

心衰合剂联合卡托普利治疗慢性肺心病心力衰竭疗效观察

张金恒

(贵州省余庆县花山卫生院 余庆 564409)

摘要:目的:探讨心衰合剂联合卡托普利治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭的疗效。方法:将 2006 年 1 月~2010 年 10 月收入我院的慢性肺源性心脏病心力衰竭患者 65 例随机分治疗组 35 例和对照组 30 例,对照组给予常规应用洋地黄、利尿剂、扩血管药物治疗;治疗组给予口服卡托普利 12.5~25 mg,每日 3 次,空腹给药,联合自拟心衰合剂,使用 2 个疗程。结果:治疗组中显效 15 例,有效 18 例,无效 2 例,总有效率 94.3%;对照组中显效 5 例,有效 15 例,无效 10 例,总有效率 66.7%。两组比较,差异有显著性。结论:心衰合剂联合卡托普利治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭疗效显著,不良反应少,使用安全、方便,值得推广使用。

关键词:慢性肺源性心脏病;心力衰竭;卡托普利;自拟心衰合剂

中图分类号:R 541.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.010

慢性肺源性心脏病是由于胸廓或肺动脉的慢性病变所致肺循环阻力增加,肺动脉高压引起右心室肥厚、扩大致右心衰竭的心脏病。慢性肺源性心脏病患者由于慢性缺氧及反复感染,对洋地黄药物耐受性低,且易发生心律失常、洋地黄中毒,其疗效不理想。笔者 2006~2010 年对我院收治的慢性肺源性心脏病患者应用洋地黄、扩血管剂、利尿剂控制

不理想,而心衰合剂联合卡托普利治疗肺心病心力衰竭疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 患者 65 例,为 2006 年 1 月~2010 年 10 月在我院内科住院并符合 1980 年全国肺心病专业组会议修订的慢性肺源性心脏病心力衰竭标准的病人,其中男 45 例,女 20 例,年龄 46~80

指标,能够减少呼吸做功和耗氧量,增加肺泡通气量,改善呼吸肌疲劳;呼气末正压(PEEP)对抗内源性呼气末正压,增加功能残气量,防止肺萎缩,增加肺泡通气量,从而有效治疗呼吸衰竭^[5]。基于此,NIPPV 逐步成为临床呼吸衰竭病人首选治疗方案。George 等^[6]发现无创正压通气能有效减少急性呼吸衰竭病人气管插管率,更有较大规模的临床研究显示,COPD 导致的呼吸衰竭比其他因素导致的呼吸衰竭能从 NIPPV 获得更大的收益,有效减少气管插管的发生率。本研究结果也进一步证实 COPD 重度呼吸衰竭患者能从无创正压通气中获益更多。本研究收入的病人均属于急性加重期,均表现为很低的 pH 值(pH<7.25)和高碳酸血症(PaCO₂>80 mmHg),结果显示,NIPPV 治疗后 pH 值、PaO₂、PaCO₂ 均有较大幅度地改善(P<0.05),相对快速而有效地改善病人的病情并使之稳定,同时,和仅传统药物治疗的病人相比无创呼吸机的使用也大大降低了气管插管的使用,减少了病人的痛苦。所有这些均显示 NIPPV 治疗 COPD 急性加重期患者有明显的优势。

另一方面,气道分泌物多是使用无创呼吸机的相对禁忌证,在本研究中给予 NIPPV 的同时给予适时到位的负压吸痰技术包括纤维支气管镜吸痰,21 例明显好转均脱机出院,好转率高达 91%,其中 2 例因气道分泌物持续增多、昏迷及 24 h 后血气分析指标无明显好转而及时改为有创通气。因此对 COPD 并 II 型呼吸衰竭且有气道分泌物明显增多的老年男性患者的呼吸衰竭负压吸痰技术及纤维支

气管协助吸痰是提高无创正压通气成功率的重要手段。对于 COPD 并 II 型呼吸衰竭且有气道分泌物明显增多的老年男性患者使用无创正压通气指征可适当放宽。

总之,无创呼吸机是治疗 COPD 有效的治疗手段,其所实现的正压通气能够有效地克服 COPD 存在的气道阻力和过度充气,减少呼吸做功及氧耗,减轻呼吸肌疲劳,纠正低氧血症及 CO₂ 潴留;而且操作简单,为非侵入性,同时可以避免有创通气管插管和气管切开而维持气道正常屏障;呼吸参数可以灵活调整而实现个体化,易被患者及家属接受:为无创呼吸机在临床的广泛应用提供了保证。

参考文献

- [1]Plant PK,Owen JL,Elliott MW. Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards:A multicentre randomised controlled trial [J].Lancet,2000,355:1 931-1 935
- [2]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)[J].中华呼吸和结核杂志,2007,30(1):453-460
- [3]程显声,武阳本,李景周,等.吸烟者慢性阻塞性肺病易患因素的研究[J].中华结核和呼吸杂志,1999,22(10):602-604
- [4]乔翠霞,李素云.慢性阻塞性肺疾病的流行病学研究现状[J].中国老年学杂志,2010,30(11):1 618-1 621
- [5]Singh VK,Khanna P,Rao BK,et al.Outcome predictors for non-invasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure [J].J Assoc Physicians India,2006,54:361-365
- [6]George IA,John G,John P,et al.An evaluation of the role of noninvasive positive pressure ventilation in the management of acute respiratory failure in a developing country[J].Indian J Med Sci,2007,61:495-504

(收稿日期:2011-05-18)

岁,心功能分级(根据 1964 年美国纽约心脏病协会制定的心衰诊断和心功能分级标准进行诊断和分级),II 级 27 例,III 级 23 例,IV 级 15 例,原发病均为慢性肺源性心脏病。随机分治疗组 35 例,其中男 25 例,女 10 例,年龄 50~80 岁,心功能 II 级 15 例,III 级 12 例,IV 级 8 例;对照组 30 例,其中男 20 例,女 10 例,年龄 46~80 岁,心功能 II 级 12 例,III 级 11 例,IV 级 7 例。两组间性别、年龄、病程、心功能分级等方面比较无显著差异。

1.2 治疗方法 对照组常规应用洋地黄、利尿剂及扩血管药物等治疗,7 d 为 1 个疗程,使用 2 个疗程以上。治疗组给予心衰合剂(葶苈子 30 g、桑白皮 30 g、车前子 30 g、泽泻 15 g、太子参 30 g、五味子 10 g、麦冬 10 g、丹参 30 g),水煎服,每剂浓煎成 200 mL,病情重时,每日服 2 剂,分 4 次服用,病情转轻后,改为每日 1 剂,分 2 次服用,心衰缓解后仍可继续服用,以巩固疗效。卡托普利 12.5~25 mg,每日 3 次空腹给药,7 d 为 1 个疗程,使用 2 个疗程以上,服用期间停用洋地黄和其他扩血管药物。

1.3 疗效评定 (1)显效:水肿完全吸收消失,肝脏回缩 2 cm,颈静脉怒张消退,双肺湿罗音消失,紫绀明显减轻,心功能进步 2 级;(2)有效:水肿减轻,肝脏回缩 1 cm,颈静脉怒张减轻,双肺湿罗音减少,紫绀减轻,心功能进步 1 级;(3)无效:用药后症状体征无改善。

2 结果

2.1 治疗效果 治疗组中显效 15 例,有效 18 例,无效 2 例,总有效率 94.3%;对照组中显效 5 例,有效 15 例,无效 10 例,总有效率 66.7%。两组比较,差异有显著性。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	15	18	2	94.3
对照组	30	5	15	10	66.7

2.2 不良反应 治疗组中出现低血压 1 例,阵发性干咳 1 例;对照组中出现低血压 1 例,胃肠道反应 5 例。两组药物不良反应比较无明显差异。

3 讨论

心衰患者心肌处于血液和能量供应不足的状态,过度或长期应用正性肌力药物,将扩大能量的供需矛盾,使心肌损害更为加重,而致死亡率反而增高,这在理论上是可以理解的。即使是已有 20 多年应用历史的洋地黄,其改善心衰症状的事实是公认的,但大样本研究证明它的远期结果并不能降低总死亡率,从心衰的总体治疗来看,单纯依靠正性肌力药仅仅着眼于暂时症状的改善,不能纠正心衰

的病理性生理变化,不能改善长期预后。

血管紧张素转换酶(ACE)抑制剂用于心力衰竭时,其主要作用机制为:(1)抑制肾素、血管紧张素系统(RAS),除对循环RAS的抑制可达到扩张血管、抑制交感神经兴奋性的作用,更重要的是对心脏组织中的RAS的抑制,在改善和延缓心室的重塑中起关键作用。(2)抑制缓激肽的降解可使具有血管扩张作用的前列腺素生成增多,同时也有抗组织增生的作用。总之,通过ACE抑制剂除了发挥扩管作用、改善心衰时血流动力学、减轻淤血症状外,更重要的是降低心衰患者代偿性神经-体液的不利影响,限制心肌、小血管的重塑,以达到维护心肌的功能、推迟充血性心力衰竭的进展、降低远期死亡率的目的。

中医认为心主血脉,心气推动血液在血脉中运行,使“经脉流行不止,环周不休”。肺朝百脉,又主通调水道,是经脉最为丰富的脏器,也是身体最重要的水液代谢场所。心肺同居上焦,故而在生理上联系密切,在病理上相互影响,心气受损,经脉运行不利,首先影响肺脏,使水液代谢异常,所以心气不足、水饮阻肺是心力衰竭的重要病机。心气不足,气不摄魂而心悸,水饮阻肺,肺气上逆而咳嗽,劳则耗气,故动则心悸喘憋,患者气虚为本,水停为标。进一步伤及脾气,中气不足,运化不利,水湿不化,泛于肌肤,则水肿,伤及肾脏,肾气亏虚,开阖不利则尿少;心力衰竭晚期,气虚及阳,阳气不足,气不化水,水饮内停进一步加重,水饮上凌心肺则心悸喘憋加重。根据心力衰竭气虚、血瘀、水停的病机,本研究应用泻肺利水法,采用自拟心衰合剂治疗心力衰竭。其中太子参、麦冬、五味子即生脉饮益心气养心阳,生脉散之所以能够有稳定而持久的强心作用,一方面在于它能减少心肌能源的消耗,减少心肌耗氧量和减少糖原代谢;另一方面在于它能促进细胞分裂和核糖核酸的合成,能改进全身腺体功能,尤其改进内分泌功能,而使全身功能得到调整,从而起到补气、活血、回阳救逆、补虚、固脱、生津止渴、调营养卫的作用。葶苈子、桑白皮为泻肺利水药,可以通过利尿而减轻心脏的前负荷,葶苈子还可以增加心肌收缩力,从而控制心力衰竭。丹参一味,功同四物,活血通脉。

笔者认为心衰合剂联合卡托普利治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭疗效确切,特别是运用利尿剂、洋地黄与血管扩张剂治疗无效的心衰患者,疗效显著,不良反应少,使用安全、方便,值得临床推广应用。