

胸腺五肽联合卡维地洛对扩张型心肌病患者 C 反应蛋白及心功能的影响

李廷芳

(河南省林州市第二人民医院心内科 林州 456550)

摘要:目的:探讨胸腺五肽联合卡维地洛对扩张型心肌病患者 C 反应蛋白及心功能的影响。方法:选取 2017 年 7 月~2018 年 7 月收治的 64 例扩张型心肌病患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,各 32 例。对照组给予卡维地洛片治疗,观察组在对照组治疗基础上给予胸腺五肽治疗,比较两组 C 反应蛋白及心功能(左心室收缩末期内径、左心室舒张末期内径、6 分钟步行距离、左室射血分数)。结果:治疗后,两组 C 反应蛋白水平均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组左心室收缩末期内径、左心室舒张末期内径低于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组 6 分钟步行距离、左室射血分数高于对照组($P<0.05$)。结论:采用胸腺五肽联合卡维地洛治疗可降低扩张型心肌病患者的 C 反应蛋白水平,改善心功能。

关键词:扩张型心肌病;胸腺五肽;卡维地洛;C 反应蛋白;心功能

中图分类号:R542.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.13.033

扩张型心肌病(Dilated Cardiomyopathy, DCM)是一种目前原因不明的原发性心肌疾病,常以中年人多见。起病缓慢,有时可达 10 年以上,经常在劳累后或轻度活动后发生左、右心室或双侧扩大的临床症状,如气短、夜间阵发性呼吸困难等,同时伴随心室收缩功能减退、心力衰竭等症状^[1]。DCM 病情呈进行性加重,且在疾病任何阶段均可导致死亡,严重威胁患者生命安全。目前,临床上采用卡维地洛等药物降低心肌耗氧量、心肌收缩力,缓解心肌缺血、缺氧症状^[2-3]。有研究显示,免疫调节对改善 DCM 有着极其重要的作用^[4]。但卡维地洛在调节患者免疫功能方面,效果不是很明显。胸腺五肽能够促使患者免疫功能趋于正常。结合上述卡维地洛与胸腺五肽的作用特点,可将胸腺五肽与卡维地洛联合应用于 DCM 治疗中提高治疗效果。基于此,本研究分析胸腺五肽联合卡维地洛对 DCM 患者的治疗价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 7 月~2018 年 7 月收治的 64 例 DCM 患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,各 32 例。观察组男 9 例,女 23 例;病程 1~9 年,平均病程(6.03 ± 1.25)年;年龄 33~61 岁,平均年龄(36.24 ± 2.13)岁。对照组男 12 例,女 20 例;病程 1~10 年,平均病程(6.41 ± 1.19)年;年龄 31~62 岁,平均年龄(35.96 ± 2.21)岁。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准:符合《内科学》^[5]中 DCM 诊断标准;病情平稳;均接受常规治疗;能够按时、定量接受治疗。排除标准:伴有其他心脏病者;精神异

常者;肝、肾等器官功能不全者;药物过敏者;因其他疾病引起心功能者;因其他疾病引起 C 反应蛋白(CRP)变化者。

1.3 治疗方法 对照组给予口服卡维地洛片(国药准字 H20000100),初始剂量为 3.125 mg/次,2 次/d;每隔 1~2 周治疗剂量增加 1 次,最大剂量不超过 25 mg/次,2 次/d;当患者心率 >55 次/min,且舒张压 >90 mm Hg 时,慢慢增加用药剂量到患者最大耐受量。观察组在对照组基础上使用胸腺五肽注射液(国药准字 H20052529)治疗,将 10 mg 胸腺五肽注射液与 1 ml 的 0.9%氯化钠溶液混合,肌肉注射,1 次/d。均治疗 1 个月。

1.4 观察指标 (1)C 反应蛋白(CRP):分别在治疗前及治疗 1 个月后早晨空腹抽取静脉血 4 ml,血液经 1 000 r/min 离心 10 min 后获取血清,采用乳胶增强免疫比浊法测量 CRP 水平;(2)心功能指标:分别在治疗前及治疗 1 个月后运用心脏彩超测量患者左心室收缩末期内径(LVESd)、左心室舒张末期内径(LVEDd)及左室射血分数(LVEF)水平变化;分别在治疗前及治疗 1 个月对患者的 6 分钟步行距离(6MWD)进行测量,并记录。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件分析处理,计数资料以%表示,组间比较采用 χ^2 检验;全部计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验,符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;检验水准 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 CRP 水平比较 治疗前,两组 CRP 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗

后,两组 CRP 水平均较治疗前下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 CRP 水平比较(mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	32	6.87± 2.04	3.95± 1.54	6.462	0.000
观察组	32	6.75± 2.13	1.99± 1.12	11.189	0.000
t		0.230	5.823		
P		0.819	0.000		

2.2 两组治疗前后心功能指标比较 治疗后,观察组 LVESd 及 LVEDd 低于对照组,且 6MWD 及 LVEF 高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	LVESd (mm)	LVEDd (mm)	6MWD (m)	LVEF (%)
治疗前	对照组	32	59.64± 4.76	62.56± 3.45	301.42± 35.23	26.21± 3.87
	观察组	32	59.67± 4.77	62.54± 3.24	302.12± 34.31	26.41± 3.99
	t		0.025	0.024	0.081	0.204
	P		0.980	0.981	0.936	0.839
治疗后	对照组	32	48.99± 6.78	58.77± 4.35	384.26± 63.45	31.52± 7.34
	观察组	32	42.76± 6.46	51.43± 4.21	430.46± 88.78	38.97± 7.89
	t		3.763	6.859	2.395	3.911
	P		0.000	0.000	0.019	0.000

3 讨论

DCM 常造成左心室重构,进而损伤心肌,导致心功能恶化,而恶化的心功能可激活神经激素系统,如此反复,形成恶性循环。DCM 主要出现心界向下移位并伴有抬举性搏动,通常能够听到第三心音或第四心音,心律呈奔马律^[6]。常常因为心腔扩大,患者会出现二尖瓣或三尖瓣关闭不全的临床表现,进而导致收缩期吹风样杂音。此外,晚期患者还会出现血压降低、脉压减小等情况,发生心力衰竭时容易引起脑、肾、肺等器官栓塞,危及患者生命安全^[7-8]。因此,如何有效阻止左心室重构是治疗 DCM 的关键。

DCM 病理机制复杂,迄今为止仍没有明确。据研究显示,DCM 发病机制与患者自身免疫有关。第 3 代 β 受体阻滞剂卡维地洛能够阻断 β 受体,抑制肾上腺受体激活,提高患者左心室舒张功能;此外,还能够阻断 α 受体,促进患者的外周血管扩张,降低心脏后负荷,改善患者心功能^[9]。但其对由 CRP 与

(上接第 19 页)

[5]别凡,高谦,周萍,等.内热针治疗慢性非特异性颈痛的超声弹性成像研究[J].中国康复理论与实践,2018,24(9):1062-1066.
[6]刘宏光,王艳萍,王洪英,等.针刺联合肌肉能量技术治疗慢性非特异性颈痛疗效研究[J].针灸临床杂志,2019,35(3):23-26.
[7]李哲,高谦,别凡,等.内热针治疗慢性非特异性颈痛患者的疗效及磁共振成像观察[J].河北医药,2019,41(18):2730-2734.
[8]Pillastrini P,Banchelli F,Guccione A,et al.Global postural reduction in patients with chronic nonspecific neck pain:cross-over analysis of a randomized controlled trial[J].Med Lav,2018,109(1):16-30.

黏附分子诱发的炎症反应引起的免疫功能下降无明显作用。因此,单一使用 β 受体阻滞剂卡维地洛治疗效果欠佳,仍需要探寻一种可以与 β 受体阻滞剂卡维地洛联合治疗的药物以提高 DCM 患者治疗效果,改善患者预后。人工合成的胸腺五肽能够减轻 CRP 对心肌细胞产生毒性,并通过结合成熟外周血 T 细胞的特异受体,升高环磷酸腺苷(cAMP)水平,调节患者免疫功能,进而提高患者心功能^[10]。本研究结果显示,治疗后,观察组 CRP 及 LVESd、LVEDd 均低于对照组,6MWD 及 LVEF 高于对照组,这表明采用胸腺五肽联合卡维地洛治疗 DCM,能够有效降低 CRP 水平,改善心功能。但值得注意的是,本研究中并未观察两组患者治疗期间不良反应发生情况,研究有局限性,仍需要在未来进一步开展研究加以佐证本研究内容。

综上所述,对 DCM 患者采用胸腺五肽联合卡维地洛治疗效果显著,可有效降低患者 CRP 水平,促进其心功能恢复,疗效显著。

参考文献

[1]张米锋,寇兰俊,刘畅,等.中西医结合疗法治疗扩张型心肌病的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(19):2804-2808.
[2]李林芝.曲美他嗪治疗 100 例扩张型心肌病心力衰竭临床疗效分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(16):3032-3033.
[3]柳强,薛雪.张晓星论治扩张型心肌病经验[J].中医杂志,2019,60(3):199-201.
[4]史伟东,翟向伟,杨朴.大剂量丙种球蛋白对扩张型心肌病心衰患者心功能及免疫调节的疗效[J].心血管康复医学杂志,2017,26(3):277-281.
[5]叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.333-335.
[6]赵蕾,杨新春.扩张型心肌病致病基因及其筛查进展[J].中华心血管病杂志,2018,46(6):499-501.
[7]张妮潇,何锦丽,刘洋,等.扩张型心肌病心力衰竭患者血尿素与心房颤动的相关性[J].中华老年心脑血管病杂志,2018,20(9):901-905.
[8]赵红迅.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[J].实用中西医结合临床,2019,19(1):12-14.
[9]门庆,温恩懿. β 受体阻滞剂治疗小儿扩张型心肌病的疗效观察[J].重庆医学,2017,46(26):3655-3657.
[10]黄淑顺,黄书琴.胸腺五肽联合卡维地洛治疗扩张型心肌病的临床研究[J].现代药物与临床,2017,32(7):1225-1228.
(收稿日期:2020-10-11)
[9]苏美意,吴晶晶,范德辉.针刺夹脊穴配合颈深屈肌训练治疗慢性非特异性颈痛[J].吉林中医药,2019,39(7):966-968.
[10]屈勇,张伟强,艾元亮,等.拔罐治疗非特异型颈椎病患者颈椎功能障碍 Meta 分析[J].山东中医药大学学报,2019,43(6):557-563,585.
[11]Gallego-Sendarrubias GM,Rodríguez-Sanz D,Calvo-Lobo C,et al. Efficacy of dry needling as an adjunct to manual therapy for patients with chronic mechanical neck pain:a randomised clinical trial[J]. Acupunct Med,2020,38(4):244-254.
[12]宋雪,杨大伟,张立源,等.揪针治疗颈椎病颈痛的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2017,12(2):262-265.
(收稿日期:2021-05-14)