

[析[J].淮海医药,2017,35(1):74-75

[8]徐凯,陈兴华.重建钢板和克氏针内固定治疗锁骨骨折的对比研究[J].中国医药指南,2018,16(11):30-31,33

[9]史太刚.浅谈 "S" 形钢板内固定治疗锁骨骨折[J].基层医学论坛,2013,17(28):3791,3808

(收稿日期: 2019-05-13)

小剂量米力农联合多巴酚丁胺治疗扩张型心肌病顽固性心力衰竭的疗效分析

黄梅芳

(河南省安阳市新里程安钢总医院心内科二病区 安阳 455000)

摘要:目的:观察小剂量米力农联合多巴酚丁胺治疗扩张型心肌病(DCM)并发顽固性心力衰竭(RHF)的临床疗效。方法:采用随机数字表法将 2018 年 1~12 月收治的 DCM 并发 RHF 患者 80 例分为 A、B 两组,各 40 例。A 组在常规治疗的基础上加用多巴酚丁胺,B 组在 A 组治疗的基础上加用小剂量米力农治疗。对比两组治疗前后左室射血分数、6 min 步行距离、脑钠肽等心功能指标以及超敏 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 等炎症因子水平;统计两组治疗总有效率和不良反应发生率。结果:B 组治疗后左室射血分数、6 min 步行距离水平高于 A 组,脑钠肽水平低于 A 组,差异有统计学意义($P<0.05$);B 组治疗后超敏 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 水平低于 A 组,差异有统计学意义($P<0.05$);B 组治疗总有效率 92.50%高于 A 组的 75.00%,差异有统计学意义($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:小剂量米力农联合多巴酚丁胺治疗 DCM 并发 RHF 临床疗效较好,不仅能有效改善患者心功能,还可降低患者机体炎症因子水平。

关键词:扩张型心肌病;顽固性心力衰竭;多巴酚丁胺;米力农

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.004

扩张型心肌病(Dilated Cardiomyopathy, DCM)是一种发病原因尚不明确的心脏疾病,患者临床表现以心腔异常扩大、心肌收缩功能减退、心率失常较为常见。顽固性心力衰竭(Refractory Heart Failure, RHF)是指经药物治疗后临床症状无明显缓解的难治性心力衰竭。RHF 是 DCM 患者常见的恶性并发症,如不及时控制病情发展,纠正患者心功能,极易威胁患者生命健康安全^[1-2]。目前仍无有效治疗 DCM 并发 RHF 的方案。本研究以我院收治的 80 例 DCM 并发 RHF 患者为研究对象,探讨小剂量米力农联合多巴酚丁胺治疗 DCM 并发 RHF 的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机数字表法将我院 2018 年 1~12 月收治的 80 例 DCM 并发 RHF 患者分为 A、B 两组,各 40 例。A 组男 22 例,女 18 例;年龄 42~73 岁,平均(56.75 $\pm$ 4.23)岁;病程 8 个月~3 年,平均(1.48 $\pm$ 0.46)年。B 组男 23 例,女 17 例;年龄 44~75 岁,平均(56.89 $\pm$ 4.18)岁;病程 10 个月~4 年,平均(1.53 $\pm$ 0.41)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本次研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 临床资料完整;符合《实用内科学》中关于 DCM 和 RHF 的临床诊断标准,经心电图、超声心动图检查确诊;美国纽约心脏病协会

(NYHA)心功能分级为 III~IV 级;无心肌梗死病史;签署知情同意书。

1.3 排除标准 其他类型心脏疾病;其他原因引发的心力衰竭;恶性肿瘤;精神障碍;药物过敏;肝、肾、肺等重要脏器功能不全;免疫功能紊乱。

1.4 治疗方法 两组入组后均接受卧床吸氧,利尿剂、血管扩张剂等药物常规治疗。A 组在常规治疗的基础上加用多巴酚丁胺(国药准字 H14022088)治疗。多巴酚丁胺以 2 μ g/(kg $\cdot$ min)的速度开始泵入,若患者耐受良好可在 1 h 后调整至 4 μ g/(kg $\cdot$ min),持续给药 24 h。B 组在 A 组治疗的基础上加用米力农(国药准字 H20123179)治疗。3 mg 米力农于 10 min 内缓慢注射,接着以 0.5 μ g/(kg $\cdot$ min)的速度持续泵入,总剂量为 8 mg/d。两组总治疗周期均为 7 d。

1.5 观察指标 比较两组治疗前后左室射血分数(LVEF)、6 min 步行距离(6 MWT)、脑钠肽(BNP)等心功能指标水平;对比两组治疗前后超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等炎症因子水平;统计两组治疗总有效率,显效:心功能分级改善 $\geq$ 2 级;有效:心功能改善 1 级;无效:心功能治疗前后无变化。统计两组不良反应发生率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以%表示,行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后心功能指标比较 B 组治疗后

LVEF、6 MWT 水平均高于 A 组,BNP 水平低于 A 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后心功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	LVEF(%)				6 MWT(m)				BNP(ng/L)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
A 组	40	33.32± 2.37	40.28± 4.12	9.261	0.000	263.71± 12.44	376.52± 16.13	35.026	0.000	956.81± 44.53	751.43± 44.89	20.543	0.000
B 组	40	33.24± 2.19	45.91± 4.53	15.926	0.000	259.83± 11.97	445.91± 18.74	52.925	0.000	974.92± 51.36	603.21± 49.59	32.929	0.000
t		0.157	5.815			1.421	17.749			1.685	14.014		
P		0.876	0.000			0.159	0.000			0.096	0.000		

2.2 两组治疗前后炎症因子水平比较 治疗前,两组 hs-CRP、TNF-α 水平比较,差异无统计学意义。B

组治疗后 hs-CRP、TNF-α 水平均低于 A 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	hs-CRP(mg/L)				TNF-α (ng/L)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
A 组	40	25.63± 3.12	16.14± 2.96	13.956	0.000	28.04± 2.49	20.24± 2.31	14.524	0.000
B 组	40	25.71± 3.03	10.49± 2.43	24.783	0.000	28.11± 2.61	14.62± 2.09	25.516	0.000
t		0.116	9.331			0.123	11.410		
P		0.908	0.000			0.903	0.000		

2.3 两组疗效比较 B 组治疗总有效率 92.50%高于 A 组的 75.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组疗效比较[例(%)]

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
A 组	40	11	19	10	30(75.00)
B 组	40	16	21	3	37(92.50)
χ ²					4.501
P					0.034

2.4 两组不良反应发生比较 两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生比较

组别	n	室性早搏(例)	乏力(例)	恶性(例)	心室颤动(例)	心动过速(例)	总发生[例(%)]
A 组	40	2	1	1	2	0	6(15.00)
B 组	40	3	2	0	1	1	7(17.50)
χ ²							0.092
P							0.762

3 讨论

心力衰竭是导致 DCM 患者死亡的重要原因。有研究显示多数病程超过 15 年的 DCM 患者会存在不同程度的心力衰竭。现代病理学研究显示 DCM 并发 RHF 的主要病理表现为心脏泵血功能严重不足。而机体在循环血供不足的条件下会异常激活交感-儿茶酚胺系统,进而促使儿茶酚胺等神经内分泌调节类物质大量合成、分泌,进而兴奋肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS),引发电解质紊乱,最终加重患者心脏负担,形成恶性循环^[3]。

DCM 并发 RHF 的治疗一直是临床研究的重点,但目前仍无特异性药物和有效方案。本研究探讨小剂量米力农联合多巴酚丁胺治疗 DCM 并发

RHF 的临床疗效。多巴酚丁胺是一种临床常用的抗心衰药物,作用机理与多巴胺不同,并不影响去甲肾上腺素释放,而是直接作用于心脏 β₁ 受体,从而增强心肌收缩和心搏出量,改善心脏供血,且能降低外周血管阻力,但对机体血压水平影响较小^[4]。米力农是一种磷酸二酯酶抑制剂,具有正性肌力作用,可通过抑制磷酸二酯酶Ⅲ活性调节心肌细胞能量代谢,还可通过调节钙离子转运稳定细胞内外钙离子稳定,从而增强心肌收缩功能,促使血管扩张,加大心排出量^[5]。

本研究结果显示接受小剂量米力农联合多巴酚丁胺治疗的 B 组后心功能改善程度显著优于仅接受多巴酚丁胺治疗的 A 组;B 组治疗后 LVEF、6 MWT 水平均高于 A 组,而 BNP 水平低于 A 组;B 组治疗后 hs-CRP、TNF-α 等炎症因子水平亦明显低于 A 组。炎症反应与心血管疾病的发生存在密切联系,虽然米力农和多巴酚丁胺均无直接抗炎作用,但它们可通过提高心脏排出量改善心功能和局部微循环,从而调节血管内皮细胞微环境,减少炎症因子合成和释放,而炎症因子水平下调还可减轻患者血管内皮细胞损伤,有利于患者心血管功能改善。两组患者不良反应发生率无显著性差异,这表明加用米力农不会提高用药风险,小剂量米力农联合多巴酚丁胺的治疗方案安全性仍较高。综上所述,小剂量米力农联合多巴酚丁胺治疗 DCM 并发 RHF 临床疗效较好,不仅能有效改善患者心功能,还可降低患者机体炎性因子水平,安全性较好。

参考文献

[1]张燕锋,黎奇才,张勇.左西孟旦与多巴酚丁胺治疗扩张型心肌病并顽固性终末期心衰的对比分析[J].中国现代医生,2018,56(14):34-36,40

[2]鲁恒,麦鲁旦·麦麦提吐尔逊,郑伊颖,等.米力农对扩张型心肌病顽固性心力衰竭患者心功能及血清 TNF- α 、IL-6 水平的影响[J].中国实用医药,2016,11(36):23-25

[3]陆玉良,程震锋,邱升强,等.小剂量左西孟旦与多巴酚丁胺治疗扩张型心肌病难治性心力衰竭的疗效比较[J].心脑血管病防治,2015,15(1):6-8

[4]董琦,谢国峰,何浩江,等.硝普钠联合多巴酚丁胺治疗冠心病合并心力衰竭的疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(13):52-53

[5]李伟.短期小剂量米力农对扩张型心肌病顽固性心力衰竭患者心功能的改善[J].山西职工医学院学报,2018,28(1):57-59

(收稿日期: 2019-05-14)

疏血通联合前列地尔在急诊眩晕治疗中的应用

何莹莹

(郑州大学附属郑州中心医院 河南郑州 450007)

摘要:目的:探究急诊采用疏血通联合前列地尔治疗眩晕的疗效。方法:选取 2015 年 9 月~2017 年 9 月在急诊治疗的 496 例眩晕患者,按随机数字表法分成对照组与观察组,各 248 例,对照组采用单纯疏血通治疗,观察组在对照组治疗基础上联合前列地尔治疗,比较两组治疗效果,血流动力学指标及生活质量评分。结果:观察组治疗后总有效率及 GQOLI-74 量表各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后全血高切黏度、全血低切黏度及红细胞聚集指数均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:急诊眩晕采用疏血通联合前列地尔治疗可提高临床疗效,改善患者血流动力学指标,提高患者生活质量。

关键词:急诊眩晕;疏血通;前列地尔;血流动力学

中图分类号:R441.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.005

眩晕属于急诊病症,致病原因较为复杂,常涉及多个学科,椎基底动脉系统供血不足是主要原因。患者椎基底动脉系统供血不足使小脑、脑干、下丘脑、枕叶皮层间歇性缺血,进而引发眩晕^[1]。因此,临床治疗眩晕多采用抗凝、改善血供、促进血管扩张等方法。疏血通具有活血化瘀、活络通经的效果,可改善血流动力学,促进临床症状缓解;前列地尔可改善心脑血管循环障碍,对血栓性脉管炎、闭塞性动脉硬化等具有良好疗效^[2-3]。本研究主要探讨疏血通联合前列地尔治疗急诊眩晕的临床效果及对患者血流动力学指标的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 9 月~2017 年 9 月在我院急诊治疗的 496 例眩晕患者,按随机数字表法分成对照组与观察组,各 248 例。对照组男 133 例,女 115 例;年龄 48~78 岁,平均(63.05 $\pm$ 6.28)岁;疾病类型系统性眩晕 66 例,周围性眩晕 74 例,中枢性眩晕 108 例。观察组男 131 例,女 117 例;年龄 47~78 岁,平均(63.09 $\pm$ 6.32)岁;病疾病类型系统性眩晕 62 例,周围性眩晕 72 例,中枢性眩晕 114 例。两组一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准,入选患者均签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)临床症状、病史符合眩晕诊断,经脑电图与 MRI 检查确诊;(2)符合《眩晕诊治多学科专家共识》^[4] 眩晕相关诊断标准;(3)近期末服用其他治疗药物。排除标准:(1)脑

部肿瘤、颅内出血;(2)严重血液系统疾病;(3)对研究治疗药物过敏。

1.3 治疗方法 两组均卧床静养,给予心理疏导,指导放松身心。对照组疏血通(国药准字 Z20010100)4 ml 混合于 250 ml 生理盐水中静脉滴注,1 次/d。观察组在对照组治疗基础上联合使用前列地尔(国药准字 H20103100),将 10 μ g 前列地尔混合于 100 ml 生理盐水中静滴,1 次/d。两组均连续治疗 2 周。

1.4 评价指标 (1)比较两组临床疗效,判定标准^[5]:显效,头晕、耳聋耳鸣、恶心呕吐、视物旋转或模糊等临床症状与体征消失,恢复正常生活与工作;有效,临床症状与体征减轻;无效,临床症状与体征未见缓解或进一步加重。总有效率=显效率+有效率。(2)比较两组治疗前与治疗 2 周后血流动力学指标,分别在治疗前后采用全自动血液流变仪测定全血高切黏度、全血低切黏度及红细胞聚集指数。(3)比较两组治疗前与治疗 2 周后生活质量评分,采用生活质量综合评定问卷(GQOLI-74 量表)^[6]评估,问卷共四个维度(心理功能、躯体功能、社会功能及物质生活),各 100 分,评分越高表示生活质量越高。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行处理。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。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组显效 145 例,有效