

## 左旋卡尼汀治疗难治性心力衰竭疗效观察

曹宝强, 雷丽雅, 陈广峰

[摘要] 目的: 观察左旋卡尼汀在难治性心力衰竭中的临床疗效。方法: 将 60 例住院患者随机均分为左旋卡尼汀组(A 组)及常规治疗组(B 组), 观察用药前后各组临床症状、心功能各指标变化, 比较两组疗效。结果: A 组临床症状、体征明显改善, 总有效率达 93.33%; A 组心功能各指标改善均明显优于 B 组( $P < 0.01$ )。结论: 左旋卡尼汀是有效治疗心力衰竭的药物, 在难治性心力衰竭治疗中疗效确切, 值得推广应用。

[关键词] 心力衰竭, 充血性; 左旋卡尼汀; 射血分数

[中国图书资料分类法分类号] R 541.61 [文献标识码] A

心力衰竭是一种复杂的临床症候群, 为各种心脏病的严重阶段, 其发病率高, 有临床症状者的 5 年存活率与恶性肿瘤相仿。心力衰竭的发病率继续增长, 正在成为 21 世纪最重要的心血管病症<sup>[1]</sup>。现对我科因难治性心力衰竭住院、应用常规药物效果缓解不明显的 30 例患者, 在常规治疗的基础上, 加用左旋卡尼汀治疗前后与常规治疗进行对照, 以评估近期疗效。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 2 ~ 12 月, 我科收住难治性心力衰竭患者 60 例, 其中男 36 例, 女 24 例; 年龄 38 ~ 82 岁; 病程 1 ~ 10 年。心功能(NYHA)分级 II 级 7 例, III 级 12 例, IV 级 41 例。随机均分为左旋卡尼汀组(A 组)和常规治疗组(B 组), 两组患者年龄、病种、心力衰竭程度均具可比性。

1.2 方法 A 组在常规抗心力衰竭如血管紧张素转换酶抑制剂、利尿剂、 $\beta$  受体拮抗剂、洋地黄等基础上加用左旋卡尼汀(山东瑞阳药业有限公司生产), 2 ~ 3 g/d, 静脉滴注。B 组仅给予常规抗心力衰竭治疗。均 10 天为 1 个疗程。两组有 6 例患者急性加重时给予毛花甙 C 0.2 mg 静脉推注, 短期应用。

1.3 观察指标 观察治疗前后患者胸闷、心悸、气急、乏力等心力衰竭症状和肺底罗音、下肢水肿等心力衰竭体征及心功能的变化。治疗前后用彩色超声心动图按统一标准评定患者左心室射血分数(LVEF)并测定患者 6 min 步行距离。

1.4 疗效评定标准 显效: 能达到完全缓解的标准或心功能改善 II 级以上者; 有效: 能达到部分缓解的标准或心功能改善 I 级以上者; 无效: 心功能改善不足 I 级或症状及体征无改善, 甚至加重者。

1.5 统计学方法 采用  $t$  检验和秩和检验。

## 2 结果

2.1 临床疗效 两组患者临床疗效差异无统计学意义( $P > 0.05$ ) (见表 1)。

表 1 两组临床疗效比较( $n$ )

分组	$n$	显效	有效	无效	总有效率(%)	$u_c$	$P$
A 组	30	19	9	2	93.33		
B 组	30	13	12	5	83.33	1.65	$> 0.05$
合计	60	32	21	7	88.33		

2.2 治疗前后心功能各指标变化 两组患者治疗前各指标差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组患者治疗后 LVEF 和 6 min 步行距离均有改善( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ), 而 A 组治疗后又均明显优于 B 组( $P < 0.01$ ) (见表 2)。

表 2 两组患者治疗前后心功能各指标变化比较

分组	$n$	LVEF (%)	6 min 步行(m)
治疗前( $\bar{x} \pm s$ )			
A 组	30	35.80 $\pm$ 8.51	236.67 $\pm$ 111.67
B 组	30	36.03 $\pm$ 7.13	266.20 $\pm$ 117.85
$t$	—	0.11	1.00
$P$	—	$> 0.05$	$> 0.05$
治疗后( $\bar{d} \pm s_d$ )			
A 组	30	6.80 $\pm$ 4.28**	210.50 $\pm$ 76.57**
B 组	30	1.80 $\pm$ 4.11*	99.80 $\pm$ 82.00**
$t$	—	4.62	5.40
$P$	—	$< 0.01$	$< 0.01$

配对  $t$  检验: \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$

## 3 讨论

心力衰竭是 65 岁以上老年人群中住院治疗最常见的原因之一, 治疗难治性心力衰竭已经成为心血管医生所面临的重大难题。左旋卡尼汀是一种广泛存在于机体组织内的特殊氨基酸, 为脂肪酸代谢

[收稿日期] 2009-06-05

[作者单位] 西安航天总医院 内科, 陕西 西安 710100

[作者简介] 曹宝强(1964 -), 男, 副主任医师。

所需<sup>[2]</sup>。其主要功能是促进脂类代谢,将长链脂肪酸带进线粒体基质,并促进其氧化分解为细胞提供能量。正常心肌能量供应的60%~80%来自脂肪代谢。缺血、缺氧一方面使心肌转为无氧酵解为主,另一方面游离的卡尼汀被大量消耗而降低。足够量的游离卡尼汀,可以使心脏重新转回以脂肪酸氧化为主,使心肌细胞内能量代谢得以恢复<sup>[3]</sup>。研究还证实,左旋卡尼汀可直接渗透至心肌细胞内,为 $\text{Na}^+ \cdot \text{K}^+ \text{-ATP}$ 泵和 $\text{Ca}^{2+}$ 泵供能,并使细胞内 $\text{Ca}^{2+}$ 顺利进入血浆,同时为肌动蛋白-肌球蛋白的滑行提供能量,使心肌收缩力迅速恢复,纠正心力衰竭<sup>[4-5]</sup>。

本组临床观察结果显示,A组临床心功能分级和心力衰竭症状、体征明显改善,总有效率达93.33%,较B组83.33%稍好,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。原因考虑为:(1)对症状、体征的判断缺乏客观性,主观因素较多;(2)观察样本例数较少,有一定的局限性。A组治疗后LVEF较治疗前明显升高( $P < 0.01$ ),6 min步行距离明显延长( $P < 0.01$ );治疗后A组LVEF明显高于B组( $P <$

0.01),说明左旋卡尼汀在恢复心肌收缩力,改善心脏收缩功能方面较常规药物存在优势,与何勇等<sup>[6]</sup>报道相符。因此,在难治性心力衰竭治疗中,采用常规药物加左旋卡尼汀是一种有效的方法,值得临床推广应用。

#### [参 考 文 献]

- [1] 戴闰柱,黄俊.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,12(35):1076.
- [2] 韦春望,陈孝治.左卡尼汀[J].中国新药杂志,2002,11(3):245-246.
- [3] Calvani M, Reda E, Ti-Mtelli E. Regulation by carnitine of myocardial fatty acid and atherogenic rate metabolism under normal and pathological conditions[J]. Basic Rescardiol, 2000, 95(2):75-83.
- [4] 吴升华.卡尼汀的药理学及临床应用[J].现代应用药学,1997,14(1):5-7.
- [5] Caponnetto S, Canale C, Masperone MA. Efficacy of L-propionyl carnitine treatment in patients with left ventricular dysfunction[J]. Eur Heart J, 1994, 15(9):1267-1273.
- [6] 何勇,郑强,张录兴,等.左旋卡尼汀治疗慢性充血性心力衰竭的疗效观察[J].心脏杂志,2005,17(1):49-51.

[文章编号] 1000-2200(2010)04-0392-03

· 临床医学 ·

## 银杏达莫治疗急性脑梗死疗效观察

汪建设

[摘要]目的:观察银杏达莫治疗急性脑梗死的疗效及不良反应。方法:将发病6~72 h的91例急性脑梗死患者随机分为治疗组46例和对照组45例。治疗组采用常规内科治疗和银杏达莫注射液静脉滴注,对照组采用常规治疗加川芎嗪注射液静脉滴注。观察并比较2组的疗效及血液流变学指标的变化。结果:治疗组和对照组总有效率分别为91.30%和62.22%,两组疗效差异有统计学意义( $P < 0.01$ );治疗组治疗后血液流变学改变明显优于对照组( $P < 0.01$ );两组病灶吸收差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:银杏达莫治疗脑梗死疗效显著,血液流变学指标改善明显,是治疗脑梗死的一种安全有效药物。

[关键词] 脑梗死;银杏达莫;疗效评定

[中国图书资料分类法分类号] R 743.33 [文献标识码] A

脑梗死是常见的脑血管疾病,病因很多。血液成分、血液流变学和血管壁的异常改变是发生脑梗死的三大主要因素。当脑动脉粥样硬化时,血管壁弹性减弱,管腔内狭窄,血液流量和切变率均下降,血液黏度随之显著增高,血流阻力加大,使血液流速减慢,促进血栓形成<sup>[1]</sup>。脑梗死治疗以急性期最为关键,治疗方法以抗血小板,改善脑组织供血,保护神经细胞,促进受损神经细胞的恢复,减少继发性神经细胞损伤为主。2006年10月至2008年12月,我科采用银杏达莫注射液治疗急性脑梗死46例,取得满意疗效,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 诊断及入选标准 本研究入选的91例患者均符合以下条件:(1)1995年全国第四届脑血管学术会议制定的缺血性脑血管病诊断标准<sup>[2]</sup>,且经脑CT证实;(2)发病6~72 h;(3)首次发病或既往虽有脑卒中史,但无后遗症;(4)治疗前未经溶栓抗凝、血液稀释等治疗。

1.2 一般资料 91例脑梗死患者随机分为:(1)治疗组46例,男30例,女16例;年龄45~85岁。丘脑梗死6例,基底核区梗死18例,放射冠区梗死6例,额叶梗死4例,颞叶梗死3例,枕叶梗死3例,腔隙性梗死6例。(2)对照组45例,男30例,女15例;年龄44~86岁。丘脑梗死5例,基底核区梗

[收稿日期] 2009-07-03

[作者单位] 安徽省蒙城县第二人民医院 干部病房,233500

[作者简介] 汪建设(1972-),男,主治医师。