



• 药物与临床 •

心力衰竭患者应用多巴胺与硝普钠的治疗效果研究

李文斌 (湘潭市中心医院 湖南湘潭 411100)

摘要:目的 研究心力衰竭用多巴胺与硝普钠的疗效。方法 将2015年2月-2016年11月我院接收的92例心力衰竭病患随机分成试验与对照两组, 试验组46例联用多巴胺与硝普钠, 对照组46例仅行常规治疗。观察两组相关指征的变化情况, 比较临床疗效。结果 试验组用药后的LVDD为(47.2±1.3)mm、LVFE为(58.6±3.5)%, 对照组分别为(56.6±2.7)mm、(50.1±2.4)%。试验组明显优于对照组。两组对比, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。试验组疗效总有效率为97.83%, 对照组为78.26%。试验组明显高于对照组。两组对比, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 于心力衰竭中合理联用多巴胺与硝普钠, 既有助于患者LVDD与LVFE指标的改善, 又能提高临床疗效。

关键词:多巴胺 心力衰竭 治疗效果 硝普钠

中图分类号: R541.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 05-188-02

临床内科疾病中, 心力衰竭具有非常高的发病率, 不仅可引发呼吸障碍与水肿等症状, 同时还会危及患者的生命健康^[1]。目前, 常规药物治疗心力衰竭疗效一般, 患者病情控制效果差。对此, 我们还应为心力衰竭患者另选取一种更有效的治疗方法。本研究, 笔者将着重剖析多巴胺与硝普钠在心力衰竭中的应用价值, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

92例病例都为经临床检查确诊符合“心力衰竭诊断标准^[2]”且获得我院伦理委员会批准的心力衰竭患者, 就诊时间: 2015年2月-2016年11月。利用数字抽签法, 随机分组92例病例: 试验与对照各46例。试验组男性患者25例, 女性患者21例; 年龄为45-84岁, 平均(56.2±8.3)岁; 病程为1-7年, 平均(4.2±1.1)年; 心功能分级为II级者, 11例; III级者, 32例; IV级者, 3例。对照组男性患者26例, 女性患者20例; 年龄为44-85岁, 平均(56.2±8.4)岁; 病程为1-8年, 平均(4.3±1.0)年; 心功能分级为II级者, 13例; III级者, 29例; IV级者, 4例。两组都排除有其它脏器功能疾病者、病历资料不全者、过敏体质者与未获得知情同意者, 且其病程、心功能分级等基线资料比较, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法

两组都予以常规治疗: 纠正水电解质失衡; 应用强心剂; 遵医嘱使用利尿剂、血管扩张药物与 β 受体阻滞剂等; 吸氧辅助治疗。试验组在此基础上加用多巴胺与硝普钠, 具体如下: 多巴胺, 100mg, 加入葡萄糖注射液(50ml), 持续泵入给药, 并控制泵入速率为3-5ug/(kg·min), 维持治疗5d, 本药品产自“陕西西药药业有限公司”, 准字号“H61020258”。同时持续泵入硝普钠(12.5mg)+葡萄糖注射液(50ml), 控制初始泵入速率为0.3ug/(kg·min), 此后可视患者实际情况, 调整泵入速率为5ug/(kg·min), 连续用药5d, 本药品的提供商为“河南京豫药业有限公司”, 准字号“H20045919”。

1.3 临床观察指标

观察两组相关指标的变化情况, 并作对比, 包括: LVFE(左心室射血分数); LVDD(左心室舒张末期径)。

1.4 疗效判定标准^[3]

本研究疗效分级标准为: (1)痊愈, 呼吸困难等症状与体征基本消失; 心功能完全恢复正常。(2)好转, 呼吸困难等症状与体征明显好转; 心功能改善。(3)无效, 呼吸困难等症状与体征无变化; 心功能未改善。疗效总有效率计算: 痊愈率+好转率。

1.5 统计学分析

本研究数据用SPSS20.0软件进行综合分析, 比较以 t 作为检验标准; 计数资料的比较经 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分析两组的LVFE、LVDD指标

试验组用药前的LVFE、LVDD指标水平和对照组比较无显著差异, $P > 0.05$ 。试验组用药后的LVFE、LVDD指标水平分别是(58.6±3.5)%、(47.2±1.3)mm, 对照组是(50.1±2.4)%、(56.6±2.7)

mm。试验组明显优于对照组。两组对比, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 详见表1。

表1: 两组LVFE等指标的对比分析表

组别	例数	LVFE/%		LVDD/mm	
		用药前	用药后	用药前	用药后
试验组	46	47.2±3.1	58.6±3.5	58.3±3.4	47.2±1.3
对照组	46	47.1±3.2	50.1±2.4	58.1±2.9	56.6±2.7
χ^2		0.1522	13.5844	0.3035	21.2749
P		0.8793	0.0000	0.7622	0.0000

2.2 分析两组的临床疗效

试验组痊愈者, 28例; 好转者, 17例; 总有效率为97.83%。对照组痊愈者, 13例; 好转者, 23例; 总有效率为78.26%。试验组疗效的总有效率明显高于对照组。两组对比, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 详见表2。

表2: 两组疗效的对比分析表[n, (%)]

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率
试验组	46	28 (60.87)	17 (36.96)	1 (2.17)	97.83
对照组	46	13 (28.26)	23 (50.0)	10 (21.74)	78.26
χ^2					8.3636
P					0.0038

3 讨论

综上所述, 心力衰竭乃临床常见疾病, 以腹胀、肝区疼痛、呼吸困难、尿液少、呕吐与食欲不振等为主症^[4], 有资料显示, 该病的发生和心脏疾病具有较密切的关系, 比如: 心肌病; 心肌梗死。另外, 心力衰竭也多发于中老年群体, 可致人死亡, 并给社会造成了较大的压力。现阶段, 临床治疗心力衰竭的要点主要有两个, 即: 改善心力衰竭症状; 避免亦或者是减少心肌重构^[5]。但有报道称, 采取常规的治疗方式对心力衰竭者进行治疗, 疗效不全, 且不利于患者心功能的恢复。多巴胺在临床上有一定的应用, 具有强心护心、扩张血管与利尿水等作用, 将其积极用于心力衰竭中, 可促进患者腹胀与呼吸困难等症状的改善, 降低LVDD, 提高LVFE^[6]。而硝普钠则除了能有效降低三酰甘油水平外, 还有助于提高高密度脂蛋白胆固醇浓度。现代研究表明, 于心力衰竭病患的临床治疗工作中合理联用多巴胺与硝普钠, 可促进患者心力衰竭症状的快速改善, 增强心功能, 减轻药物副作用。

本研究结果表明, 试验组用药后的LVFE、LVDD水平均明显优于对照组。两组对比, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。试验组疗效总有效率为97.83%, 对照组为78.26%。试验组明显高于对照组。两组对比, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

总之, 心力衰竭用多巴胺与硝普钠, 患者心功能改善明显, 用药效果显著, 值得临床借鉴。

参考文献

[1] 米日古丽·吾木哈斯木, 安尼瓦尔·库尔班. 硝普钠联合多巴胺治疗心力衰竭临床观察[J]. 中国循环杂志, 2013, 28(3):215-217.

(下转第193页)



滴时间的长短也会导致峰浓度的不稳定,静滴时间越长,其峰浓度将越低。而谷浓度比较稳定,更能体现去甲万古霉素在体内分布、吸收和代谢情况,这也是造成很多患者谷浓度在正常参考值范围而峰浓度却不一定在正常参考范围值内,故谷浓度更具有临床意义。

3.2 合并用药

去甲万古霉素药动学与万古霉素类似,静脉给药几乎全部以原形经肾排泄,不良反应主要有肾毒性、耳毒性、药物热、皮疹等。氨基糖苷类、两性霉素B注射剂等药物与去甲万古合用或先后合用会加重肾毒性或(和)耳毒性的可能性,本研究在用药方案设计中尽量规避这些药物的联用,其中1例与庆大霉素联用,且庆大霉素的用法为外用,联用过程中未见明显不良反应,而且在治疗上起到了较好的疗效。此外,调查结果显示去甲万古霉素与酶复合制剂、碳青霉烯酶类、头孢菌素类以及氟康唑抗真菌药联用未见配伍禁忌或其他不良反应,但由于本次调查中病例数较少,去甲万古霉素与这些药物相互作用有待大样本量进一步确证。

4 结论

去甲万古霉素是一种糖肽类抗生素,它主要是通过抑制细菌细胞壁糖肽聚合物的合成,从而妨碍细胞壁的形成,改变细胞膜的通透性,

达到抗菌的作用,用于治疗MRSA所致感染。其血清药物浓度并非完全由用药剂量大小和个体差异决定,还与患者的年龄、肾功能,联合用药,细菌的耐药性,是否按医嘱正确服药及检测方法等诸多因素相关。因此,在使用去甲万古霉素时,进行血药浓度监测,对于制定个体化用药方案,提高去甲万古霉素的治愈率,减少耐药情况的发生并降低药物毒副作用有很大的帮助。

参考文献

- [1] 赵娜.去甲万古霉素与替考拉宁治疗重症监护室MRSA肺部感染患者的临床疗效比较[J].中南医药指南,2013,11(3):601-602.
- [2] 张萌萌,史国兵,颜鸣等.LC-MS/MS法测定人血浆中去甲万古霉素的血药浓度[J].中国药师,2013,16(7):990-993.
- [3] 吴健,汪永忠,韩燕全等.UPLC法测定人血清中去甲万古霉素的浓度[J].临床药学,2013,24(30):2822-2824.
- [4] 朱曼,郭代红,刘振阳等.武志昂万古霉素血药浓度监测与临床用药行为分析[J].中国药房,2010,21(14):1282-1285.
- [5] 卫生部合理用药专家委员会.中国医师药师临床用药指南·第一版[G].重庆:重庆出版社,2009,4.
- [6] 高雅婷,张锋英,王雷鸣等.万古霉素血药浓度监测的临床应用[J].中国感染与化疗杂志,2014,14(6):526-531.

(上接第188页)

[2] 张小娟,张春云,曹建华等.持续泵入小剂量多巴胺、硝普钠治疗顽固性心力衰竭的疗效观察及护理[J].河北医药,2012,34(1):147-148.

[3] 周天宇.硝普钠联合多巴胺治疗中、重度心力衰竭临床观察[J].当代医学,2010,16(18):141-142.

[4] 金会群.硝普钠联合多巴胺治疗顽固性心力衰竭78例临床分析[J].河南科技大学学报(医学版),2011,29(3):187-188.

[5] 周杰.硝普钠联合多巴胺治疗顽固性心力衰竭的疗效观察[J].中国当代医药,2012,19(29):80-81.

[6] 王建荣,逢延书.多巴胺联合硝普钠治疗心力衰竭的效果观察[J].中国当代医药,2013,20(36):81-82.

(上接第189页)

急性发作的疗效观察[J].中国实用医药,2011,06(20):140-41.

[2] 张壮丽.干扰素 γ 联合沐舒坦雾化吸入治疗慢性支气管炎急性发作的效果观察[J].河南医学研究,2015,24(12):115-116.

[3] 姜丽艳.干扰素 γ 和沐舒坦雾化吸入治疗慢性支气管炎急性发作期的临床价值及可行性研究[J].大家健康(下旬版),2015,(3):145-145.

[4] 陈卫民,戚应静,李宇峰等.氨溴索联合干扰素 γ 雾化吸入治疗慢性支气管炎急性发作[J].河北医学,2010,16(12):1439-1442.

[5] 徐湛,罗晖,郑艳娥等.干扰素雾化吸入合并氨溴索治疗慢性支气管炎急性发作应用疗效分析[J].中国现代药物应用,2015,(14):151-152.

[6] 翁文彬.慢性支气管炎急性发作采用氨溴索联合干扰素雾化吸入治疗的效果观察[J].临床医学工程,2016,23(7):891-892.

(上接第190页)

参考文献

[1] 李飞.抗生素降阶梯治疗小儿重症肺炎的效果研究[J].黑龙江医药科学,2016,39(3):146-147.

[2] 段瑞莉.抗生素降阶梯治疗小儿重症肺炎疗效观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(30):104-105.

[3] 苗长富.抗生素降阶梯治疗小儿重症肺炎的效果探析[J].中

国卫生标准管理,2015,6(29):88-89.

[4] 赵力芳.抗生素降阶梯治疗小儿重症肺炎疗效观察[J].今日健康,2015,14(10):187-188.

[5] 马永梅,陈霞,王彩梅等.抗生素降阶梯治疗小儿重症肺炎临床效果观察[J].中国医学前沿杂志(电子版),2015,7(9):47-49.

[6] 李菲.抗生素降阶梯治疗小儿重症肺炎疗效应用效果分析[J].中国实用医药,2015,(28):168-169.

(上接第191页)

0.05。两组均无出现明显副作用。

综上所述,胺碘酮治疗急诊急性心律失常的临床疗效及安全性高,可有效改善患者病情,安全性高,可促进心功能的改善,对预后有益,值得推广。

参考文献

[1] 王蔚蔚,肖普,王建华等.胺碘酮联合美托洛尔治疗冠心病心律失常的疗效分析[J].河南医学研究,2016,25(9):1617-1618.

[2] 沈光旭.胺碘酮联合美托洛尔治疗冠心病心律失常的临床疗效评析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16(47):136-136.

[3] 白玫.胺碘酮联合美托洛尔治疗房颤47例[J].中国药业,2015,24(23):200-201.

[4] 李硕贤.胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速心律失常的临床观察[J].当代医学,2012,18(3):133-135.

[5] 孙琳琳,李鑫,刘建和等.胺碘酮联合美托洛尔治疗心房颤动有效性及安全性Meta分析[J].湖南中医药大学学报,2016,36(5):79-84.

[6] 戎辉,傅国胜.胺碘酮联合美托洛尔治疗老年冠心病并发心律失常的临床观察[J].中国医药导报,2013,10(29):76-78.

[7] 李莉娟,张冬惠,王绍谦等.胺碘酮联合美托洛尔治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病并发快速心律失常疗效观察[J].新乡医学院学报,2014,31(2):120-122.