

联用硝普钠、多巴胺和参麦注射液治疗扩张型心肌病 30 例

陈礼学, 万书平, 杨广龙

(湖北省天门市第一人民医院内二科, 湖北 天门 431700)

【关键词】 参麦注射液; 硝普钠; 多巴胺; 心肌病, 扩张型

中图分类号: R256.21; R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2007)01-0061-01

扩张型心肌病(DCM)系以不明原因心脏增大、心室扩张、收缩功能障碍及充血性心力衰竭(心衰)为特征的疾病^[1], 目前对终末期 DCM 尚无根治手段。我院采用中西医结合治疗 DCM 患者 60 例, 取得了较好的效果, 报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择: 60 例 DCM 患者选自 2002 年 1 月—2005 年 12 月本院心内科住院及门诊患者, 均符合 1995 年全国心肌炎及心肌病诊断标准。按随机原则将患者分为治疗组和对照组。治疗组 30 例中男 18 例, 女 12 例; 年龄 18~64 岁, 平均 39.6 岁; 病程 0.15~10 年, 平均 4.8 年; 心功能 IV 级 22 例, 心功能 III 级 8 例。对照组 30 例中男 16 例, 女 14 例; 年龄 18~58 岁, 平均 37.5 岁; 病程 1~11 年, 平均 4.2 年; 心功能 IV 级 21 例, 心功能 III 级 9 例。两组患者年龄、性别、病程及心功能分级经统计学处理, 差异均无显著性(P 均 >0.05), 具有可比性。

1.2 治疗方法: 两组均常规给予吸氧、洋地黄类药、利尿剂及静脉输注硝酸甘油; 治疗组在常规治疗方案中停用硝酸甘油, 并加用参麦注射液 40 ml、硝普钠 25 mg、多巴胺 20~40 mg, 均加入质量分数为 10% 的葡萄糖注射液 250 ml 中静脉滴注(静滴); 两组均 7 d 为 1 个疗程。用药期间每 10 min 测量 1 次血压, 连续 3~6 次, 血压稳定后 2~4 h 测定 1 次, 根据心率、血压变化调整滴速, 症状迅速缓解者可考虑提前减量或停药。

1.3 疗效判定标准: 心功能改善 >2 级为显效; 心功能改善 >1 级为有效; 心功能改善 <1 级或无改善为无效。

1.4 统计学处理: 计量数据以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

作者简介: 陈礼学(1971-), 男(汉族), 湖北省人, 主治医师。

表 1 两组治疗前后 4 项指标比较($\bar{x} \pm s, n=30$)

组别	CO(L/min)	LVEF	FS(%)	SV(ml)
治疗组 治疗前	3.0 \pm 1.1	0.300 \pm 0.044	15.0 \pm 2.5	28.7 \pm 4.6
治疗组 治疗后	4.1 \pm 0.8 ^{**#}	0.557 \pm 0.047 ^{**#}	25.0 \pm 2.4 ^{**#}	50.1 \pm 5.0 ^{**#}
对照组 治疗前	3.1 \pm 1.0	0.309 \pm 0.044	15.5 \pm 2.4	28.5 \pm 4.0
对照组 治疗后	3.7 \pm 1.3 ^{**}	0.459 \pm 0.045 ^{**}	23.0 \pm 2.3 ^{**}	44.7 \pm 5.0 ^{**}

注: 与本组治疗前比较: ^{**} $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较: [#] $P < 0.05$; CO 为心排血量, LVEF 为左室射血分数, FS 为缩短分数, SV 为每搏量

2 结果

2.1 各指标比较见表 1。

2.2 两组临床疗效比较见表 2。

表 2 两组疗效情况比较($n=30$)

组别	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	17	11	2	93.33 [#]
对照组	9	12	9	70.00

注: 与对照组比较: [#] $P < 0.01$

3 讨论

由于 DCM 病因大多不清, 只能对症治疗, 多提倡联合用药, 剂量个体化, 推荐使用的一线药为利尿剂、地高辛和血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)。由于 DCM 需长期用药, 且感染、劳累等因素易诱发心衰, 故有些患者用上述药物治疗后, 心功能并不能得到有效或及时的改善。硝普钠为血管扩张药, 其作用机制为直接扩张动静脉, 松弛血管平滑肌, 降低心脏前后负荷, 使心室射血阻力下降, 在低耗氧的情况下, 增加心脏 SV^[2,3], 使心衰症状缓解, 但硝普钠可过度扩张冠状动脉及降低动脉压, 引起冠状动脉窃血和低血压。小剂量多巴胺静滴可兴奋 β 受体, 增加心肌收缩力, 增加 CO, 降低肺毛细血管楔压, 改善心功能及肾血流; 与硝普钠合用起到增强疗效, 减少不良反应的作用。

中医认为 DCM 属“心悸”、“喘证”、“水肿”范畴, 其病机为本虚标实, 虚实夹杂。本虚为心气不足、心肾阳虚; 标实为邪毒、瘀血、痰浊、水饮交相为患; 治宜标本兼治、益气活血、温阳利水。参麦注射

液由古方参麦饮制成, 其中人参益气祛瘀; 麦冬“补心气之不足”, “养受损之心体”; 同时配合硝普钠、多巴胺综合治疗, 以达益气、活血、利水之效。现代医学研究表明, 参麦注射液能增强心肌收缩力, 改善患者的临床症状^[4-6]。其机制主要是通过抑制平滑肌 $Na^+ - K^+ - ATP$ 酶活性, 影响 $Na^+ - K^+$ 和 $Na^+ - Ca^{2+}$ 交换, 使 Ca^{2+} 内流增多, 从而增强心肌收缩力, 改善 DCM 心衰患者临床症状及心功能, 且无不良反应。

参考文献:

- [1] 尉挺. 现代临床心脏病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1991: 493.
- [2] 徐亚利, 董建英, 李子珍. 参麦注射液治疗慢性充血性心力衰竭 36 例[J]. 江西医药, 1993, 28(6): 323-326.
- [3] 钟荣光, 罗治华, 黄文强, 等. 硝普钠联合参麦注射液治疗重症心力衰竭的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(5): 301-303.
- [4] 刘桂敏, 王淑云. 参麦注射液治疗慢性充血性心力衰竭 36 例[J]. 湖南中医杂志, 1994, 10(5): 37-38.
- [5] 柳志红, 程显声, 张朝阳, 等. 参麦注射液对充血性心力衰竭的疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(4): 212-213.
- [6] 黄增峰, 陈如康, 黄学仄, 等. 参麦和复方丹参注射液联用对休克早期患者血液流变学指标的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(2): 114-116.

(收稿日期: 2006-10-03)

修回日期: 2006-12-03)

(本文编辑: 李银平)