

曲美他嗪联合左卡尼汀治疗缺血性心脏病心力衰竭的临床疗效评估

张丽杰

110013 辽宁沈阳市红十字会医院

doi: 10. 3969/j. issn. 1007 - 614x. 2013. 07. 153

摘要 目的:分析研究曲美他嗪联合左卡尼汀治疗缺血性心脏病心力衰竭患者的临床疗效及安全性。方法:将76例缺血性心脏病心力衰竭患者根据治疗适应证和家属意见分为两组,对照组38例仅接受内科常规治疗,观察组38例在对照组基础上接受曲美他嗪联合左卡尼汀治疗,观察两组的临床疗效和不良反应情况。结果:观察组心功能及心电图改善总有效率均明显高于对照组($P < 0.05$);LVEDD及LVEF改善程度与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组均无严重不良反应发生。结论:曲美他嗪联合左卡尼汀能有效改善缺血性心脏病心肌缺血和缺氧,改善患者的心脏功能。

关键词 曲美他嗪 左卡尼汀 心力衰竭 缺血性心脏病 疗效评估

心力衰竭是大多数心血管疾病的主要死亡原因之一。而缺血性心脏病是慢性心力衰竭(CHF)发生的一个重要原因。目前心力衰竭的诊断还是以临床症状为主要诊断指标^[1,2]。2011年3月~2012年3月采用曲美他嗪联合左卡尼汀治疗缺血性心脏病心力衰竭患者的情况,现报告如下。

资料与方法

本组76例,男41例,女35例,年龄42~75岁,平均 57.1 ± 7.8 岁。所有患者诊断均符合WHO 1979年缺血性心脏病诊断标准,心功能根据纽约心脏病学会

NYHA分级II~IV级。排除合并存在重度阻塞性肺气肿、近期急性心肌梗死、恶性心律失常、关节及神经系统疾病等。将全部患者根据治疗适应证和家属意见分为观察组和对照组各38例,两组间性别、年龄、心功能分级等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法:两组均予常规冠心病二级预防及抗心力衰竭治疗,包括洋地黄、醛固酮拮抗剂、利尿剂、ACEI、血管扩张药物、 β 受体阻滞剂等常规治疗。观察组在以上常规治疗的基础上,给予餐后口服曲美他嗪20mg/次,3次/日,左卡尼汀3g/次加入5%葡萄糖注射液100ml中静滴,疗程均2周。

疗效判断标准^[3]:①显效:临床症状消失,心功能改善 >2 级;②有效:临床症状减轻,心功能改善1级;③无效:无改善或恶化者。

统计学处理:采用SPSS13.0软件进行统计分析,计量资料用($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结果

两组疗效比较:观察组心功能及心电图改善总有效率均明显高于对照组($P < 0.05$),见表1。

两组LVEDD和LVEF比较:观察组LVEDD及LVEF改善程度与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

不良反应:两组均对药物耐受良好,未出现相关不良反应。

讨论

缺血性心脏病是因心肌供氧和需氧之间不平衡而导致心肌细胞减少、心肌纤维化、心肌缺血和心力衰竭的一种疾病^[4,5]。曲美他嗪是一种新型的心肌细胞能量代谢的调控药物,通过选择性抑制长链3-酮酰辅酶A硫解酶,部分抑制脂肪酸 β 氧化,有助于维持缺血缺氧时心肌细胞的能量代谢^[6]。研究发现,曲美他嗪能有效抑制心肌缺血时游离脂肪酸的氧化,促进葡萄糖的有氧氧化,更有效地利用有限的氧产生ATP,保持心脏收缩功能^[7-9]。左卡尼汀是促进细胞脂肪酸氧化过程的重要物质之一,在心肌脂肪酸代谢过程中起着重要作用。此外,左卡尼汀还可能通过调节乙酰辅酶A与辅酶A的比例,增加血中游离脂肪酸摄取,增加心肌葡萄糖利用^[10],改善心肌代谢和左室功能,防止和减轻心肌细胞重构,减缓心脏扩大。本组结果显示,观察组治疗缺血性心脏病心力衰竭总有效率和心电图疗效均明显优于对照组,且心功能改善程度明显优于对照组,说明在常规治疗基础上加用曲美他嗪和左卡尼汀有较好的疗效,可改善患者的心脏功能,减少和延缓心力衰竭的发生和发展,值得临床推广和应用。

参考文献

- 李惠子. 曲美他嗪和左卡尼汀治疗缺血性心脏病心力衰竭48例疗效对比[J]. 贵州医药, 2010, 34(1): 60-61.

表2 两组LVEDD和LVEF比较($\bar{X} \pm S$)

组别	n	LVEDD		LVEF	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	65.87 \pm 5.10	57.62 \pm 4.11 ^{#*}	35.29 \pm 3.78	42.66 \pm 5.74 ^{#*}
对照组	38	65.77 \pm 5.10	61.22 \pm 5.75 [#]	36.70 \pm 3.47	38.61 \pm 4.88 [#]

注:与治疗前比较,[#] $P < 0.05$,与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

表1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	心功能疗效				心电图疗效			
		显效	有效	无效	总有效率	显效	有效	无效	总有效率
观察组	38	20(52.63)	15(39.47)	3(7.89)	92.11% [*]	18(47.37)	14(36.84)	6(15.79)	84.21% [*]
对照组	38	16(42.11)	14(36.84)	8(21.05)	78.95%	13(34.21)	13(34.21)	12(31.58)	68.42%

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

空腹高血糖对心肌梗死患者影响观察

侯绍华 郭鹏 刘日辉 佟刚 徐晶华
111000 辽宁辽阳市中心医院

doi: 10. 3969/j. issn. 1007 - 614x. 2013. 07. 154

为了进一步明确空腹高血糖与 AMI 的关系,本文对急性心肌梗死患者伴有血糖异常发生情况及对临床事件的影响做了分析。

资料与方法

2009 年 3 月~2010 年 3 月收治 STEMI 患者 110 例,男 64 例,女 46 例;年龄 37~82 岁,平均 59.70±11.12 岁。入选标准:①明确诊断为 STEMI 患者,符合 2007 年世界卫生组织制定的诊断标准;②发病时间在 12 小时之内;③所有患者均 12 小时内行溶栓或 PCI 术治疗,溶栓患者临床判断再通。排除下列对象:①既往有明确的糖尿病史;②急性心肌梗死合并陈旧性心肌梗死;③AMI 发病 > 12 小时;④严重肝、肾功能障碍,脑卒中及其他严重疾病者;⑤近期应用激素。

方法及观测指标:所有入选患者均于入院次日清晨空腹抽取静脉血测空腹血糖(FBG)(空腹 > 8 小时、入院 < 24 小时)依据血糖测定结果分为 3 组,A 组(FBG < 6.1mmol/L) 36 例,B 组(6.1mmol/L≤FBG < 10.0mmol/L) 46 例,C 组(FBG ≥ 10.0 mmol/L) 28 例。统计 3 组的一般临床资料,包括年龄、性别、高血压史、吸烟史、高血脂、入院时心功能情况、心肌梗死部位。测定两组入院后第 7 天的空腹血糖。入院后 5~7 天行超声心动图检查,记录左室射血分数(EF 值),

记录住院期间心血管事件(包括心力衰竭、心源性休克、恶性心律失常和心源性死亡)。心血管事件均为患者住院期间所发生,每项事件以第 1 次发生为准,仅记录 1 次。

结果

3 组梗死部位比较:3 组在梗死部位如广泛前壁,前壁,下壁,下壁+右室,后壁比较无统计学差异($P > 0.05$)。血糖对梗死的部位的影响未见差异。

3 组入院后第 7 天空腹血糖水平的变化的比较:第 7 天,B 组有 89.1% 的患者存在糖代谢异常,C 组有 92.9% 的患者存在糖代谢异常,3 组中有 60.9% 的患者存在糖代谢异常。

血糖对 EF 值的影响:3 组 EF 值的比较得知,高血糖组的 EF 值较对照组有明显的降低($P < 0.05$),见表 1。

	A 组	B 组	C 组
EF	52±0.25	50±0.91	45±0.11*▲

注:组间比较 B 组与 A 组比较无统计学差异,C 组与 A 组,C 组与 B 组比较▲ $P < 0.05$ 。

三组临床事件比较,见表 2。

讨论

本研究显示,C 组射血分数较和 A 组降低,差异有统计学意义。B 组的严重心律失常、左心功能不全等心血管事件发生率均比 A 组高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。C 组及严重心律失常、心力衰竭、

	A 组	B 组	C 组
恶性心律失常	4(11.1)	17(37.0)*	13(46.4)*
心力衰竭	5(13.9)	13(28.3)*	16(57.1)*▲
心源性休克	1(2.8)	2(4.3)	5(17.9)*▲
心源性死亡	0(0)	1(2.2)	4(14.3)*▲

注:组间比较,与 A 组比较,* $P < 0.05$;与 B 组比较,▲ $P < 0.05$ 。

心源性休克、心源性死亡发生率均高于 A 组和 B 组,差异有统计学意义($P < 0.05$),可见随着血糖升高,AMI 患者心功能越差,恶性心律失常、心力衰竭及心源性休克等并发症发生率越高,死亡率越高。当血糖水平 > 10.0mmol/L 时,左心功能不全、严重心律失常和心源性死亡发生率明显增加,危险性加重。这与血糖水平升高引起心肌损害密不可分。

影响急性心肌梗死预后的相关因素较多^[1],本文显示空腹血糖是影响梗死患者不良事件发生率的重要因素之一,随着空腹血糖水平的增高,恶性心律失常、左心功能不全、心源性休克、心源性死亡的发生率增加。因此,控制 AMI 患者的血糖水平极为重要,有研究报道指出急性心肌梗死后控制血糖水平可以减少梗死面积,降低死亡率。有些患者常需用胰岛素甚至需要持续皮下胰岛素输注,多项研究已经证实胰岛素能很好的控制高血糖^[2],恢复体内正常血糖水平,而且还能保护心肌细胞,防止再灌注损伤,缓解缺血,阻止心肌细胞凋亡。

参考文献

- 胡大一,杨进刚.关注冠心病患者的糖代谢异常[J].中华内科杂志,2006,45(10):793-795.
- 刘薇薇,廖树森,钟梅.空腹血糖水平与急性冠脉综合征的相关性研究[J].陕西医学杂志,2008,37(4):428-430.

- Mark DB,Nel SOn CL.Continuing evolution of therapy for coronary artery di sea se [J].Circulation,1994,89:2015-2025.
- 钟书辉,王家昆,张艳.曲美他嗪治疗缺血性心脏病心力衰竭 30 例临床观察[J].海南医学院学报,2009,15(12):1589-1593.
- 李新春.曲美他嗪治疗缺血性心脏病心力衰竭临床疗效分析[J].中国现代医生,2010,48(2):51.

- 黄日堂.曲美他嗪治疗缺血性心脏病心力衰竭 35 例临床观察[J].辽宁医学杂志,2010,24(5):275-276.
- 詹小娜.曲美他嗪对缺血性心脏病左室功能的疗效观察[J].中国医刊,2007,42(1):53-54.
- 李静,朱永锋,刘媛媛,等.曲美他嗪对老年冠心病心力衰竭患者左室功能的影响[J].山东医药,2009,49(41):44-45.

- 严俊俪,辜和平,张耿新,等.曲美他嗪治疗稳定性劳力型心绞痛疗效及耐受性的观察[J].中国医刊,2003,38(8):35-37.
- 杨顺星.曲美他嗪治疗缺血性心脏病心力衰竭[J].广西医学,2007,29(6):835-836.
- 辛爱学,安美华,金鑫.左卡尼汀联合曲美他嗪治疗缺血性心脏病患者的疗效观察[J].哈尔滨医药,2012,32(3):173-174.