

肛门功能恢复<sup>[5-6]</sup>。

目前,小切口外痔剥离加内痔缝扎术在混合痔的治疗中逐渐得到应用,该术式是一种微创手术,具有切口小、手术时间短、疼痛程度低和术后恢复快等优点<sup>[7]</sup>。程文松<sup>[8]</sup>研究表明,小切口外痔剥离加内痔缝扎术在治疗环状混合痔方面不仅具有显著的疗效,且能有效降低术后并发症发生率。本研究结果显示,两组的治疗总有效率相比较,差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; 研究组治愈率为 96.36%, 高于对照组的 81.82%, 差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。可见,小切口外痔剥离加内痔缝扎术与常规外痔剥离加内痔缝扎术均具有良好的治疗效果,但小切口手术能显著提高治愈率,其整体疗效优于常规手术。本研究结果还显示,研究组术后 24 h 出血量少于对照组,研究组术后首次排便时间和创面愈合时间短于对照组,差异均有统计学意义,  $P<0.05$ ; 术后 3 个月,研究组肛门控便、感觉和闭合各项功能评分均低于对照组,差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。表明小切口外痔剥离加内痔缝扎术能有效促进患者康复,在改善患者肛门功能方面效果更佳。分析其原因在于,小切口外痔剥离加内痔缝扎术对外痔进行了分段处理,

切口较小,且尽量向肛缘外延长,有利于减少术后出血,且能减轻术后疼痛程度,同时采用潜行分离法处理曲张静脉丛,在保护肛缘及肛管皮肤方面具有良好的效果,此外,皮桥水肿愈合后皮赘较少,可提高痔体清除率,改善预后。综上所述,采用小切口外痔剥离加内痔缝扎术治疗环状混合痔患者,能显著提高治愈率,且患者术后出血量少,排便时间和创面愈合时间短,肛门功能恢复效果更佳。

参考文献

[1]郭建军,李辉,王晏美.外痔剥离缝合内痔结扎术治疗混合痔的疗效观察[J].中国临床医生杂志,2015,43(1):63-65

[2]钟米娜.环状混合痔的临床手术治疗方法探讨[J].当代医学,2017,23(16):79-81

[3]付彩华.小切口分段外剥内扎术加消痔灵局部注射治疗环状混合痔的疗效观察[J].世界临床医学,2016,10(7):56

[4]王翔,薛昶.内痔分段结扎、外痔环形切除联合肛缘皮桥弧状切除缝合术治疗环形混合痔的疗效观察[J].结直肠肛门外科,2017,23(5):598-602

[5]王生,王敏.内痔套扎悬吊外痔弧形切除缝合术治疗环状混合痔 40 例临床观察[J].中国民族民间医药,2015,24(24):77

[6]邢占敏,陈超凡.外痔剥离切除加内痔下分段褥式缝合结扎术治疗环状混合痔的临床观察[J].云南中医中药杂志,2017,38(9):96-98

[7]魏多刚,张婧芳,康文,等.小切口外痔剥离除联合痔上黏膜环切术治疗环状混合痔疗效观察[J].中国临床医生杂志,2017,45(2):76-78

[8]程文松.小切口外痔剥离加内痔缝扎术治疗环状混合痔的临床效果[J].基层医学论坛,2016,20(4):475-476

(收稿日期: 2018-11-10)

# 左卡尼汀联合酒石酸美托洛尔治疗扩张型心肌病心力衰竭的效果

赵红迅

(河南省镇平县人民医院心内科 镇平 474250)

**摘要:**目的:分析采用左卡尼汀联合酒石酸美托洛尔对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能、脑钠肽(BNP)水平和转化生长因子-β<sub>1</sub>(TGF-β<sub>1</sub>)水平的影响。方法:选取 2016 年 1 月~2017 年 11 月我院收治的 92 例扩张型心肌病心力衰竭患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 46 例。对照组给予酒石酸美托洛尔治疗,观察组给予左卡尼汀联合酒石酸美托洛尔治疗,比较两组的总有效率及治疗前后的每搏输出量(SV)、左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期内径(LVEDD)、BNP 和 TGF-β<sub>1</sub> 水平。结果:观察组的总有效率为 91.30%, 高于对照组的 69.57%, 差异有统计学意义,  $P<0.05$ ; 治疗后, 观察组的 SV 和 LVEF 高于对照组, LVEDD 低于对照组,差异均有统计学意义,  $P<0.05$ ; 观察组的血清 BNP 和 TGF-β<sub>1</sub> 水平均低于对照组,差异均有统计学意义,  $P<0.05$ 。结论:采用左卡尼汀联合酒石酸美托洛尔治疗扩张型心肌病心力衰竭疗效显著,能改善患者的心功能,降低其血清 BNP 和 TGF-β<sub>1</sub> 水平。

**关键词:**扩张型心肌病;心力衰竭;酒石酸美托洛尔;左卡尼汀

中图分类号:R542.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.005

扩张型心肌病(Dilated Cardiomyopathy, DCM)是一种原发性心肌疾病,临床较为常见,多认为其发病与细胞免疫、基因和感染等因素有关,患者发病时心室扩大,心功能降低,出现乏力、气短、水肿等症状,伴或不伴充血性心力衰竭。扩张型心肌病心力衰竭患者病情多呈进行性加重,疾病任何阶段均可能出现死亡,因此及时有效的治疗十分必要。酒石酸美托洛尔是一种 β 受体阻滞剂,具有抗心肌缺血、

抗高血压和抗心律失常等功效;左卡尼汀是体内能量代谢必需的天然物质,可促进脂类代谢,为细胞提供能量。本研究观察了左卡尼汀联合酒石酸美托洛尔对扩张型心肌病心力衰竭患者心功能、脑钠肽(BNP)和转化生长因子-β<sub>1</sub>(TGF-β<sub>1</sub>)水平的影响。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月~2017 年 11 月

我院收治的 92 例扩张型心肌病心力衰竭患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 46 例。观察组男 29 例,女 17 例;年龄 39~75 岁,平均年龄(63.52±5.74)岁;美国纽约心功能(NYHA)分级:II 级 8 例,III 级 29 例,IV 级 9 例。对照组男 33 例,女 13 例;年龄 38~76 岁,平均年龄(62.84±6.58)岁;NYHA 分级:II 级 10 例,III 级 28 例,IV 级 8 例。两组患者的性别、年龄和 NYHA 分级等资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。本研究符合《世界医学会赫尔辛基宣言》相关要求。

**1.2 纳入标准** 经临床诊断确诊为扩张型心肌病心力衰竭患者;签署知情同意书者;入组前 1 个月内无外科手术或创伤史者;NYHA 分级 II~IV 级者;无相关药物过敏史者;用药依从性良好者。

**1.3 排除标准** 合并造血或内分泌系统障碍者;预估生存期<6 个月者;重要脏器存在器质性病变者。

#### 1.4 治疗方法

**1.4.1 对照组** 给予血管扩张和利尿等常规治疗,并给予酒石酸美托洛尔(国药准字 H20058292)治疗,6.25 mg/次,口服,2 次/d。治疗周期为 1 个月。

**1.4.2 观察组** 在常规治疗的基础上给予左卡尼汀(国药准字 H20041747)联合酒石酸美托洛尔治疗,酒石酸美托洛尔用法用量同对照组;左卡尼汀 30 mg 加入到 100 ml 0.9%氯化钠溶液中混合后静滴,1 次/d。治疗周期为 1 个月。

**1.5 观察指标及疗效评定** (1)两组的总有效率。疗效判定标准,显效:NYHA 分级改善>2 级,乏力、气短和水肿等症状基本消失;有效:NYHA 分级改善 1~2 级,乏力、气短和水肿等症状缓解;无效:NYHA 分级及乏力、气短和水肿等症状基本无变化。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。(2)两组治疗前后的心功能采用彩色多普勒

超声心动仪进行检测,记录每搏输出量(SV)、左室射血分数(LVEF)和左室舒张末期内径(LVEDD)。(3)两组治疗前后均抽取 3 ml 空腹静脉血,采用酶联免疫法检测血清 BNP 水平,采用化学发光免疫法检测血清 TGF- $\beta_1$  水平。

**1.6 统计学处理** 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,计数资料以%表示,行  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 观察组的总有效率为 91.30%,高于对照组的 69.57%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	46	20(43.48)	22(47.83)	4(8.70)	42(91.30)
对照组	46	11(23.91)	21(45.65)	14(30.43)	32(69.57)
$\chi^2$					6.907
P					0.009

**2.2 两组治疗前后的心功能比较** 治疗后,观察组的 SV 和 LVEF 水平高于对照组,LVEDD 水平低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后的心功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

时间	组别	n	SV(ml)	LVEF(%)	LVEDD(mm)
治疗前	观察组	46	62.81±5.75	39.87±3.96	55.19±3.11
	对照组	46	63.05±6.33	40.22±5.30	54.68±4.89
	t		0.190	0.359	0.597
	P		0.850	0.721	0.552
治疗后	观察组	46	78.81±7.22	58.94±6.33	46.01±1.66
	对照组	46	73.39±5.88	52.76±8.19	49.93±2.01
	t		3.948	4.049	10.199
	P		0.000	0.000	0.000

**2.3 两组治疗前后的血清 BNP 和 TGF- $\beta_1$  水平比较** 治疗后,两组的血清 BNP 和 TGF- $\beta_1$  水平均低于治疗前,差异均有统计学意义, $P<0.05$ ;且观察组的血清 BNP 和 TGF- $\beta_1$  水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组治疗前后的血清 BNP 和 TGF- $\beta_1$  水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	BNP(pg/ml)				TGF- $\beta_1$ (ng/L)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
观察组	46	559.93±26.83	347.89±16.33	45.787	0.000	338.82±41.26	130.08±11.96	32.956	0.000
对照组	46	560.02±25.89	386.42±18.99	36.671	0.000	337.79±43.06	174.62±16.81	23.941	0.000
t		0.016	10.434			0.117	14.643		
P		0.987	0.000			0.907	0.000		

## 3 讨论

心力衰竭的发病过程较为复杂,是多种内外源性细胞因子激活促进心室重构的过程,会使心肌细胞受到损伤,心功能下降,心肌产生与利用能量过程受阻。DCM 的主要特征是左心室或双心室收缩和扩张功能受损,合并心力衰竭时不仅神经内分泌系统被激活,血流动力学发生紊乱,心肌能量代谢也会

发生障碍,最终导致心肌细胞凋亡。心肌细胞发生病变后,出现多种代谢产物聚集、离子泵失活和心肌细胞缺血缺氧,易产生细胞内酸中毒和细胞外高钾,诱发恶性心律失常,影响患者预后,相关资料显示,该病 5 年病死率达 50%。

酒石酸美托洛尔是治疗扩张型心肌病心力衰竭的常用药物,对中枢神经系统和心脏中的  $\beta$  受体活

性具有抑制作用，能通过作用于醛固酮 - 血管紧张素 - 肾素系统，降低心室收缩压，减少周边血管阻力，使心脏后负荷降低。向东等<sup>[1]</sup>研究指出，左卡尼汀能改善缺血性心肌病心力衰竭患者的心功能。经美托洛尔治疗 30 d 后，缺血性心肌病心力衰竭患者 6 min 步行实验距离变大。酒石酸美托洛尔可通过减弱循环中儿茶酚胺的毒性，保护心肌细胞，预防心肌肥厚、增生和过度氧化，改善患者心功能。但以往文献<sup>[2-3]</sup>指出，单用酒石酸美托洛尔无法改善 DCM 患者的心肌能量代谢情况。左卡尼汀是一种能量代谢治疗药物，具有多重功效，可促进脂肪酸氧化和心肌血脂代谢等。左卡尼汀可介导脂肪酸进入线粒体氧化供能，且能输送长链脂肪酸至线粒体膜内，使高能化合物三磷酸腺苷(ATP) 产出量增加，心肌细胞内 ATP 含量升高后，能量衰竭状态得以改善，心肌损伤得到修复，心功能提高<sup>[4-6]</sup>。

本研究结果显示，观察组的总有效率为 91.30%，高于对照组的 69.57%，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；治疗后，观察组的 SV 和 LVEF 高于对照组，LVEDD 低于对照组，差异均有统计学意义， $P < 0.05$ 。与盛洋等<sup>[2]</sup>的研究相一致，提示扩张型心肌病心力衰竭采用左卡尼汀与酒石酸美托洛尔联合治疗

能改善患者的心功能，疗效显著。以往资料显示，BNP 和 TGF- $\beta_1$  水平与心力衰竭患者心室重构密切相关。而本研究结果显示，治疗后，观察组的血清 BNP 和 TGF- $\beta_1$  水平均低于对照组，差异均有统计学意义， $P < 0.05$ 。说明左卡尼汀与酒石酸美托洛尔联合应用可抑制心室重构，改善患者病情。综上所述，采用左卡尼汀联合酒石酸美托洛尔治疗扩张型心肌病心力衰竭疗效显著，能改善患者的心功能，降低其血清 BNP 和 TGF- $\beta_1$  水平。

参考文献

[1] 向东, 乔玉冰. 左卡尼汀联合美托洛尔治疗缺血性心肌病心力衰竭的临床疗效观察[J]. 华南国防医学杂志, 2015, 29(3): 234-236  
 [2] 盛洋, 郑学敏, 王伟, 等. 酒石酸美托洛尔片联合左卡尼汀注射剂治疗慢性心力衰竭的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2018, 34(4): 410-413  
 [3] 刘传慧, 刘璐, 段智霞. 贝那普利联合左卡尼汀治疗扩张型心肌病心力衰竭的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(8): 1445-1448  
 [4] 王敏, 孟建宏, 李联社, 等. 参麦注射液联合左卡尼汀治疗扩张型心肌病心力衰竭的疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(9): 1107-1108  
 [5] 夏琨, 梅勇. 美托洛尔治疗扩张性心脏病患儿的临床效果及其对患儿血浆中 N 端钠尿肽前体水平的影响[J]. 贵州医药, 2017, 41(2): 143-144  
 [6] 中华医学会心血管病学分会. 心肌病诊断与治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(1): 5-16

(收稿日期: 2018-11-12)

## 普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速的疗效观察

高东升

(河南省洛阳市第二中医院 洛阳 471003)

**摘要:**目的: 观察普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速(PSVT) 的有效性及其不良反应。方法: 选取 2017 年 1 月~2018 年 9 月我院收治的 96 例阵发性室上性心动过速患者作为研究对象, 采用随机分组法分为对照组与观察组, 每组 48 例。对照组给予维拉帕米治疗, 观察组给予普罗帕酮治疗, 比较两组的治疗效果和药物不良反应发生情况。结果: 观察组的复律成功率为 95.83%, 高于对照组的 79.17%, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 观察组的复律时间短于对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 观察组的不良反应发生率为 2.08%, 低于对照组的 18.75%, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 治疗后, 两组的射血分数(LVEF) 有所增加, 左室收缩末容积(LVESV) 和左室舒张末容积(LVEDV) 均有所降低, 与同组治疗前相比较, 差异均有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 但两组间心室负荷指标相比较, 差异无统计学意义,  $P > 0.05$ 。结论: 普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速的临床效果优于维拉帕米, 且不良反应更少。

**关键词:** 阵发性室上性心动过速; 普罗帕酮; 有效性

中图分类号: R541.71

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.006

阵发性室上性心动过速 (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia, PSVT) 也被称为“室上速、阵发性室上速”。钟传军等<sup>[1]</sup>研究报道称, 每年有 36/100 000 人发生阵发性室上性心动过速, 患病率为 2.29/1 000, 该病既会在器质性心脏病患者中发生, 也会在健康人群中发病。韩玉萍等<sup>[2]</sup>研究报道称, 药物复律、射频消融术和物理疗法等是治疗 PSTV 的常用方法, 射频消融术治疗成功率高达 96.9%, 但药物复律依然是首选抢救方式。普罗帕酮

为临床常用治疗 PSVT 的药物, 有大量资料对其效果进行了证实。本研究选取 2017 年 1 月~2018 年 9 月我院收治的 96 例 PSVT 患者作为研究对象, 观察比较了普罗帕酮与维拉帕米治疗阵发性室上性心动过速的有效性及其不良反应。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2018 年 9 月我院收治的 96 例阵发性室上性心动过速患者作为研究对象, 采用随机分组法分为对照组与观察组, 每组