

左卡尼汀治疗慢性充血性心力衰竭疗效观察

吴学华 胡华伟

(浙江省杭州市钢铁集团公司职工医院 杭州 310022)

摘要:目的:观察左卡尼汀治疗慢性充血性心力衰竭的疗效。方法:选择慢性充血性心力衰竭患者 70 例(治疗组和对照组各 35 例),两组均给予一致的心衰标准治疗,治疗组在此基础上加用左卡尼汀针,对照组加用复方丹参针,均治疗 2 周。结果:两组治疗后均有效,治疗组心功能改善总有效率明显优于对照组;心功能检查方面,治疗组治疗后较治疗前均有明显改善,与对照组相比有显著差异($P<0.05$)。结论:左卡尼汀对慢性充血性心力衰竭患者具有显著改善心功能的作用。

关键词:左卡尼汀;充血性心力衰竭;复方丹参针;疗效比较

中图分类号:R 541.61 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)04-0015-02

美国心脏协会(AHA)把慢性充血性心力衰竭(CHF)定义为一种复杂的临床综合征,是各种心脏结构或功能疾病损伤心室充盈和(或)射血能力的结果。随着社会日趋老龄化,心力衰竭的患病率也有所增加,工业国家的患病率已达总人口的 1%^[1]。针对 CHF,目前尚无特效治疗方法。笔者用左卡尼汀治疗慢性充血性心力衰竭患者,取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院内科 2005 年 1 月~2006 年 12 月住院患者 70 例,均符合慢性充血性心力衰竭诊断标准。随机分为两组,治疗组(左卡尼汀组)35 例,其中男 25 例,女 10

1.4 疗效评价标准 心功能改善 >2 级为显效,心功能改善 >1 级为有效,心功能改善 <1 级或无改善为无效。

1.5 心电图疗效判定 有效:治疗后心电图 ST 段压低较前减少 $\geq 0.05\text{mV}$,T 波升高 $\geq 0.5\text{mV}$;无效:达不到上述指标。

1.6 统计学处理 计量数据以均数±标准差($\bar{X}\pm S$)表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗组与对照组临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	36	23	12	1	97.2
对照组	32	12	13	7	78.1

注:两组总有效率比较 $\chi^2=5.95$, $P<0.05$ 。

2.2 心电图变化 治疗前治疗组心电图 ST 段压低、T 波倒置 30 例,对照组 28 例,治疗后治疗组心电图疗效判定有效 25 例,对照组 14 例,两组比较差异显著($\chi^2=7.31$, $P<0.05$)。

2.3 心功能比较 见表 2。

表 2 两组治疗前后心功能指标比较 $\bar{X}\pm S$					
项目	治疗组		对照组		
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
LVDd	65.60±6.10	58.40±4.20*	63.80±6.20	60.40±2.60**	
LVEF	0.30±0.04	0.54±0.05*	0.31±0.04	0.44±0.04**	
CO(L/min)	3.24±0.94	4.32±0.70*	3.32±1.00	3.88±1.20**	
FS(%)	16.00±25.00	26.10±23.00*	15.60±23.00	24.00±24.00**	

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

2.4 副作用 治疗前后肝肾功能无明显变化,治疗过程中 1 例出现恶心、心悸症状,停药后症状消失。

3 讨论

DCM 已知病毒感染、自身免疫机制紊乱及遗传可能与其发病、发展有关,DCM 患者存在体液及细胞免疫异常^[2],其病程长短不一,在症状出现后,平均年病死率为 9.8%^[3]。参麦注射液是生脉散衍变方,其有效成分为人参皂甙、麦冬皂甙、麦冬黄酮及微量人参多糖和麦冬多糖,现代药理研究表明:

例;平均年龄 63.5 岁;平均病程(6.3±2.1)年;冠心病 10 例,高血压性心脏病 18 例,扩张性心脏病 4 例,风湿性心脏病 3 例;按 NYHA 心功能分级(纽约心脏学会心功能分级方法),III 级 15 例,IV 级 20 例。对照组(复方丹参组)35 例,其中男 23 例,女 12 例;平均年龄 62.9 岁;平均病程(6.5±2.5)年;冠心病 11 例,高血压性心脏病 16 例,扩张性心脏病 5 例,风湿性心脏病 3 例;III 级 16 例,IV 级 19 例。两组患者临床资料比较无显著差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均给予一致的心衰标准治疗,包括利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACED)、 β -受体阻滞剂、参麦注射液可以:(1)增加心肌收缩力,降低心脏前负荷,改善心脏功能^[4];(2)通过抑制巨噬细胞释放一氧化氮(NO)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)等炎性介质,从而减轻机体组织损伤,并通过降低内皮素(ET)、TNF- α 浓度,阻断心室重构过程,进一步改善心功能^[5];(3)兴奋网状内皮系统,增强单核巨噬细胞功能及增强非特异性抗感染作用,对特异性细胞免疫有双向调节作用。酚妥拉明为血管扩张药,其作用机制为直接扩张血管,降低外周阻力,使心脏后负荷明显降低,左室舒张末期压与肺动脉压下降,CO 增加。小剂量多巴胺静脉滴注可以兴奋 β 受体,增加心肌收缩力,增加 CO,降低肺毛细血管楔压,改善心功能及肾血流,与酚妥拉明合用起到增强疗效,减少不良反应的作用。本组资料显示治疗组与对照组临床疗效及心电图疗效差异显著($P<0.05$)。结果表明,在常规治疗 DCM 心力衰竭的基础上应用参麦注射液与酚妥拉明和多巴胺,能够在短期内有效改善心衰症状,且无明显副作用,值得推广。

参考文献

[1]王吉耀.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2005.332
[2]Richardson CP,Mckenna RM,Bristow CM,et al. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the definition and dassification of cardiomyopathy[J]. Circulation,1996,93: 841-842
[3]全国心肌梗死心肌病专题研讨会组委会.全国心肌梗死心肌病专题研讨会纪要[J].临床心血管病杂志,1995,11(6): 324-326
[4]Staudt A,Staudt,Dorr M,et al.Potential role of humoral immanity in candiol dysfunction of patieny suffering from dilated cardiomyopathy [J].J Am coll cardiol,2004,44(4): 829-836
[5]张宁仔,杜日映.心血管病—理论与实践[M].北京:人民军医出版社,1999.605
[6]柳志红,程显声,张朝阳,等.参麦注射液对充血性心力衰竭的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,1998,18(4): 212-213
[7]孙香笺,金炜,王敬民.参麦注射液对充血性心衰患者 ET 及 TNF- α 的影响[J].浙江中西医结合杂志,2004,14(1): 4

(收稿日期: 2008-01-18)

川芎嗪对无症状性心肌缺血的血液流变学影响和疗效观察

王素琴 朱秀宝
(浙江省宁波市宁海县第一医院 宁海 315600)

摘要:目的:观察 136 例无症状性心肌缺血患者应用川芎嗪治疗前后的血液流变学影响及临床疗效。方法:将 136 例患者随机分为两组,对照组 68 例采用常规治疗,治疗组 68 例在对照组治疗基础上采用川芎嗪治疗,两组疗程均为 14d。结果:血浆黏度、红细胞压积和纤维蛋白原均降低($P<0.01$),全血黏度也下降。治疗组的 ST 段压低次数、持续时间及压低面积均明显减少,与对照组相比差异显著($P<0.05$)。结论:川芎嗪能改善无症状性心肌缺血的血液流变学状态,是治疗无症状性心肌缺血比较理想的药物。
关键词:心肌缺血;无症状性;川芎嗪;血液流变学;心电图记录

中图分类号:R 541.4 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)04-0016-02

无症状性心肌缺血(Silent Myocardial Ischemia, SMI)是有心肌缺血的客观依据,但无与缺血有关心绞痛的临床症状,因其发生心肌缺血时不被感知,故具有高度危险性,缺血洋地黄制剂及血管扩张剂等药物治疗。治疗组在此基础上加用左卡尼汀(商品名:雷卡)2g 加入 5%葡萄糖液 250mL 中静滴;对照组加用复方丹参针 8mL 加入 5%葡萄糖液 250mL 中静滴,每日 1 次,14d 为 1 个疗程。

1.3 观察指标 (1)心力衰竭症状及体征变化;(2)心功能评估指标:心脏每搏输出量(SV)、心输出量(CO)、心脏指数(CI)、射血分数(EF)、左室舒张早晚期最大血流速度比值(E/A);(3)不良反应。两组患者于治疗前、后均接受彩色多普勒超声心动图检查,并常规监测血、尿常规及肝、肾功能。

1.4 疗效判定标准 以心功能分级作为标准,显效:临床主要症状、体征明显好转,心功能改善 2 级以上;有效:症状好转,心功能改善 1 级;无效:症状无改善,病情恶化或死亡。

1.5 统计学处理 计量资料采用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示。计数资料用卡方检验,治疗前后各指标变化的比较采用配对 t 检验,两组间治疗前、后各指标变化的比较采用未配对 t 检验。

2 结果

2.1 疗效比较 两组患者疗效比较有显著差异 ($P<0.05$),结果见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)				
组别	n	显效	有效	无效
治疗组	35	10(28.6)	22(62.8)	3(8.6)
对照组	35	5(14.3)	16(45.7)	14(40.0)

注:两组总有效率比较, $P<0.05$ 。

2.2 心功能评估指标比较 对照组患者 SV、CI、E/A、EF 治疗前、后间均有显著差异 ($P<0.05$)。治疗组患者 SV、CO、CI、E/A、EF 治疗前、后间均有显著差异 ($P<0.05$)。两组患者治疗后 SV、CO、E/A、EF 比较有显著差异 ($P<0.05$)。结果见表 2。

表 2 两组心功能评估指标改善情况 ($\bar{X} \pm S$)				
指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
SV/mL	45± 3	62± 4* [△]	44± 4	53± 6*
CO/L·min ⁻¹	3.6± 1.6	4.9± 1.3* [△]	3.7± 1.5	4.0± 1.3
CI	2.1± 0.8	2.5± 0.5*	2.1± 0.6	2.4± 0.8*
E/A	0.8± 0.1	1.3± 0.3* [△]	0.7± 0.2	1.0± 0.4*
EF/%	35± 8	48± 7* [△]	34± 9	41± 8*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.3 不良反应 两组患者治疗前后血压、心率及肝肾功能未

往往不能自行缓解,具有可能急性心肌梗死或猝死的先兆^[1]。鉴此,本文观察应用川芎嗪对 68 例 SMI 患者的血液流变学影响及其临床疗效,结果如下:

见明显变化,均未发现有明显副作用。

3 讨论

目前认为 CHF 是各种心脏病最终的共同归宿。既往 CHF 的治疗主要通过利尿剂、洋地黄和血管扩张剂进行症状治疗,大量循证医学已经证实 ACEI 和 β -受体阻滞剂能降低各种程度 CHF 患者病死率和病残率。随着对心衰发生、发展机制的研究不断深入,已经证实心肌能量代谢障碍在心力衰竭时心肌内生物化学的改变中占有重要地位^[2-3]。CHF 患者心肌活检显示,心肌细胞不仅有游离肉碱的缺失,还存在长链乙酰肉碱的堆积。许多实验资料证实^[4]:内源性卡尼汀缺乏可引起心肌细胞功能紊乱,心肌收缩、舒张功能下降,引起及加剧心力衰竭。左卡尼汀是肌肉细胞尤其是心肌细胞的主要能量来源,其主要功能是促进脂类代谢,是人体脂肪酸代谢的必须辅助因子,可加速心肌细胞脂肪 β -氧化,增加细胞色素 C 还原酶、细胞色素 C 氧化酶活性,加速 ATP 产生,提高心肌细胞内 ATP 水平,具有强大的抗心肌疲劳作用。补充外源性肉碱(卡尼汀)不仅可以改善心肌代谢和左室功能,亦有助于长链乙酰肉碱的转运,减少毒性代谢产物在心肌细胞内的堆积,对心肌细胞机械功能恢复有明显疗效^[5]。本研究资料显示左卡尼汀治疗 CHF 能明显改善临床症状,并使心功能得到恢复,无明显不良反应,与有关文献报道相似^[6],可用于 CHF 的治疗,值得临床推广,但对其远期疗效有待进一步研究。

参考文献

[1]Kleber FX, Wensel R. Current guidelines for the treatment of congestive heart failure [J].Drugs,1996: 89
[2]Kata AM. Metabolism of the failing heart [J].Cardioscience,1993,4 (4): 199-203
[3]Saks VA, Strumia E. Phosphocreatine mocular and cellular aspets of the mechanism of cardioprotective actiom[J].Curr Ther Rer,1992,53: 585-598
[4]Regitz V, Shug AL, Fleck E. Defective myocardial metablism in congestive heart failure secondary to dilated cardiomyopathy and to coronary hypertensive and valular heart disease [J].Am J Cardiol, 1990,65: 755-803
[5]Rizxos I.Three year survival of patients with heart failure caused by dilated cardiomyopathy and L-carnitine administration [J].Am Heart J,2000,139(2~3): 120-123
[6]邓开伯. 心力衰竭若干问题的探讨 [J]. 国际心血管杂志,2001,3 (4): 378-380

(收稿日期: 2008-01-25)