



曲美他嗪与卡维地洛治疗风湿性心脏病伴心衰的临床疗效

黎 滔 (武冈市武冈万康医院内一科 湖南邵阳 422400)

摘要：目的 观察对风湿性心脏病伴心衰患者采取曲美他嗪+卡维地洛的方案进行治疗后的效果。**方法** 选取我院风湿性心脏病伴心衰患者94例(时间：2016.6.8到2017.1.6)，将其依据区组随机化原则分2组，47例为一组。一组给予常规方案为主治疗(对照组)，另一组再联合使用曲美他嗪+卡维地洛(观察组)，对比2组的①左心室相关指标，②心率次数、心衰症状分值，③血液指标。**结果** 观察组风湿性心脏病伴心衰患者在治疗后，其上述各指标得到良好改善，和对照组相比，前者处于优势地位， $P < 0.05$ 。**结论** 针对风湿性心脏病伴心衰患者联合实施曲美他嗪、卡维地洛的方案治疗，其效果理想。

关键词：曲美他嗪 卡维地洛 风湿性心脏病伴心衰

中图分类号：R541.6 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187(2017)12-203-02

风湿性心脏病是一种自身免疫性疾病，在临床上发病概率较高，且有部分患者存在心衰症状，这无疑对患者的病情造成了进一步的伤害^[1]。本文当中，对本院2016—2017年收治的风湿性心脏病伴心衰患者展开研究，寻求适宜的治疗方案，见正文描述。

1 资料、方法

1.1 资料

选取在我院治疗风湿性心脏病伴心衰患者(例数：94例；时间：2016.6.8日-2017.1.6日)，将这94例风湿性心脏病伴心衰患者区组随机化分组，分为观察组、对照组这2组，47例为一组。观察组——男、女性患者占比各为27、20例；年龄范围上限值：72岁，下限值45岁，年龄平均值(56.49±10.32)岁。对照组——男、女性患者占比各为23、24例；年龄范围上限值：71岁，下限值46岁，年龄平均值(56.73±10.41)岁。在使用SPSS20.0软件处理后，对比2组风湿性心脏病伴心衰患者的上述各资料，其数据经过统计核算表示无明显差别，说明 P 值 > 0.05 ，由此2组风湿性心脏病伴心衰患者可以进行对比试验。

1.2 方法

常规方案——对照组。本组风湿性心脏病伴心衰患者使用利尿剂、强心药等常规综合疗法，再给予抗心衰治疗。

常规方案+曲美他嗪+卡维地洛的方案——观察组风湿性心脏病伴心衰患者的常规治疗方案同上，此外，再给本组患者联合使用曲美他嗪和卡维地洛进行治疗，曲美他嗪用药的方式为：口服，用药频率为：一天2次，用药剂量为：一次5.00mg；卡维地洛用药的方式为：口服，用药剂量为：一天6.25mg；服用频率为：每隔2周加一倍剂量^[2]。

2组风湿性心脏病伴心衰患者均共计治疗6个月。

1.3 观察指标

(1)观察2组风湿性心脏病伴心衰患者的左心室相关指标，包括——LVEF(左室射血分数)、LVESD(左室收缩末期内径)、LVEDD(左室舒张末期内径)。(2)记录2组风湿性心脏病伴心衰患者的心率次数和心衰症状分值。(3)测评2组风湿性心脏病伴心衰患者的血液指标，包括——TG(三酰甘油)、TC(总胆固醇)、HDL(高密度脂蛋白)、LDL(低密度脂蛋白)。

1.4 统计学处理

用均数±标准差的形式，表示2组风湿性心脏病伴心衰患者的上述各指标的均数，并用 t 值检验，在用SPSS20.0软件核对后，当2组风湿性心脏病伴心衰患者的各指标数据有差别时，用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 2组对比左心室相关指标情况

观察组风湿性心脏病伴心衰患者的LVEF(45.62±10.05)%、LVESD(41.62±8.59)mm、LVEDD(52.05±10.46)mm这3项指标情况均优于对照组， P 值 < 0.05 。如表1：

2.2 2组对比心率和心衰症状情况

观察组风湿性心脏病伴心衰患者的心率(84.26±7.95)次/分钟、心衰症状(2.76±0.68)分，均低于对照组， P 值 < 0.05 。如表2：

2.3 比较2组的血液指标

观察组风湿性心脏病伴心衰患者的TG、TC、HDL3项指标数据高于对照组，LDL数据为(2.01±0.24)mmol，低于对照组， $P < 0.05$ 。如表3：

表1：对比2组风湿性心脏病伴心衰患者的各项左心室相关指标数据

组别	例数	LVEF (%)	LVESD (mm)	LVEDD (mm)
对照组	47	35.95±8.49	50.26±11.62	60.45±12.05
观察组	47	45.62±10.05 [△]	41.62±8.59 [△]	52.05±10.46 [△]
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

注：[△]和对照组的指标相比优势明显， P 值 < 0.05 。

表2：对比2组风湿性心脏病伴心衰患者的各指标数据

组别	例数	心率(次/分钟)	心衰症状(分)
对照组	47	94.62±8.29	3.26±1.52
观察组	47	84.26±7.95 [△]	2.76±0.68 [△]
P	-	< 0.05	< 0.05

注：[△]相比对照组的指标差别较大， P 值 < 0.05 。

表3：2组风湿性心脏病伴心衰患者的各项血液指标数据比较

组别	例数	TG (mmol)	TC (mmol)	HDL (mmol)	LDL (mmol)
对照组	47	3.62±0.26	3.59±0.46	1.01±0.39	2.69±0.21
观察组	47	4.95±0.31 [△]	4.62±0.58 [△]	1.42±0.51 [△]	2.01±0.24 [△]
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

注：[△]对比对照组的指标差距显著， P 值 < 0.05 。

3 讨论

在全球范围内，风湿性心脏病伴心衰疾病以一年50万的速度迅速蔓延，临床通常使用药物对此类患者进行长期的病情控制。本文研究旨在针对风湿性心脏病伴心衰疾病，采取相应的治疗措施(采取分组对照的方式，其中一组使用常规方案，另外一组再联合实施曲美他嗪、卡维地洛治疗)，以期为临床提供治疗风湿性心脏病伴心衰疾病的依据，改善风湿性心脏病伴心衰疾病的危害。

曲美他嗪用在风湿性心脏病伴心衰疾病的治疗当中，其优势和效果主要体现在几个方面：1、降低患者的血管阻力，有效的促进周围血液流动的通畅性，改善患者的心肌代谢，并促进产生能量，从而达到良好的心肌细胞氧气的供给平衡。2、能够逐渐的缩小患者心肌梗死的范围，阻止心肌细胞受到自由基的侵害^[3]。

卡维地洛(β 受体阻滞剂)针对心律失常有良好的抑制作用，且能够有效降低心衰患者死亡的概率，同时其能够较好的预防恶性的心律失常疾病发展，故该药物治疗风湿性心脏病伴心衰，其安全系数较高^[4]。

本研究结果表明，观察组风湿性心脏病伴心衰患者，在采取曲美他嗪+卡维地洛的方案进行治疗后，其LVEF均值为(45.62±10.05)%、LVESD均值为(41.62±8.59)mm、LVEDD均值为(52.05±10.46)mm、心率均值为(84.26±7.95)次/分钟、心衰症状均值为(2.76±0.68)分，且血液4项指标改善良好，其数据均显示优于仅使用常规方案方

(下转第208页)



3 讨论

哮喘是一种慢性疾病,同时也是气道炎症性疾病,多见于小儿,一般在夜间和凌晨发病,主要是多变可逆性气流受限所引起的喘息、胸闷等状态^[3];家庭遗传史也是其致病因素中的一种,并且部分患者会因气候变化、剧烈运动以及空气粉尘等因素诱发疾病或加重疾病,严重影响患者的生活质量^[4];三拗汤在临床上具有降逆平喘、开宣肺气等功效,其临床效果比较显著,适用范围比较广^[5];药方中含有麻黄、杏仁、甘草、地龙、桔梗、枳壳、苏子、荆芥穗、半夏、炒莱菔子、柴胡等^[6];可以有效的改善患者的气道变化反应,从而达到改善肺功能的作用;同时在三拗汤的基础上进行加减治疗,可以通过麻黄起到宣肺平喘、发散风寒等作用,杏仁可以下气定喘,疏风散邪,从而调理气机,综合阴阳,改善风寒伤肺、肺不张等症状;并且此中药治疗无不良反应,其药理毒副作用和西药相比较,明显处于优势,具有安全可靠的优势^[7]。

本研究结果中,观察组患者的临床总有效率95.00%高于对照组($P < 0.05$);观察组患者的IL-4($29.12 \pm 7.12 \text{ mg/ml}$)、IL-5($27.15 \pm 7.05 \text{ mg/ml}$)低于对照组($P < 0.05$);且观察组患者的PEFR($245.26 \pm 62.10 \text{ L/min}$)与对照组对比,观察组明显处于优势($P < 0.05$);由此表明

(上接第203页)

式的对照组风湿性心脏病伴心衰患者, P 值 < 0.05 。

总而言之,在临床上给予风湿性心脏病伴心衰患者使用曲美他嗪+卡维地洛的方案治疗,其能够明显的改善患者的临床症状,调节患者心率。

参考文献

[1] 李欣鑫.曲美他嗪联合卡维地洛治疗风湿性心脏病伴心衰的

(上接第204页)

录^[4]。针对腹泻的患者,对其大便次数、性状等进行记录。可以为患者服用复方苯乙哌啶减轻胃肠蠕动,如果患者出现脱水症状,可以为患者进行静脉补水,补充电解质等。治疗过程中,患者有可能会出心脏失常情况,如心率过快或者室性期前收缩,经常在用药后的1h内,开展相应的预防工作^[5]。为患者用药过程中,严密观测患者心电图、血压和脉氧指标等,对患者生命体征变化情况进行严密观察,在治疗过程中加强巡视,若发生变化,护理人员及时向医生报告。

本研究显示:联合用药临床疗效优于单独用药,结果存在差异统计学意义($p < 0.05$)。此外,不良反应发生情况为:中红细胞下降情况和恶心呕吐情况存在差异,具有差异统计学意义($p < 0.05$),其余几项无差异统计学意义($p > 0.05$)。因此,培美曲塞联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌有较好疗效,毒副反应可耐受。

参考文献

(上接第205页)

差错率,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。不难发现,如果要提升药房部工作效率,减少他们排药差错率,就必须要将PIVAS运行模式作为重点执行,在质量管理上不断完善和加强,才能最大程度保障静脉用药的高效、安全。

综合上述分析,PIVAS运行模式能够明显提高工作效率,降低排药差错率,临床有必要积极推广使用。

参考文献

[1] 莫玉芳,徐青青,宋亿文.优化静脉药物配置中心流程对药

(上接第206页)

[2] 孟繁璞.中西医结合治疗慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染的疗效观察[D].北京中医药大学,2013.

[3] 缪京翔.温胆汤加减治疗慢性胃炎的疗效观察[J].光明中医,2010,25(8):1412-1414.

[4] 隋晓艳.慢性胃炎内镜和病理诊断的临床分析[D].大连医科

三拗汤加减方治疗的临床效果优于西医治疗的临床效果。

总而言之,三拗汤加减方治疗支气管哮喘(寒饮停肺型)疗效显著,其不良反应发生率低,具有安全、可靠的优势,临床上值得推广和应用。

参考文献

[1] 夏海波,刘海霞,彭雪飞.射干麻黄汤治疗小儿支气管哮喘90例[J].河南中医,2015,35(7):1496-1497.

[2] 袁学友.三拗汤化裁治疗支气管哮喘35例[J].新疆中医药,2012,30(5):11-12.

[3] 汪珊珊,范欣生,徐立等.基于正交试验的三拗汤配伍关系研究[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(20):184-188.

[4] 杨祥正,岳君轩,李莉.三拗汤加味治疗小儿寒饮停肺型哮喘临床观察[J].四川中医,2015,33(5):126-127.

[5] 白月双,施益农,高艳.三拗汤救治儿童支气管哮喘急性发作的临床机理与应用探讨[J].四川中医,2014,32(9):26-27.

[6] 严俊英.三拗芍药汤应用于支气管哮喘治疗的价值分析[J].中外医学研究,2016,14(33):114-116.

[7] 姜琳.三拗汤合止嗽散配合针灸治疗外感风寒型支气管哮喘临床研究[J].四川中医,2015,33(4):68-69.

临床分析[J].河北医药,2014,21(13):1971-1972.

[2] 刘景群.曲美他嗪与卡维地洛对风湿性心脏病伴心衰的疗效评价[J].当代医学,2015,21(34):147-148.

[3] 雍静,陈娜.曲美他嗪联合卡维地洛治疗风湿性心脏病伴心衰的临床价值[J].心理医生,2016,22(24):55-56.

[4] 官丹丹.曲美他嗪联合卡维地洛治疗风湿性心脏病伴心衰的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2016,10(17):231-232.

[1] 邓涛,李改丽,戎健,周辉.贝伐单抗辅助培美曲塞联合顺铂化疗治疗非小细胞肺癌的临床观察[J].肿瘤药学,2014,(03):193-196.

[2] 麻青,张军峰,李建军,白琴霞,刘艳棠.培美曲塞与多西他赛分别联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌的疗效观察[J].肿瘤药学,2013,(04):293-296.

[3] 王丽丽,石磊.培美曲塞联合顺铂化疗对晚期非小细胞肺癌(肺癌)患者外周血T细胞亚群及NK细胞的影响[J].山东医学高等专科学校学报,2012,(06):407-410.

[4] 胡兴胜,焦顺昌,张树才,王哲海,王孟昭,黄诚,郑荣生,李凯,王洁,王雅杰,欧阳学农,吕文光,程刚,胡春宏,罗荣城,孙燕.培美曲塞及吉西他滨分别联合顺铂治疗初治晚期非小细胞肺癌安全性和有效性的随机对照研究[J].中国肺癌杂志,2012,(10):569-575.

[5] 刘浩,任刚,胡洪林,杨兰.吉西他滨或培美曲塞联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌的临床观察[J].西部医学,2012,(03):559-561.

学服务工作的影响[J].现代医药卫生,2015,31(02):306-307.

[2] 肖凌燕,何晓静.浅析美国药师如何降低静脉用药调配中心差错问题[J].中国医院药学杂志,2013,33(11):909-911.

[3] 刘平.PIVAS护士输液标签粘贴、排药和配置错误的原因分析及预防措施[J].当代护士,2012(2):153-154.

[4] 林淑瑜,甘惠贞,王佳坤,等.静脉用药调配中心安全隐患分析与防范措施[J].医药导报,2013,32(4):553-555.

[5] 朱勤,杨爱玲,施平波,等.对静脉药物配置缺陷的改进策略与效果[J].实用药物与临床,2014,17(8):1076-1079.

大学,2012.

[5] 张之蕙,熊佩华.中西医结合治疗慢性胃炎的疗效及临床分析[J].中国医药导刊,2012,05:827-828.

[6] 张万岱,李军祥,陈治水,危北海,唐旭东.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J].中国中西医结合杂志,2012,06:738-743.