



• 药物与临床 •

左西孟旦治疗不同病因致难治性心力衰竭的疗效探究

唐娟 (南华大学附属第二医院心内科 湖南衡阳 421001)

摘要: **目的** 分析左西孟旦治疗不同病因致难治性心力衰竭的疗效。**方法** 将2016年2月-2017年6月78例难治性心力衰竭患者作为研究对象并根据不同病因分组,分别39例。对照组为扩张型心肌病患者,观察组为缺血性心肌病患者。比较两组难治性心力衰竭治疗总有效率;不良反应发生率;干预前后患者肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级。**结果** 观察组难治性心力衰竭治疗总有效率高干对照组, $P < 0.05$;观察组不良反应发生率和对照组无显著差异, $P > 0.05$;干预前两组肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级相近, $P > 0.05$;干预后观察组肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级优于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 左西孟旦治疗不同病因致难治性心力衰竭的疗效确切,不良反应少,安全性高,但缺血性心肌病所致难治性心力衰竭患者的治疗效果优于扩张型心肌病所致患者。

关键词: 左西孟旦 不同病因 难治性心力衰竭 疗效

中图分类号: R541.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 16-120-02

难治性心力衰竭为多数慢性心力衰竭患者进展晚期常见表现,心输出量显著降低,且多伴随神经体液因子活性代偿性增强,心脏前后负荷增加,可导致心力衰竭加重并形成恶性循环。扩张型心肌病,缺血性心肌病均是引发难治性心力衰竭的重要病因^[1]。本研究探讨了左西孟旦治疗不同病因致难治性心力衰竭的疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2016年2月-2017年6月78例难治性心力衰竭患者作为研究对象并根据不同病因分组,分别39例。观察组男22例,女16例;年龄51-79岁,平均(56.02±2.54)岁。对照组男22例,女17例;年龄52-79岁,平均(56.15±2.95)岁。两组一般资料差异无统计学意义。

1.2 方法

对照组为扩张型心肌病患者,观察组为缺血性心肌病患者。所有患者卧床休息,给予持续面罩吸氧或鼻导管吸氧,并给予血氧监护、血压和心率监测等。同时给予左西孟旦治疗,首剂量12 μg/kg 负荷剂量左西孟旦静脉注射,时间在10分钟以上,后根据患者血压情况调整左西孟旦泵注速度,速度为0.2-0.5 μg/kg.min,持续24小时,不耐受者减慢泵注速度或给予其他血管活性药物治疗。

1.3 观察指标

比较两组难治性心力衰竭治疗总有效率;不良反应发生率;干预前后患者肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级。

显效: 症状基本消失,心功能改善2级,肺动脉压恢复正常水平,心功能指标恢复正常;**有效:** 症状改善,心功能改善1级,肺动脉压改善,心功能指标改善;**无效:** 症状无改善,各项指标未恢复。难治性心力衰竭治疗总有效率为显效、有效百分率之和^[2]。

1.4 统计学处理方法

采用SPSS15.0软件统计数据,计量资料、计数资料进行t检验、 χ^2 检验,结果以 $P < 0.05$ 说明差异显著。

2 结果

2.1 两组难治性心力衰竭治疗总有效率相比较

观察组难治性心力衰竭治疗总有效率高干对照组, $P < 0.05$ 。如表1。

表1: 两组难治性心力衰竭治疗总有效率相比较 [例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总效率
对照组	39	16	14	9	30 (76.92)
观察组	39	23	14	2	37 (94.87)
χ^2					5.186
P					0.023

2.2 干预前后肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级相比较

干预前两组肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级相近, $P > 0.05$;干预后观察组肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级优于对照组, $P < 0.05$ 。如表2。

表2: 干预前后肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	肺动脉压 (mmHg)	左室射血分数 (%)	心功能 NYHA 分级
观察组	39	干预前	47.34±0.25	27.54±7.56	3.45±0.65
		干预后	38.78±0.32**	40.21±8.51*	1.25±0.61**
对照组	39	干预前	47.25±0.21	27.35±7.71	3.43±0.66
		干预后	42.29±0.69*	33.92±7.25*	2.53±0.62*

注: 和干预前比较, * $P < 0.05$; 和对照组比较, * $P < 0.05$

2.3 两组不良反应发生率相比较

观察组不良反应发生率和对照组无显著差异, $P > 0.05$ 。见表3。

表3: 两组不良反应发生率相比较 [例数 (%)]

组别	例数	低血压	心悸	肾功能损害	发生率
对照组	39	1	1	1	3 (7.69)
观察组	39	1	1	1	3 (7.69)
χ^2					0.000
P					1.000

3 讨论

左西孟旦可有效提高心肌 cTnT 氨基末端和钙离子结合,有效稳定肌钙蛋白-钙离子复合物构象,可在不增加心肌细胞钙离子浓度前提下促进心肌收缩力的增强,并增加新输出量,有效缓解心力衰竭症状。左西孟旦还可开放心肌细胞和血管平滑肌细胞三磷酸腺苷敏感性钾通道,有效扩张血管,促进冠脉血供的改善和外周血管阻力的降低,并有效降低心脏前后负荷,发挥抗心肌缺血缺氧。除此之外,左西孟旦还可有效降低脑钠肽和炎症介质水平,有效抗细胞凋亡,发挥抗氧化和抗感染作用,促进心力衰竭患者预后的改善^[3-4]。另外,左西孟旦治疗扩张型心肌病所致难治性心力衰竭的效果低于缺血性心肌病所致难治性心力衰竭的效果,可能是因为扩张型心肌病所致难治性心力衰竭患者合并心肌肥厚,且收缩期可伴随心肌泵血功能障碍导致心肌收缩储备功能无法有效恢复,且扩张型心肌病所致难治性心力衰竭患者存在心肌细胞代谢异常,因此治疗效果欠佳^[5-6]。

本研究中,对照组为扩张型心肌病患者,观察组为缺血性

(下转第122页)



血管,改善心肌缺血状况,提高患者生存率,但PCI治疗易导致血流速度减慢、无再流等并发症,心肌功能恢复不全面,因此需要药物辅助进行治疗。氯吡格雷能抑制血小板凝聚,抵抗血小板凝聚,明显减少血小板激活,防止血栓形成,改善冠状动脉闭塞症状^[4]。由于患者身体状况各不相同,用药剂量对疾病治疗产生的影响也有所差别,因此对氯吡格雷使用剂量研究意义重大。本研究使用超负荷量氯吡格雷对急诊AMI患者进行PCI治疗,结果显示,研究组术后2h心电图ST段完全回落率明显高于对照组,研究组术后TIMI血流3级例数明显高于对照组,对照组出血事件总发生率16.67%,观察组总发生率为13.89%,差异无统计学意义,说明超负荷氯吡格雷能显著降低AMI患者心电图ST段回落,改善病变部位血流情况,但不会增加不良反应发生率。

综上所述,超负荷量氯吡格雷能显著改善患者心肌微循

环再灌注,加快病变部位血液流速,不良反应发生率较低,但鉴于此次研究样本数较少,时间较短,仍需进行长期大规模临床研究进一步验证。

参考文献

- [1] 伍裕. 中医治疗对心肌梗死患者介入治疗后心肌再灌注和心功能的改善作用[J]. 中国医药导报, 2015, 12(4):129-132.
- [2] 杨美艳, 韩博, 徐勇, 等. 不同剂量氯吡格雷对高龄冠心病合并慢性肾病患者影响的研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2016, 18(2):136-138.
- [3] 张庆华, 高雯, 马贺, 等. 急诊PCI术中替罗非班对心肌再灌注的影响[J]. 内蒙古医科大学学报, 2016, 38(5):463-465.
- [4] 王聪, 周小波, 寇双庆, 等. 氯吡格雷抑制血小板活化的机制及临床应用中存在的问题[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(12):171-173.

(上接第118页)

究结果显示,观察组和对照组的治疗总有效率分别为:95%、72%,存在统计学意义, $P < 0.05$ 。观察组、对照组的复发率数据对比为:4%、24%,组间对比,差异性显著, $P < 0.05$ 。治疗后,两组PLT、Fg、PT、APTT比较,不具有统计学意义, $P > 0.05$ 。通过研究结果可见,短暂性脑缺血通过阿司匹林联合氯吡格雷治疗,临床效果较佳,且复发率较低,治疗安全系数较高,具有重要的临床价值。

参考文献

- [1] 丁彦博. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗短暂性脑缺血发作的临床疗效及对患者血清CRP、神经功能缺损程度的影响[J]. 中国实用医刊, 2017, 44(11):23-26.

(上接第119页)

行治疗是研究的一个热点^[4]。对于早产胎膜早破来说,可通过对宫缩进行抑制而延长孕龄时间,临床上常通过硫酸镁对孕妇进行治疗,硫酸镁是传统的一种保胎药物,其中,镁离子同细胞膜的钙离子位点产生竞争,从而使细胞内的钙离子浓度下降而对宫缩产生抑制,但是会导致多种不良反应,而且硫酸镁的应用剂量也较难把握,其起效也较慢,抑制作用比较温和,短期效果并不明显^[5]。而利托君是肾上腺能 β_2 受体的一种兴奋剂,最近几年在临床早产中应用广泛,同子宫平滑肌细胞膜上的 β_2 受体相结合,对腺苷酸环化酶进行激活,从而对肌质网钙离子的释放产生抑制,降低细胞内的钙离子浓度而对宫缩进行抑制,作用强、起效快,而且具有较高的安全性^[6]。

综上所述,在早产胎膜早破产妇中,硫酸镁同安宝的联合使用可有效延长孕龄,产妇的宫缩抑制以及治疗的时间均

比较短,疗效确切,而且安全性高,应推广。

参考文献

- [1] 李海东. 安宝与硫酸镁联合治疗早产胎膜早破的疗效观察[J]. 医学综述, 2012, 18(14):2336-2338.
- [2] 李霞. 安宝与硫酸镁联合治疗早产胎膜早破的临床观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(4):502-503.
- [3] 周菊, 文英, 干瑞芹等. 安宝与硫酸镁联合治疗早产胎膜早破的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2017, 15(16):151.
- [4] 汤莉菁. 安宝与硫酸镁联合治疗早产胎膜早破的临床疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(18):3240-3241.
- [5] 唐丽玲. 安宝联合硫酸镁治疗早产胎膜早破的临床疗效观察[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2014, 24(5):2806-2807.
- [6] 胡娟. 安宝与硫酸镁联合治疗早产胎膜早破的效果观察[J]. 湖北科技学院学报(医学版), 2016, 30(4):330-331.

(上接第120页)

性心脏病患者。结果显示,观察组难治性心力衰竭治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$;观察组不良反应发生率和对照组无显著差异, $P > 0.05$;干预前两组肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级相近, $P > 0.05$;干预后观察组肺动脉压、左室射血分数、心功能NYHA分级优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,左西孟旦治疗不同病因致难治性心力衰竭的疗效确切,不良反应少,安全性高,但缺血性心脏病所致难治性心力衰竭患者的治疗效果优于扩张型心脏病所致患者。

参考文献

- [1] 宋维鹏, 国强华, 贾红丹等. 左西孟旦对老年急性心肌梗死合并心衰患者心功能及hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平的影响[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(12):1264-1266, 1269.

[2] 国强华, 宋维鹏, 贾红丹等. 左西孟旦对老年急性心肌梗死合并心衰患者NT-proBNP和炎症水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(18):4469-4470.

[3] 王文龙. 左西孟旦与重组人脑利钠肽联合应用治疗急性心衰的疗效观察[J]. 河北医学, 2016, 22(9):1535-1536.

[4] 张慧, 李丹丹, 付振虹等. 不同心功能水平的扩张型心脏病患者应用左西孟旦疗效研究[J]. 中国循环杂志, 2017, 32(2):153-155.

[5] 汤洁, 尹长森, 胡立群等. 基础血浆N末端B型利钠肽原水平对高龄心力衰竭患者应用左西孟旦近期临床疗效的预测价值[J]. 安徽医药, 2016, 20(7):1325-1328, 1329.

[6] 夏阳, 陈景开, 宗刚军等. 左西孟旦治疗难治性心衰的疗效及对室性心律失常的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(12):1374-1376.