

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^[1]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^[2-3]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^[4-6]。

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^[2]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- β_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- β_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- β_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肌病患者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^[1]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^[2]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

48 例。对照组男 21 例,女 27 例;年龄 40~73 岁,平均年龄(59.87± 5.74)岁;发病时间 30 min~48 h,平均发病时间(6.92± 1.85) h;预激综合征者 22 例,器质性心脏病者 14 例,无器质性心脏病者 12 例。观察组男 20 例,女 28 例;年龄 40~75 岁,平均年龄(60.15± 5.82)岁;发病时间 30 min~48 h,平均发病时间(7.15± 1.74) h;预激综合征者 20 例,器质性心脏病者 15 例,无器质性心脏病者 13 例。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均因心悸、胸闷等症状就诊。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 纳入标准 经临床表现和心电图检查,确诊为 PSCT 者;认知清晰,对研究相关制度及风险性知情,并自愿签署研究同意书者;治疗前 2 个月,未接受过抗心律失常药物治疗者;资料完整,未中途退出本研究者。

1.3 排除标准 合并急性心肌梗死、心力衰竭、不稳定心绞痛、束支传导阻滞或房室传导阻滞的患者;合并严重低血压者;患有精神障碍性疾病者;对药物过敏者;酒精依赖者或用药上瘾者;中途退出本研究者。

1.4 治疗方法

1.4.1 基础治疗 两组患者入院后,及时卧床休息,保持病房环境清洁、开阔,常规吸氧,心电图监护,建立静脉通路,积极预防感染,监测心率、血压和呼吸频率等。

1.4.2 对照组 给予维拉帕米治疗。取维拉帕米(国药准字 H44020719)5 mg+5%葡萄糖溶液 20 ml,静脉推注,5~10 min 推完;若无效,20 min 后重复给药 1 次。

1.4.3 观察组 给予普罗帕酮治疗。取普罗帕酮(国药准字 H13021370)35 mg+10%葡萄糖溶液 30 ml,静脉推注,10 min 推完;若无效,取普罗帕酮 70 mg+5%葡萄糖溶液 250 ml,静脉滴注,维持 30 滴/min;若患者复律成功(除器质性心脏病外),停用普罗帕酮。

1.5 观察指标及复律成功标准 (1)记录两组患者的复律时间和复律成功率;(2)观察两组患者的用药不良反应发生情况;(3)24 h 监测患者心电图,记录两组患者的左室收缩末容积(LVESV)、左室舒张末容积(LVEDV)和射血分数(LVEF);(4)复律成功标准:PVST 停止,窦性节律维持 3 min 以上,用药 45 min 内,转为窦性心律^[3]。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组复律成功率比较 观察组的复律成功率为 95.83%(46/48),高于对照组的 79.17%(38/48),差异有统计学意义, $\chi^2=4.667, P=0.031<0.05$ 。

2.2 两组复律时间比较 观察组的复律时间为(11.69± 2.58) min,短于对照组的(18.74± 3.15) min,差异有统计学意义, $t=11.996, P=0.000<0.05$ 。

2.3 两组患者的心室负荷指标比较 治疗前,两组的 LVESV、LVEDV 和 LVEF 相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后,两组的 LVEF 均有所增加,LVESV 和 LVEDV 均有所降低,与同组治疗前相比较,差异均有统计学意义, $P<0.05$;但两组间相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的心室负荷指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	LVESV(ml)		LVEDV(ml)		LVEF(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	54.74± 6.95	52.41± 7.92	82.36± 6.25	45.24± 6.75	51.37± 1.25	62.87± 0.85
对照组	48	54.24± 8.72	51.63± 7.28	82.40± 6.31	46.96± 6.82	51.40± 1.34	62.71± 0.84
t		0.311	0.502	0.031	1.242	0.113	0.928
P		0.378	0.308	0.488	0.109	0.455	0.178

2.4 两组不良反应发生情况比较 观察组出现短暂性低血压 1 例,不良反应发生率为 2.08%;对照组出现头晕 2 例,胸闷 2 例,心脏颤动 2 例,短暂房室传导阻滞 1 例,一过窦性心动过缓 2 例,不良反应发生率为 18.75%,两组间相比较,差异有统计学意义, $\chi^2=5.470, P=0.019<0.05$ 。

3 讨论

阵发性室上性心动过速包括房室结折返性心动过速(AVNRT)和房室折返心动过速(AVRT)。王婷

等^[4]通过有关阵发性室上性心动过速患者的性别和年龄差异单中心比较研究发现,不同类型的 PSVT 发病率存在一定的差异。在国外,女性 AVNRT 发病率是男性的 2 倍,而男性 AVRT 发病率是女性的 2 倍。但国内的报道中,两者并无明显差异,且 PSVT 会发生在器质性疾病患者中,也会发生在无器质性疾病患者中。一般 PSVT 患者的临床表位心律规则,第一心音强弱相同,心动过速突然发生或突然终止^[5],若未及时处理,则会引起心肌缺血、心力衰竭或

心源性休克,甚至猝死。有关阵发性室性心动过速的心脏电生理学研究^[9]发现,大部分患者的发病机制为折返激动,因同时或单独存在解剖上及功能上的折返环,在窦房结与邻近心房肌间、心房内及房室结内,均可见冲动折返。

目前,药物复律依然是治疗阵发性室上性心动过速的首选方案,药物包括普罗帕酮、维拉帕米、洋地黄等,转复率为 60%~70%。维拉帕米为Ⅳ类抗心律失常药物,属于 Ca²⁺ 通道阻滞剂,可通过对心肌收缩和窦房结与房室传导的抑制,促使心律转复。普罗帕酮为Ⅰc 类抗心律失常药物,属于钠离子通道阻滞剂,抗心律失常作用广泛,起效快,不良反应少。普罗帕酮药理作用为:(1)对动作电位相的速度和幅度进行抑制,延长动作电位时程,增加动作电位幅度,终止心动过速,促使心律转复;(2)阻断心肌细胞钠离子通道,抑制钠离子内流,减缓传导,终止折返激动;(3)抑制旁路传导,降低前向传导,延长前向传导的不应期,终止心动过速。

本研究结果显示,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, $P<0.05$ 。说明普罗帕酮较维拉帕米起效快,可提高心律转复成功率,缩短复律时间,促使患者尽快恢复,与陈见红等^[7]报道一致。在心电图改善方面,治疗后,两组 LVEF 均有所增加,LVESV 和

LVEDV 有所降低,与同组治疗前相比较,差异均有统计学意义, $P<0.05$;但两组间相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。说明无论是普罗帕酮,还是维拉帕米,均不会影响患者的左心室功能,而且普罗帕酮起效快,负性肌力作用显著,适用于心功能正常或无器质性心脏病的患者。药物安全性方面,观察组不良反应发生率为 2.08%,低于对照组的 18.75%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。说明普罗帕酮的安全性高,不会增加药物不良反应。综上所述,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。而临床治疗期间,应明确疾病的发生原因,掌握药物复律的作用,严格掌握药物的适应证,选择更为有效的药物。

参考文献

[1]钟传军,陈细香.普罗帕酮和维拉帕米治疗阵发性室上性心动过速的疗效观察[J].河北医药,2014,36(10):1541-1542
[2]韩玉萍,白亚妮,刘红.普罗帕酮和胺碘酮治疗阵发性室上性心动过速的临床疗效[J].中国生化药物杂志,2016,36(12):91-93
[3]牟延光.临床心电图精解[M].北京:北京大学医学出版社,2012.18
[4]王婷,张树龙,臧小彪,等.阵发性室上性心动过速性别、年龄的差异:单中心结果[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2013,27(3):219-221
[5]王友慧.动态心电图在阵发性室性心动过速诊断中的意义及其价值研究[J].临床医学,2016,36(9):29-30
[6]孙奇,马坚,姚焰,等.年龄和性别对阵发性室上性心动过速患者电生理机制的预测价值[J].中华心律失常学杂志,2017,21(1):37-40
[7]陈见红,汪彪,易秋艳,等.对比分析维拉帕米与普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速的临床疗效[J].中国医学工程,2016,24(9):86-87

(收稿日期:2018-11-13)

枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合复方谷氨酰胺颗粒对失代偿肝硬化患者肝功能的影响

杨增彦

(河南省宝丰县人民医院感染性疾病科 宝丰 467400)

摘要:目的:观察枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合复方谷氨酰胺颗粒对失代偿肝硬化患者肝功能的影响。方法:选取 2016 年 7 月~2018 年 7 月我院收治的 78 例失代偿肝硬化患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组 39 例。对照组给予利尿、护肝和补充白蛋白等常规治疗,观察组在对照组的基础上给予枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合复方谷氨酰胺颗粒治疗。比较两组的疗效及治疗前后的肝功能指标[白蛋白(ALB)、谷丙转氨酶(ALT)、总胆红素(TBIL)、谷草转氨酶(AST)]、血浆肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、内毒素(ET)和白细胞介素-6(IL-6)水平。结果:观察组的总有效率为 94.87%,高于对照组的 76.92%,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗后,观察组的 ALB 高于对照组,ALT、TBIL 和 AST 均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的血浆 TNF- α 、ET 和 IL-6 水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊联合复方谷氨酰胺颗粒治疗失代偿肝硬化,可降低患者血浆 TNF- α 、ET 和 IL-6 水平,改善其肝功能,疗效显著。

关键词:失代偿肝硬化;枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊;复方谷氨酰胺颗粒

中图分类号:R657.31

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.007

失代偿肝硬化多由肠黏膜屏障功能障碍引起肠道毒素和细菌移位所致,临床表现为腹水、贫血、纳差和食欲不振等,治疗难度较大,严重威胁患者的身

心健康^[1]。有学者指出,给予失代偿肝硬化患者外源性益生菌,可恢复肠道微生态环境,修复肠黏膜屏障,改善临床症状^[2]。枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊可