

阿替洛尔治疗重症充血性心力衰竭 66 例

孙东臣,徐勇,闫向阳(河南省周口市第二人民医院药械科,河南 周口 466000)

中图分类号:R541.610.053

文献标识码:B

文章编号:1007-7693(2005)07-0683-02

2002 年 12 月至 2003 年 6 月,我们采用在常规治疗基础上一加用 β 受体阻滞药阿替洛尔治疗多病因的慢性重症充血性心力衰竭(CHF)取得了较满意的疗效,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择本院 2002 年 12 月至 2003 年 6 月住院

的 CHF 患者 66 例;其中男 39 例,女 27 例,年龄 29 ~ 78a,病程 3 ~ 31a,根据美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级,心功能 II 级 6 例,III 级 38 例,IV 级 22 例,其中风湿性心脏病 21 例,冠心病 23 例,高血压心脏病 13 例,扩张型心脏病 6 例,代偿性心脏病 3 例。全部患者经临床、X 线、超声心动

图、心电图等确诊,随机分为治疗组与对照组,两组患者的年龄、性别、心衰的原因、心功能分级、病程长短、血压各项实验室检查的结果均无显著性差异。凡合并有慢性阻塞性肺部疾病。心动过缓(心率 < 60 次/min⁻¹)发烧、感染或风湿活动未能控制,Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞,收缩压 < 90mmHg 者不在选择之列。

1.2 治疗方法 对照组:内科常规抗心衰治疗(利尿药洋地黄、血管紧张肽转化酶抑制药等)。治疗组:在常规抗心衰治疗基础上加用阿替洛尔(浙江万马有限公司生产;批准文号:国药准字 H33021143)12.5mg, bid, po。个别需要 37.5mg, bid, po, 疗程 3 个月。若用阿替洛尔后 CHF 加重或出现窦房结功能障碍,房室传导阻滞以及心率 < 60 次/min⁻¹,即将阿替洛尔减量或停用,必要时作相应处理。

1.3 观察疗效 治疗前后测量 X 线心胸比例,收缩压(SBP)舒张压(DBP)和心率(HR)。采用 ATL—UK9 型彩色多普勒心动图仪测量左室舒张末期内经(LVEDD),左室收缩末期内经(LVESD),左室射血分数(LVEF),探头频率2.5MHZ。

1.4 统计学方法 临床有效率采用 χ^2 检验,其它数据用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组治疗前后心功能比较见表 1。

表 1 两组治疗前后心功能变化($\bar{x} \pm s$)

Tab 1 Changes of heart in function in two Groups before and after Treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	心胸比例	LVEDD/mm	LVESD/mm	LVEF/%
治疗组				
治疗前	0.62 ± 0.08	66.6 ± 4.4	49.2 ± 4.2	33.8 ± 8.6
治疗后	0.55 ± 0.07 ^{1,2}	56.2 ± 3.3 ^{1,2}	41.3 ± 4.0 ^{1,2}	0.62 ± 0.08 ^{1,3}
对照组				
治疗前	0.61 ± 0.07	66.1 ± 4.5	48.9 ± 4.2	33.1 ± 8.5
治疗后	0.58 ± 0.06 ⁴	61.9 ± 3.5 ⁴	44.1 ± 4.1 ⁴	39.2 ± 7.6 ⁴

Comparison of same group before treatment ¹ $P < 0.01$, ⁴ $P < 0.05$; Comparison of ratio group after treatment² $P < 0.05$, ³ $P < 0.01$

2.2 两组治疗前后心率和血压比较见表 2。

2.3 不良反应 治疗组中 2 例出现头晕,1 例出现纳差,心动过缓Ⅰ度房室传导阻滞各 1 例,均不影响疗程继续进行,对照组未见不良反应。

表 2 两组治疗前后血压、HR 变化 $\bar{x} \pm s$

Tab 2 Changes of Blood Pressure and HR ($\bar{x} \pm s$)

组别	SBP/mmHg	DBP/mmHg	HR/次·min ⁻¹
治疗组			
治疗前	133.7 ± 20.3	92.4 ± 11.2	102.0 ± 18.6
治疗后	118.0 ± 12.2 ¹	78.3 ± 10.4 ¹	79.5 ± 6.3 ^{2,3}
对照组			
治疗前	134.8 ± 19.6	92.3 ± 12.3	100.7 ± 17.9
治疗后	119.0 ± 11.5 ¹	79.2 ± 11.0 ¹	89.2 ± 7.7 ²

Comparison of same group before treatment ¹ $P < 0.05$, ² $P < 0.01$; Comparison of ratio group after treatment ³ $P < 0.01$

3 讨论

CHF 患者体内交感神经系统兴奋,肾素—血管紧张素—醛固酮系统被激活,血中去甲肾上腺素、肾上腺素及多巴胺等儿茶酚胺类物质增加,造成 CHF 神经内分泌的不良影响。而上述物质的增加更进一步使交感神经兴奋性增强,形成恶性循环,这种状态持续存在可引起心肌细胞形态发生改变,介导心肌重构和心室重塑。加速心肌细胞的衰竭,心率增快,心肌耗氧量增加,同时左室舒张期缩短,回心血量减少,心搏量下降,从而使组织器官血液灌注和心功能下降,使 CHF 加重。而应用 β 受体阻滞药能打破 CHF 患者儿茶酚胺过度分泌的恶性循环,起到保护作用。 β 受体阻滞药可延缓 CHF 进展,降低各种原因所致 CHF 患者的病死率和延长生存期,改善 CHF 预后。阿替洛尔属 β 受体阻滞药,不具内在拟交感活性,它通过抑制升高的交感神经活动,阻滞神经内分泌激活,减轻心脏前后负荷,减慢心率,上调心肌的 β 受体的数量和密度,提高心肌收缩力,降低心肌耗氧量,使心室舒张期充盈时间延长,回心血量和心搏量均增加,从而提高心功能,使 CHF 的症状和体征呈进行性改善。

近年来,CIBIS II、USCP 等大规模临床实验已证实 β 受体阻滞药在现有 CHF 治疗基础上可进一步提高心脏功能,降低病死率,确立了 β 受体阻滞药在 CHF 中的治疗地位,并建议所有 NYHA II、Ⅲ级病情稳定者均需应用 β 受体阻滞药如阿替洛尔等,且应从小剂量开始,除非有禁忌症,而且要尽早使用。本组观察表明,在常规抗心力衰竭药物治疗的同时联合应用阿替洛尔治疗慢性重症 CHF 是安全有效的。