

· 临床报道 ·

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*

王 敏 孟建宏[△] 李联社[▲] 崔春利 陕西中医药大学(咸阳 712046)

摘 要 目的:在口服常规抗心衰药物基础上,观察左卡尼汀联合参麦注射液治疗扩张型心肌病心力衰竭疗效。方法:收集 48 例扩张型心肌病伴有心功能不全患者,随机分为两组。治疗组口服洋地黄、利尿剂、转换酶抑制剂、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂常规治疗,并联合静脉应用参麦注射液及左卡尼汀。对照组给予上述常规口服药物治疗,两组治疗均为 14d,比较治疗组和对照组的疗效和治疗前后各项心功能指标。结果:两组治疗后均有效,治疗组显效率和总有效率分别为 37.5%和 87.5%,均明显优于对照组 25%和 70.8%。两组治疗后各项心功能指标具有显著性差异。结论:参麦注射液联合左卡尼汀治疗扩张型心肌病心力衰竭疗效较好。

主题词 心肌病,扩张型/中西医结合疗法 参麦注射液 左卡尼汀

【中图分类号】R542.2 【文献标识码】A doi:10.3969/j.issn.1000-7369.2016.09.001

扩张型心肌病(DCM)是一类以左心室或双心室扩大伴收缩功能障碍为特征的心脏病,发病率较高,预后极差,且目前病因机制不甚明确^[1]。临床治疗力求最大限度的修复心肌损伤、改善心功能、降低恶性心律失常、心源性猝死等恶性事件的发生率,提高患者生活质量及延长生存,但治疗收效甚微。近几年,我院尝试在抗心衰基础治疗上联合左卡尼汀及参麦注射液治疗 DCM 心力衰竭,临床资料现报道如下。

临床资料 选取 2009 年 1 月至 2015 年 1 月在我院心内科就诊的原发性扩张型心肌病患者 48 例,随机分为两组。治疗组:24 例,男 14 例、女 10 例;最小年龄 19 岁,最大年龄 64 岁,平均年龄 45.04 \pm 12.86 岁;心功能 II 级 4 例、III 级 14 例、IV 级 6 例;最长病程 7.5 年、最短病程 2 年,平均病程 4.24 \pm 1.23 年。对照组:24 例,男 12 例,女 12 例;最小年龄 21 岁,最大年龄 72 岁,平均年龄 44.96 \pm 11.26 岁;心功能 II 级 3 例、III 级 16 例、IV 级 5 例;最长病程 8 年、最短病程 0.2 年,平均病程 4.08 \pm 1.83 年。两组在年龄、性别、病程、心功能等基础资料上相比,差异无显著性。

纳入及排除标准 符合世界卫生组织关于原发性扩张型心肌病诊断标准,超声心动图证实心脏扩大,心室壁变薄,心肌弥漫性搏幅减低,心功能 II~IV 级。排除合并严重肝、肾功能损害;妊娠;其他各种病因明确的心脏病所致心功能不全患者。

治疗方法 对照组:按扩张型心肌病心功能不全给予口服地高辛片 0.25mg, 1d1 次、呋塞米片 20mg 1d1 次、贝那普利片 10mg 1d1 次、美托洛尔缓释片 23.75~47.5mg1d1 次、螺内酯片 20~40mg, 1d1 次。治疗组:在口服上述药物治疗同时给予 0.9%氯化钠注射液 40ml 加注射用左卡尼汀 2.0 静注 1d1 次,参麦注射液 100ml 静点 1d1 次,两组治疗均为 14d。

疗效标准 治疗前后根据美国纽约心脏病学会心功能评级标准评定心功能分级,测定 NT-proBNP,行心脏彩超检查测定每搏输出量(SV)、每分输出量(CO)、心指数(CI)及左室射血分数(LVEF)等指标。临床疗效标准,参照《美国纽约心脏病学会》的心功能分级方法于治疗前后对心功能进行评级;显效:心功能改善 II 级,主要症状及体征明显好转;有效:心功能改善 I 级,主要症状及体征有所好转;无效:心功能无改善或加重。显效及有效均计为有效。

统计学方法 以 SPSS 17.0 软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。

治疗结果 治疗前后心功能分级疗效比较 根据 NYHA 分级,显效率组间比较差异显著($\chi^2=3.841$, $P<0.05$) 见表 1。

表 1 两组患者心功能疗效比较

组 别	显效	有效	无效	有效率	显效率
治疗组	9	12	3	87.5%	37.5%
对照组	6	11	7	70.8%	25.0%

治疗前后 NT-proBNP 水平 治疗前,治疗组

* 陕西省科技厅社发攻关项目(2015SF245)
[△]陕西中医药大学第二附属医院心内一科(咸阳 712000)
[▲]通讯作者:陕西中医药大学附属医院(咸阳 712000)

NT-proBNP 平均值 5502.41.83, 对照组 NT-proBNP 平均值 5555.35, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后治疗组测定 NT-proBNP 下降率为 79.2%, 对照组测定 NT-proBNP 下降率为 62.5%, 组间比较下降率有统计学意义 ($P<0.05$)。

心脏彩超检查 治疗前治疗组与对照组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 治疗前后超声心动指标比较

组别	n	时间	SV(m ²)	CO(L/min)	CI(L/min)	LVEF(%)
治疗组	24	治疗前	47.5±0.3	4.1±0.1	2.1±0.1	36.5±2.7
		治疗后	64.5±0.3	5.7±0.1	2.8±0.1	52.0±3.3
对照组	24	治疗前	47.2±0.3	4.0±0.1	2.2±0.2	36.5±4.3
		治疗后	61.6±0.7	5.4±0.1	2.5±0.1	43.0±3.4

不良反应 治疗组 1 例在静点参麦注射液时出现自感潮热、心慌, 减慢滴速后症状逐渐缓解。

讨论 原发性扩张型心肌病是一类由遗传因素, 非遗传因素造成的复合型心肌病, 多数找不到明确的病因, 可能与感染、遗传因素, 以及微量元素、维生素缺乏, 不能提供心肌细胞足够的能量代谢等因素有关^[1]。虽然目前对心功能不全我们已经有一套比较成熟的诊疗流程及指南, 并随着 CRT 及 CRTD 技术的逐渐成熟, 患者的生活质量及生存率逐渐提高, 但相对来说本病仍表现出其病因不明, 治疗缺乏针对性、病程长短不一、充血性心衰发病频度较高、预后不良等特点。作者通过本临床观察分析, 静脉应用左卡尼汀联合参麦注射液在改善患者临床症状、降低 NT-proBNP 水平及心超评价左室收缩功能等各项指标中均有疗效, 且优于对照组, 且临床应用中未出现任何毒副作用。分析原因如下: 左卡尼汀是一种小分子氨基酸的衍生物, 又称为左旋肉碱, 是介导脂肪酸进入线粒体氧化供能的重要辅助因子, 能将长链脂肪酸从线粒体膜外输送到膜内促进脂肪酸 β 氧化, 增加细胞色素 C 还原酶和细胞色素 C 氧化酶的活性, 促进 ATP 的产生, 提高心肌细胞内 ATP 水平, 能使心肌细胞代谢从无氧酵解为主重新回到以脂肪酸氧化为主, 从而对心肌细胞的能量代谢起到修复作用; 参麦注射液通过抑制 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶的活性从而影响 $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ 和 $\text{Na}^+ - \text{Ca}^{2+}$ 交换, 使 Ca^{2+} 内流增加, 从而增加心肌收缩力, 降低外周血管阻力, 增加心输出量^[2]。传统中医学认为本病病位在心, 然而其发病多与肺、脾、肾多功能失调有关, 其病理变化主要表现为本虚标实、虚实夹杂, 其本虚可有气虚、阳虚、阴虚、血虚, 且可见阴损及阳, 阳损及阴, 而表现为气阴两虚、气血双亏、阴阳两虚甚至阳微阴竭、心阳外越。张景岳在《新方八略引》中提出

“善补阳者, 必于阴中求阳, 则阳得阴助而生化无穷”, 并提出“以精气分阴阳, 则阴阳不可离”, 参麦注射液主要成分红参、麦冬、五味子, 其君药红参归心、肾经, 具有大补元气、益气摄血、补气养阴、敛汗固脱等功效, 而麦冬性甘温, 能养心阴、清心热, 善于滋阴生津, 两药合用达到益气有助于补精, 滋阴有助于扶阳作用; 五味子可补益心肾, 治阴血亏损、心肾不交之症, 故参麦注射液具有益气固脱、养阴生津、利水消肿之功效^[3]。王翠英等^[4]通过研究发现, 参麦注射液可促进损伤细胞修复、提高免疫力作用。另外, 人参皂苷 Rg2、麦冬总苷具有增强心肌收缩力、抗心律失常、利尿等作用^[5]。作者结合了多年临床经验认为, 中西医结合论治是目前心血管疾病诊治的有效方式, 中医药配合调节脂肪代谢酶作用的左卡尼汀, 使缺血心肌能量代谢转向脂肪代谢, 利于缺血心肌细胞膜损伤恢复及心肌收缩力功能恢复, 起到标本兼治的效果^[6]。通过临床观察及分析, 左卡尼汀联合参麦注射液治疗扩张型心肌病致心力衰竭疗效较好, 两药相互协同作用, 不良反应较小。

本研究通过 48 例原发性扩张型心肌病患者临床观察, 提示在临床治疗扩张型心肌病时, 不能单纯修复心肌的能量代谢, 为了提高疗效, 并尽快起效, 联合参麦注射液是一个较为合理的选择。但是, 还需要注意的是: ①心功能衰竭患者, 在静脉用药时应严格控制输液速度及输液量, 避免医源性加重心脏负荷; ②中药制剂因其成分多而复杂, 并受提取工艺技术的限制, 相对西药发生药物不良反应率高, 应用前应仔细询问患者是否有此类药物的过敏史, 用药过程及用药后密切观察患者的反应; ③本研究着重于扩张型心肌病的基础疾病治疗, 对于伴有急性心力衰竭、顽固性心衰患者还应积极加强对症治疗。当然, 本研究存在样本量小的不足, 尚需扩大样本量, 并进行长期的观察研究。

参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 272.
- [2] 吕学武, 梁泰红. 参麦注射液治疗充血性心力衰竭疗效观察[J]. 陕西中医, 2013, 34(2): 133-134.
- [3] 国家药典委员会. 中国药典[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 8-156.
- [4] 王翠英, 宋春燕, 沈凤梅. 参麦注射液治疗心脏毒性反应 31 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(2): 150-151.
- [5] 钟麟生. 中药学[M]. 第 9 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 366-367.
- [6] 齐延伟, 吴忠荣, 马振刚, 等. 参麦配合瑞通立治疗急性心肌梗塞 ST 段抬高型及对心室功能和血浆脑钠肽水平的影响[J]. 陕西中医, 2015, 36(5): 562-564.

(收稿 2016-03-17; 修回 2016-04-12)