

顽固性心衰临床治疗策略探讨

伊力哈木·阿不力米提

(新疆克州市阿克陶县人民医院 克州 845550)

摘要:目的:探讨硝普钠联合多巴胺治疗顽固性心衰的临床效果及应用价值。方法:选择我院收治的顽固性心衰患者 106 例作为研究对象,随机分为观察组和对照组,对照组给予西医综合治疗,观察组在对照组基础上使用硝普钠联合多巴胺泵入治疗,观察两组患者临床治疗效果。结果:观察组总有效率优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在西医常规治疗基础上使用硝普钠联合多巴胺泵入治疗顽固性心衰,疗效可靠,不良反应少,值得临床大力推广使用。

关键词:顽固性心衰;硝普钠;多巴胺

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.055

顽固性心衰是指通过休息、限盐、利尿、强心药物对症支持治疗后,心力衰竭仍无法控制,一般顽固性心衰常是心脏疾病发展到终末期,患者一般休息或轻微活动后就出现心衰症状,需反复、长时间接受住院治疗。顽固性心力衰竭患者由于心肌受损严重,对于洋地黄类药物耐受性差,易发生洋地黄中毒,且使用利尿药物的疗效一般^[1]。我院在西医综合治疗基础上给予患者硝普钠联合多巴胺泵入治

疗顽固性心力衰竭,取得较好的临床治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 选取 2012 年 1~12 月于我院治疗的顽固性心力衰竭患者 106 例,随机分为观察组和对照组各 53 例,所有患者均符合《内科学》中关于顽固性心力衰竭的诊断标准^[2]。其中观察组男性 33 例,女性 20 例,年龄 57~78 岁,平均(69.23±5.17)

表 2 溶栓治疗后死亡组与非死亡组血清 NT-proBNP 和 hs-CRP 比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	治疗前		治疗后第 1 天		治疗后第 7 天	
		NT-proBNP (pg/mL)	hs-CRP (mg/L)	NT-proBNP (pg/mL)	hs-CRP (mg/L)	NT-proBNP (pg/mL)	hs-CRP (mg/L)
死亡组	12	6 351.25±3 861.45	14.9±5.1	7 837.38±3 659.21	32.8±7.8	6 756.32±2 081.26	24.5±6.9
非死亡组	38	4 836.34±1 834.41*	10.0±4.8*	4 549.41±1 871.90*	8.8±4.4*	2 497.20±981.25*	7.4±3.2*

注:与死亡组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

急性心肌梗死患者发生动脉粥样硬化后,斑块脱落,导致心肌急性缺氧缺血后发生坏死。此时血小板发生聚集,释放血栓素,激活神经内分泌系统,从而引起一系列的血生化指标的改变^[3],如天门冬氨酸转氨酶(AST)、肌酐蛋白 T(cTnT)、乳酸脱氢酶(LDH)、肌红蛋白(Mb)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、脑钠肽(BNP)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)等。NT-proBNP 是左室心肌细胞分泌分泌的多肽类心脏激素,当发生心肌缺血或心功能不全时,其分泌增加^[4],在急性心肌梗死患者发病数小时后水平升高^[5]。从本研究可以看出,患者发病后 NT-proBNP 水平明显高于正常患者,且随着疾病的发展严重度不同,其水平呈显著上升趋势。本研究死亡组患者治疗后的第 1 天和第 7 天,其水平明显高于非死亡组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。说明监测血清 NT-proBNP 水平有助于患者预后和死亡风险的评估。

多项研究证实^[6-7],血清 hs-CRP 水平与动脉硬化及 AMI 的发生密切相关,且能较好地预测心血管事件的危险度。本研究可以看出,不同心功能分级

的患者,其血清 hs-CRP 水平明显不同,且均高于正常患者。随访期间 12 例死亡组的血清 hs-CRP 水平明显高于非死亡组,说明 hs-CRP 水平越高,患者死亡风险越大。综上所述,血清 hs-CRP 和 NT-proBNP 水平与急性心肌梗死患者心功能损害程度及预后和死亡风险密切相关,观察患者早期血清 hs-CRP 和 NT-proBNP 水平及其在治疗过程中的动态变化对急性心肌梗死患者预后和死亡风险评估有重要价值。

参考文献

- [1]杨静.血浆超敏 C 反应蛋白、NT-proBNP 与老年急性冠脉综合征相关性研究[J].中国现代药物应用,2011,5(16):83-84
- [2]龚国忠,刘友迎,蒲泽晏,等.动态监测 hs-CRP 和 NT-proBNP 对急性心肌梗死的临床意义[J].国际检验医学杂志,2013,34(8):930-931,933
- [3]戴丽萍.血清 NT-proBNP 检测对 AMI 患者预后和死亡风险评估的意义[J].放射与免疫学杂志,2013,26(2):196-198
- [4]许振培.血浆 NT-proBNP 水平对急性心肌梗死患者预后及心功能的预测价值[J].海南医学,2013,24(6):851-852
- [5]Westerhout CM,Fu Y,Lauer MS,et al.Short- and long-term risk stratification in acute coronary syndromes:the added value of quantitative ST-segment depression and multiple biomarkers[J].J Am Coll Cardiol,2006,48(5):939-947
- [6]谭云辉,冯丽.N 末端 BNP 前体和高敏 C 反应蛋白水平对老年充血性心力衰竭近期预后的评估价值[J].海南医学,2010,21(21):6-8
- [7]姜海涛,杨树深.NT-proBNP 和 hs-CRP 与急性冠脉综合征近期预后的关系[J].齐齐哈尔医学院学报,2008,29(6):651-653

(收稿日期:2013-06-19)

岁,病程 4~19 年,平均(8.38± 3.67)年;对照组男性 35 例,女性 18 例,年龄 55~79 岁,平均(69.84± 5.23)岁,病程 1~17 年,平均(8.96± 3.45)年。两组患者年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组:给予西医综合治疗,包括卧床休息、低盐饮食、吸氧、纠正电解质紊乱、使用利尿剂、血管紧张素转换酶抑制药物等对症支持治疗;观察组:在对照组基础上给予硝普钠和多巴胺治疗,硝普钠 15 mg+多巴胺 60 mg,采用微量输液泵进行静脉滴注,多巴胺 0.5~2 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,硝普钠 2 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,连续应用 3 d,根据患者心率、血压情况调整泵入速度。

1.3 疗效标准 显效:患者肺部听诊罗音完全消失,心率 60~80 次/min,心功能改善 2 级,心悸气促缓解,可下床活动,水肿完全消失;有效:患者肺部听诊罗音减少,心悸气促有所减轻,心功能改善 1 级,水肿减轻;无效:患者症状及体征未见改善,心功能改善不足 1 级,辅助检查和治疗前未见明显变化^[3]。

1.4 统计学处理 应用 SPSS15.0 软件分析,计量数据采用均数±标准差($\bar{X}\pm S$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分比表示,数据对比采取 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

两组临床治疗效果比较,见表 1。

表 1 两组临床治疗效果比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	53	35(66.04)	13(24.53)	5(9.43)	90.57 [▲]
对照组	53	21(39.62)	18(33.96)	14(26.42)	73.58

注:与对照组比较, $\chi^2=5.1942$,[▲] $P=0.0227<0.05$,有统计学意义。

3 讨论

顽固性心力衰竭一般多见于终末期的严重器质性心脏疾病患者,一般在接受常规治疗后症状仍加重,病情长且反复发作。其发病机理极为复杂,由于血流动力学上存在心肌收缩能力降低,造成患者心输出量减少,发生静脉淤血,心室舒张末期压力增高,前负荷过重和周围血管发生收缩,外周阻力增大,心脏后负荷过重均使得心衰症状难以控制。心衰发生时患者交感神经系统兴奋性增强,肺动脉压力增大,造成肺水肿和周围循环功能障碍,当组织器官出现淤血后,肾脏血流量相对减少,肾小球滤过率下降,导致肾素-血管紧张素和醛固酮分泌增多,促进肾小管对于水钠的重吸收作用和钾离子排泄,而且造成恶性循环,加重体循环淤血和肺循环淤血,最终患者出现浮肿、咳喘、缺氧等全心功能

衰竭症状^[4]。目前治疗顽固性心衰主要以减轻心脏负荷、增强心肌收缩能力为主,既利于心室的充盈与排空,也帮助改善心衰症状。

我院在西医综合治疗基础上给予患者使用硝普钠和多巴胺联合治疗,硝普钠能扩张外周静脉血管,增加静脉容量,使回心血量减少,有效减轻心脏前负荷;同时硝普钠扩张肺部动脉、肺部毛细血管,增加肺部血液流量,改善患者缺氧状态,降低左心室前负荷。此外,硝普钠还能扩张肾动脉,增加肾血流量,使肾小球滤过率增加,尿量增多,明显改善水肿,且在扩张冠状动脉同时改善心肌血液循环,增加心肌供血,改善顽固性心力衰竭患者的心肌缺氧缺血情况^[5]。硝普钠还可扩张动脉使周围循环阻力有效降低,左心室射血功能得到有效改善,心脏排出血量明显增高。吴伊凤^[6]采用硝普钠联合多巴胺治疗顽固性心衰患者疗效显著,且不良反应较少,治疗组总有效率达到 96%,而常规治疗组总有效率为 62%,经统计学分析比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。而对于顽固性心衰患者在使用扩张血管药物的同时应配合使用缩血管药物、正性肌力药物及利尿药物,可取得最好的血流动力学效果。多巴胺具有兴奋多巴胺受体,且具有轻微的兴奋 α 、 β 受体,增强心肌收缩能力,选择性扩张心脏和肾脏血管,增加冠状动脉及肾脏血液流量,改善患者心肌缺血状态,增加尿量,纠正顽固性水肿^[7]。两者联合使用除了发挥治疗心力衰竭的效果,还能抵消药物间的不良反应,硝普钠的不良反应能抵消多巴胺带来的外周血管阻力增大,多巴胺可维持血压使得硝普钠治疗心力衰竭带来的低血压效应得以缓解,有效改善顽固性心力衰竭的临床症状。本研究显示,观察组总有效率优于对照组,经统计学分析,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,在西医常规治疗基础上给予患者硝普钠联合多巴胺泵入治疗顽固性心衰疗效可靠,不良反应轻,值得临床大力推广使用。

参考文献

[1] 宋忠海.硝普钠联合多巴胺持续泵入治疗顽固性心衰的疗效观察[J].中国中医药咨讯,2012,4(4):215
 [2] 陆再英,钟南山.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.169-170
 [3] 蔡哲龙,李美峰,邹玉宝.硝普钠、多巴胺联合治疗急性左心衰竭 70 例[J].中国分子心脏病学杂志,2009,9(2):97-100
 [4] 张菊萍.酚妥拉明、氨茶碱、硝普钠治疗顽固性心衰 50 例疗效观察[J].陕西医学杂志,2010,39(8):1 092-1 093
 [5] 李卫红.硝普钠联合几种药物治疗顽固性心衰的疗效观察[J].中国社区医师,2012,14(16):64-65
 [6] 吴伊凤.硝普钠联合多巴胺治疗顽固性心衰临床观察[J].中国误诊学杂志,2009,9(10):2 340-2 342
 [7] 李霞,宋莹,沈勇.硝普钠、多巴胺微量泵联合治疗肺心病顽固性心衰疗效观察[J].中国社区医师·医学专业,2012,14(3):24

(收稿日期: 2013-06-13)