善病情, 且疗效显著。为此, 我院针对收治的 80 例急性失代偿性心力衰竭患者作为研究对象, 分别给予左孟西旦及多巴酚丁胺治疗。多巴酚丁胺属于一类 β 受体激动剂, 在治疗心力衰竭时可取得一定的临床疗效, 但长期应用可显著降低心肌耗氧量, 死亡率较高。而左孟西旦作为一种应用较为广泛的新型钙离子增敏剂, 其作用机制为通过增加心肌收缩力, 扩张冠状动脉与外周血管, 改善体循环血量及血液动力学, 以有效提高患者心功能, 获得显著的临床疗效 [8-9]。另外, 左孟西旦通过与心肌肌钙蛋白 C 相结合, 促进增加了收缩蛋白对钙离子的敏感性, 显著提高了心肌收缩性能, 提高心室射血量及每搏输出量。此外, 左孟西旦还可有效促进钾离子通道的开放, 稳定细胞膜, 降低心肌缺血的发生率 [10]。

研究结果显示, 左孟西旦组总有效率为 77.50%, 多巴酚丁胺组总有效率为 90.00%, 多巴酚丁胺组的总有效率明显高于左孟西旦组, 左孟西旦组治疗后较治疗前相比左心室射血分数及每搏输出量均明显增加, 且与多巴酚丁胺组治疗后相比差异显著 ($P<0.05$)。结果提示, 左孟西旦相比于多巴酚丁胺可通过改善心输出量及心室射血分数, 从而提高心功能, 缓解临床症状, 效果更加显著 [11-12]。两组治疗后较治疗前相比 NT-proBNP、hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平均明显降低, 左孟西旦组治疗后多巴酚丁胺组治疗后相比上述指标下降更明显 ($P<0.05$)。结果提示, 左孟西旦相比于多巴酚丁胺可显著降低炎症反应标志物的水平, 高, 避免因炎症反应促进心肌细胞氧化应激、损伤、坏死、凋亡等一系列反应的发生, 减少加重心衰 [12-13]。另外, 由于 NT-proBNP 为一类由心肌细胞合成分泌的前提 BNP, 其反应了患者心功能失代偿的程度, 结果中此物质的水平明显降低可见患者的心功能失代偿的情况得到了有效的控制, 这与贾秀丽于 2014 年的研究结果基本一致 [14]。此外, 在采用左孟西旦治疗急性失代偿性心力衰竭期间需警惕低血钾、低血压及恶性心律失常等潜在危险的发生, 注意用药的安全性 [15]。综上所述, 采用左孟西旦治疗急性失代偿性心力衰竭的临床疗效显著, 可有效改善患者心功能, 降低炎症因子水平,

减少对心肌产生的损伤, 安全性较高, 值得推广与应用。

参考文献:

- [1] 徐广成. 贝那普利与美托洛尔联合治疗慢性心力衰竭对心率变异性的影响观察[J].重庆医学, 2011, 40(1): 1137-1138.
- [2] 杜映荣, 陆霓虹, 杨蓑, 等.原发性高血压合并心力衰竭患者临床特点分析[J].实用心脑血管病杂志, 2014, 22(4): 15-16.
- [3] 王云飞, 刘仁光, 姜凤伟.左西孟旦治疗重度是代偿性心力衰竭的临床观察[J].中国药房, 2011, 22(30): 99-100.
- [4] 曹建中.卡托普利与螺内酯联合用药方案治疗原发性高血压合并心力衰竭的临床观察[J].临床合理用药杂志, 2012, 5(23): 5-6.
- [5] 章永根, 何建华.原发性高血压合并心力衰竭患者血压昼夜节律变化及心率变异性分析 [J].心脑血管病防治, 2012, 12(6): 476-478.
- [6] 陈晓飞.左西孟旦一心力衰竭治疗新药[J].中国药房, 2011, 22(10): 889-890.
- [7] 王钢.左西孟旦对急性心功能不全的治疗作用[J].心血管康复医学杂志, 2011, 20(5): 66-67.
- [8] 陈云红, 陈景开, 刘海, 等.左西孟旦与多巴酚丁胺治疗急性是代偿性心力衰竭患者的疗效比较[J].中国药物与临床, 2013, 13(2): 56-57.
- [9] 沈银华, 马金花.美托洛尔对慢性心衰患者 QT 离散度的影响[J].心脑血管病防治, 2010, 10(3): 90-91.
- [10] 李志强. 贝那普利联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭患者的临床疗效评价[J]. 实用临床医药, 2013, 17(13): 1278-1281.
- [11] 张晓丽.重组人脑利钠肽治疗急性失代偿性心力衰竭临床疗效观察 [J].山西医药杂志, 2011, 40(9): 989-990.
- [12] 曾涛.不同方法治疗急性失代偿性心力衰竭临床比较研究 [J].临床医学, 2011, 31(6): 90-91.
- [13] 张登庆, 李卫华, 谢强, 等.左西孟旦治疗老年顽固性心力衰竭的临床观察[J].南昌大学学报(医学版), 2012, 52(3): 88-89.
- [14] 贾秀丽.急性失代偿性心力衰竭患者采用左西孟旦治疗的临床疗效观察[J].中国医药指南, 2014, 12(32): 445-446.
- [15] 卫明. 氨氯地平联合依那普利治疗高血压病左心室舒张功能不全的临床观察[J].中国药房, 2010, 21(48): 4552-4553.

(上接第 75 页)

及住院费用等情况明显优于对照组, 且护理满意度高于对照组患

者的满意度, $P<0.05$ 表示统计学有意义。见表 2。

表2 两组患者住院情况分析

组别	例数	平均住院时间(d)	住院费用(元)	护理满意评分(分)
实验组	60	10.25 \pm 1.42	443.32 \pm 25.31	98.56 \pm 1.35
对照组	60	16.95 \pm 1.52	594.32 \pm 53.14	82.14 \pm 3.32
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

老年综合评估能够提高临床对老年疾病的确诊率, 促进治疗过程的不断完善和进步, 促进患者治疗效果的同时改善患者预后, 对提高患者治疗后的生活质量具有重要意义。老年综合评估引入我国临床后, 在门诊、社区等得到广泛的应用, 对促进老年患者的治疗效果提供了坚实的基础。

综上所述, 综合评估护理应用于老年冠心病患者的治疗中, 能够提高患者的资料效果, 促进患者对医护人员的信任, 降低出现不良事件的发病率, 促进患者的康复, 缩短患者住院时间, 降低患者住院费用缓解患者的经济压力, 让患者达到身心的康复。

参考文献:

- [1] 苗蕾.老年综合评估护理在老年冠心病患者住院康复中的应用效果观察[J].母婴世界, 2017, (15): 175.
- [2] 刘萍.老年综合评估护理在老年冠心病患者住院康复中的应用效果研究[J].实用临床护理学电子杂志, 2017, (18): 18, 22.
- [3] 刘晓霞, 魏婷, 张彩虹.老年综合评估护理在老年冠心病患者住院康复中的应用效果观察[J].湖北科技学院学报(医学版), 2017, (2): 170-171.
- [4] 毛祚燕.老年综合评估护理在老年冠心病患者中的应用效果[J].中国当代医药, 2015, (34): 186-188.