

文章编号:1004-9231(2010)12-0637-02

· 临床交流 ·

加用曲美他嗪对稳定性心绞痛患者运动能力的影响

郝伟荣 (上海市浦东新区机场社区卫生服务中心, 上海 201202)

冠状动脉粥样硬化性心脏病是冠状动脉粥样硬化使管腔狭窄或阻塞,导致心肌缺血、缺氧引起的心脏病,它和冠状动脉功能性改变即冠状动脉痉挛一起,统称为冠状动脉性心脏病(冠心病),亦称缺血性心脏病^[1],临床以心绞痛表现最为常见。目前临床使用药物控制症状多以硝酸酯类、阿司匹林为主,并配合血管紧张素 II 转换酶抑制剂(ACEI)等药物。而许多改善心肌能量代谢的药物应用于冠心病的诊疗中均提示有较好的疗效。本研究即观察了冠心病标准治疗联合曲美他嗪对稳定性心绞痛患者运动能力的影响,以期改善心肌代谢药物在冠心病治疗中的效果提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 病例选择

参照《缺血性心脏病的命名及诊断标准》、《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[2],选择2009年6月—2010年6月期间,于机场社区卫生服务中心内科门诊及住院确诊为稳定性心绞痛的患者60例,均符合:①心绞痛病程1个月以上,每周发作2次以上;②心电图出现ST段水平或下垂型下移 ≥ 0.05 mV;③运动平板试验阳性。心绞痛严重程度参照加拿大心血管学会(CCS)心绞痛严重程度分级。所有病例均排除近6个月发生急性心肌梗死、肥厚梗阻型心肌病、风湿性心脏病、Ⅲ级以上高血压、严重心肺肾功能不全、可能的妊娠或哺乳期妇女及药物过敏者。将所有入选患者随机分入治疗组和对照组,各30例:其中对照组男17例,女13例,平均年龄(69.80 \pm 12.10)岁,合并原发性高血压20例、糖尿病3例;治疗组男14例,女16例,平均年龄(68.75 \pm 11.20)岁,合并原发性高血压19例、糖尿病4例。两组病例一般基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 试验方法

对照组口服拜阿司匹林(拜耳药业)100 mg,每天1次、长效异乐定胶囊(许瓦兹药厂)50 mg,每天1次;治疗组同时加用曲美他嗪(施维雅药厂)20 mg,每天3次。两用药组均使用倍他乐克达耐受剂量;对于血脂偏高患者使用他汀类药物使血脂降至达标水平;心绞痛发作时,临时舌下含服硝酸甘油,不限制其使用和剂量。药物治疗3个月。观察用药前后心绞痛发作的频率、程度、持续时间及硝酸甘油减停率,12导联心电图及模拟日常运动量平

板运动试验结果的改变;同时测定用药前后血、尿常规、肝肾功能、血糖、血脂及心肌酶等指标。

模拟日常运动量平板运动试验方法:根据《体力活动概要》,以代谢当量为4.6 METs为日常运动量运动标准。按照平板运动试验改良Bruce方案,以从静息态至I阶段模拟日常运动,观察受检者在日常活动下的持续运动能力,包括受检者在4.6 METs运动量下出现ST段改变的运动时间、至终止试验的运动时间、ST段压低程度等指标。终止试验指征:

- ① 出现明显症状;症状伴有意义的ST段变化;
- ② ST段明显压低(压低 > 2 mm为相对指征, ≥ 4 mm为绝对指征);
- ③ ST段抬高 ≥ 1 mm;
- ④ 出现有意义的心律失常;
- ⑤ 收缩压持续降低10 mmHg或血压明显升高(收缩压 > 250 mmHg或舒张压 > 115 mmHg);
- ⑥ 已达目标心率者。

1.3 临床疗效评定标准

显效:同等劳动强度不引起心绞痛或心绞痛发作次数减少80%以上,硝酸甘油消耗量减少80%以上;

有效:心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量减少50%~80%;

无效:心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量减少均不到50%;

加重:心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量不减少或增加。

1.4 统计学方法

所有数据采用SPSS 11.5软件统计分析。计数资料用卡方检验;计量资料用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心绞痛临床症状疗效比较

治疗组显效率40.00%,总有效率96.67%;对照组显效率30.00%,总有效率90.00%。治疗组略高于对照组,但两组间差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者心绞痛临床症状疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	显效率(%)	有效率(%)
治疗组	30	12	17	1	40.00	96.67
对照组	30	9	18	3	30.00	90.00

作者简介:郝伟荣(1973—),男,主治医师。

2.2 硝酸甘油减停率疗效比较

治疗组显效率 23.33%, 总有效率 76.67%; 对照组显效率 16.67%, 总有效率 50.00%。其中治疗组总有效率较对照组明显提高, 两组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者硝酸甘油减停率比较

组别	例数	显效	有效	无效	显效率(%)	有效数(%)
治疗组	30	7	16	7	23.33	76.67
对照组	30	5	10	15	16.67	50.00

表 3 两组患者模拟日常运动量平板运动试验结果比较

组别	例数	阶段	ST 段缺血型下降 ≥1mm 时间 (min)	全程 ST 段压低 最大程度 (mm)	总运动时间 (min)	ST 段恢复时间 (min)
治疗组	30	治疗前	5.52 ± 1.09	2.45 ± 0.45	7.72 ± 0.93	6.34 ± 1.42
		治疗后	6.65 ± 0.98	2.21 ± 0.32	11.42 ± 1.23	5.23 ± 1.22
对照组	30	治疗前	5.43 ± 0.79	2.41 ± 0.35	8.11 ± 1.20	6.50 ± 1.12
		治疗后	6.13 ± 1.11	2.30 ± 0.26	8.86 ± 1.02	5.98 ± 0.92

2.4 不良反应

所有 60 例患者治疗期间均无明显不良反应。治疗前后血尿常规、肝肾功能等检查未发现异常。

3 讨论

稳定性心绞痛患者由于冠状动脉粥样硬化后, 冠脉供血不足, 运动负荷增加心肌耗氧而引起心肌缺血诱发心绞痛发作, 影响患者日常生活。目前药物治疗主要目的在于降低心肌耗氧量, 改善心肌氧供; 另外, 对稳定性心绞痛患者进行运动康复, 恢复或提高患者运动能力, 也是此类患者追求更优良生活质量的需求。目前的治疗可以概括为“ABCDE”, 即 ACEI 或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) 及阿司匹林、β-阻滞剂、控制血压、治疗糖尿病和运动训练。

2007 年 3 月我国第一部《慢性稳定性心绞痛诊断治疗指南》正式颁布, 其中不但规范了慢性稳定性心绞痛的诊断、治疗和预防措施, 也更加明确了稳定性心绞痛的诊疗策略, 并且也更多关注了改善心肌代谢药物在治疗中的地位。曲美他嗪商品名万爽力, 能增加心肌葡萄糖代谢和减少脂肪酸代谢, 从而促进心肌缺血和再灌注时三磷酸腺苷 (ATP) 产生和减轻酸中毒, 保证心肌细胞离子泵的正常功能和钠、钾离子的跨膜流动^[3]。已有研究显示, 在应用 β 受体阻滞剂, 硝酸酯类和钙拮抗剂的基础上加用曲美他嗪能够减少心绞痛发作次数和硝酸甘油的消

2.3 模拟日常运动量平板运动试验

治疗前两组患者在 ST 段缺血型下降 ≥1 mm 时间、全程 ST 段压低最大程度、总运动时间及 ST 段恢复时间均无明显差异。经过 3 个月药物干预, 治疗组 4 方面较前均有明显改善, 其中 ST 段缺血型下降 ≥1 mm 时间、总运动时间两方面 $P < 0.01$, 全程 ST 段压低最大程度、ST 段恢复时间两方面 $P < 0.05$; 对照组仅在 ST 段缺血型下降 ≥1 mm 时间、总运动时间两方面差异有统计学意义, 分别为 $P < 0.01$ 、 $P < 0.05$, 见表 3。

耗量; 提示曲美他嗪能作为冠心病心绞痛的辅助治疗药物^[4]。

本研究经过 3 个月药物干预, 结果显示治疗组患者在 ST 段缺血型下降 ≥1 mm 时间、全程 ST 段压低最大程度、总运动时间及 ST 段恢复时间较治疗前均有明显改善, 其中 ST 段缺血型下降 ≥1 mm 时间、总运动时间两方面差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 全程 ST 段压低最大程度、ST 段恢复时间两方面差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照组仅在 ST 段缺血型下降 ≥1 mm 时间、总运动时间两方面差异有统计学意义 (分别为 $P < 0.01$ 、 $P < 0.05$)。该结果表明曲美他嗪不但能在一定程度上能改善心绞痛症状, 对于提高稳定性心绞痛患者运动能力、提高生活质量也有一定效果。

4 参考文献

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [2] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(3): 195-206.
- [3] 张文博. 心血管药物应用的新进展[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [4] 李国标. 联合曲美他嗪治疗冠心病心绞痛临床疗效观察[J]. 广东药学院学报, 2001, 17(1): 56-57.

(收稿日期: 2009-09-10)