

慢性心力衰竭合并贫血患者采用左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗的临床效果分析

王仕军

(临沧市人民医院血液内分泌科, 云南 临沧 677000)

【摘要】目的 探讨左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性心力衰竭合并贫血的临床治疗效果。**方法** 将我院收治的 86 例慢性心力衰竭合并贫血患者作为对象, 根据对比实验方法分为观察组与参考组, 各为 43 例, 给予观察组左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗, 给予参考组单纯左卡尼汀注射液治疗, 观察两组患者临床治疗效果, 记录患者治疗期间不良反应发生情况。**结果** 观察组治疗血清 FFA 含量、血红蛋白含量均出现明显改善 ($P < 0.05$); 观察组患者红细胞膜 $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ ATP 酶的活性改善明显优于参考组 ($P < 0.05$); 两组患者治疗期间不良反应发生率比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性心力衰竭合并贫血有助于纠正贫血现象, 促进患者心功能的改善, 安全性高, 可推广使用。

【关键词】 慢性心力衰竭; 贫血; 左卡尼汀; 促红细胞生成素

中图分类号: R541.6; R556

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2015) 05-0184-02

心力衰竭患者心肌收缩能力明显减弱, 心脏血液输出量有效减少, 机体需要不能得到满足, 从而出现系列症状及体征。研究显示

心力衰竭患者终末阶段均会出现不同程度的贫血现象^[1], 加重患者病情, 因此在对心力衰竭进行治疗时, 同时纠正贫血状态有着重要作

表1 两组治疗前后各项指标对比

组别	例数	时间	晨僵时间(h)	肿胀关节数(个)	压痛关节数(个)	HAQ(分)	VAS(分)
对照组	78	治疗前	2.8±1.7	6.7±3.2	12.5±1.4	19.2±2.7	43.2±3.7
		治疗后	2.0±0.5	4.1±2.2	8.0±1.1	14.2±1.5	35.8±1.7
观察组	78	治疗前	2.5±1.3	8.1±2.2	11.6±2.3	23.1±1.8	45.2±4.1
		治疗后	1.1±0.5	3.6±2.2	5.6±1.3	9.7±2.1	20.5±2.6

用。对于病情比较严重的患者, 可以运用泼尼松联合治疗, 10毫克/次, 1次/天, 饭后服用, 根据患者病情变化, 逐渐减少用量, 直至停用。1个疗程为3个月, 所有患者均接受1个疗程治疗。

1.3 疗效判定标准: 临床上在对治疗效果进行评价时, 主要依据以下3个标准: ①显效。临床症状基本消失, 无关节疼痛和腱鞘囊肿, 晨僵 $< 15 \text{ min}$; ②有效。临床症状有所缓解, 压痛关节数较治疗前下降 $> 20\%$, 晨僵 $< 60 \text{ min}$; ③无效。临床症状没有出现任何变化, 甚至病情加重。

1.4 统计学分析: 本次实验数据采用SPSS17.0软件进行统计学分析, 其中组间数据资料对比采用 t 检验, 计数资料对比采用卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后各项指标对比: 治疗后, 相比较对照组而言, 观察组的各项指标改善较好, 组间比较差异明显, 具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表1。

2.2 两组临床疗效对比: 观察组6例显效, 68例有效, 4例无效, 总有效率为94.7%, 而对照组0例显效, 38例有效, 40例无效, 治疗总有效率为48.9%, 两组患者临床治疗效果差异明显, 具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表2。

表2 两组临床疗效对比[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	78	6(7.6)	68(87.1)	4(5.3)	94.7
观察组	78	0(0.0)	38(48.9)	40(51.1)	48.9

3 讨论

类风湿性关节炎 (RA) 是临床上一种常见和多发的风湿免疫性

疾病, 其发病机制为滑膜炎, 滑膜对骨和关节软骨进行侵蚀, 破坏关节, 导致关节功能丧失, 严重的情况下, 甚至可能残疾, 影响患者生活质量。临床上在治疗类风湿关节炎患者时, 治疗目标主要包括控制关节损害、缓解病情以及保存关节功能等。甲氨蝶呤 (MTX) 是一种细胞毒免疫抑制剂, 一般适用于关节损害为主的自身免疫性疾病, 由于具有不良反应少、起效快、疗效好等特点, 已经成为当前临床上治疗类风湿性关节炎的首选药物^[2]。但是, 临床研究资料表明, 并不是所有的类风湿性关节炎患者都适用于甲氨蝶呤联合非甾体抗炎药治疗。类风湿性关节炎在中医上被划分为“痹症”范畴, 中医学将其分为寒热错杂、湿热阻络、痰瘀互结以及湿热阻络4种证候类型^[3]。由于类风湿性关节炎发病机制复杂, 在对症治疗的基础上, 再运用糖皮质激素、慢作用药以及非甾体抗炎药联合治疗, 不仅可以明显改善病情, 在一定程度上还能充分发挥保护重要脏器及关节的作用。在本次研究中, 相比较痰瘀互结组而言, 湿热阻络组患者的治疗效果较为显著, 可能是因为甲氨蝶呤的抗炎作用符合中医证型病机, 所以发挥较好疗效。由此可见, 临床上运用甲氨蝶呤对类风湿性关节炎患者进行治疗, 不仅不良反应小、安全性高, 在一定程度上还能提高治疗效果, 改善患者预后生活质量, 具有一定的推广和运用价值。

参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 14(4): 265-270.
- [2] 刘琳. 益赛普联合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2013, 8(16): 16.
- [3] 赵霞. 甲氨蝶呤治疗中医不同证型类风湿关节炎疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 1(31): 45-47.

表1 两组患者治疗前后血清FFA含量、血红蛋白含量变化

组别(n)	血清FFA含量(mmoL/L)		血红蛋白含量(g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(43)	84.35 ± 4.11	118.16 ± 5.22	1.76 ± 0.77	0.47 ± 0.05
参考组(43)	85.12 ± 4.56	95.74 ± 2.69	1.41 ± 0.86	1.07 ± 0.08

表2 两组患者治疗前后红细胞膜Na⁺-K⁺ATP酶的活性及心功能变化分析

组别(n)	Pi/RBC/h		LVEF(%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(43)	0.389 ± 0.091	0.867 ± 0.036	33.34 ± 1.95	45.23 ± 2.17
参考组(43)	0.385 ± 0.079	0.443 ± 0.041	32.57 ± 2.01	38.16 ± 2.08

用。笔者对我院收治的86例慢性心力衰竭合并贫血患者进行研究分析,具体如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 我院自2012年2月至2014年2月收治的86例慢性心力衰竭合并贫血患者, 男51例, 女35例, 年龄29~75岁, 平均年龄(41.36 ± 5.22)岁, 所有患者均符合中国《成人慢性心力衰竭的诊断和治疗指南》中关于心力衰竭的诊断标准, 同时血液内血红蛋白含量为80~110 g/L, 参与研究前患者均接受全面检查, 排除肝肾、肺等器质严重疾病及糖尿病等内分泌性疾病患者, 根据对比实验方法将患者分为观察组与参考组, 各为43例, 两组患者年龄、性别、血红蛋白含量等比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 具可比性。

1.2 方法: 给予两组患者维生素、速尿、口服地高辛、螺内酯及铁剂等常规治疗。观察组患者在常规治疗基础上给予左卡尼汀(生产公司: 珠海亿邦制药股份有限公司, 国药准字: H20051070)起始剂量10~20 mg/kg溶于注射用水5~10 mL, 治疗3、4周时对剂量进行调整, 联合促红细胞生成素(生产公司: 山东阿华生物药业有限公司, 国药准字: S19980001)皮下注射, 每次6000 IU, 每周1次, 连续治疗16周。参考组患者在常规治疗治疗采用左卡尼汀注射液, 使用剂量及方法与观察组患者相同。

1.3 指标: 分别在患者入院后次日及治疗结束后次日清晨患者空腹状态下取静脉血5 mL, 对其血液内血清游离脂肪酸(FFA)、血红蛋白、红细胞膜Na⁺-K⁺ATP酶活性等进行观察, 同时距离患者左心射血分数(LVEF); 观察两组患者治疗期间出现的不良反应, 并给予相应的处理方法。

1.4 统计学分析: 本次研究所有患者的临床资料均采用SPSS18.0统计学软件处理, 计量资料采用均数加减标准差表示($\bar{x} \pm s$), 计数资料采用 t 检验, 组间对比采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有显著性, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 相较治疗前两组患者血清FFA含量、血红蛋白含量均有变化 ($P < 0.05$); 观察组患者改善情况明显优于参考组, 比较有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表1。

2.2 相较治疗前两组患者红细胞膜Na⁺-K⁺ATP酶活性明显增强 ($P < 0.05$), 治疗后观察组患者活性明显强于参考组 ($P < 0.05$); 观察组左心射血分数改善情况明显优于参考组 ($P < 0.05$); 见表2。

2.3 两组患者治疗期间均未出现血压升高现象, 观察组患者出现2例轻微呕吐, 不良反应发生率为4.7%, 参考组患者出现1例轻微呕吐, 不良反应发生率为2.3%, 比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

慢性心力衰竭具有较高的病死率, 虽然近年来各类治疗手段均得到一定的发展及改进, 然而每年病死率仍然高达20%。在对慢性心力衰竭患者进行治疗时发现, 随着患者病情的加重, 患者多伴随不同

程度贫血, 近10年来研究显示, 在心力衰竭病理学进展、诊断及治疗中, 贫血有着重要的作用^[1]。有体外研究发现, 中度心力衰竭患者出现贫血原因可能是由于mRNA水平, 心肌细胞外源性予以醛固酮后对转铁蛋白受体-1的表达产生抑制作用, 从而对铁蛋白的转运产生抑制作用, 因此在对心力衰竭发生及发展中, 常将贫血作为有效标志。

当患者出现心力衰竭时, 其心肌有氧化过程出现障碍, 再利用乳酸及对脂肪酸氧化的作用减少, 导致血液内FFA水平明显增高, 导致心肌耗氧量明显增加^[2], 因此, 当心力衰竭患者出现贫血时, 心肌损害及心肌缺血明显加重, 严重影响患者的生命安全。重组人红细胞生成素在肾性贫血的治疗中效果确切, 能够有效纠正贫血, 然而部分患者可出现药物抵抗, 导致治疗效果较差, 这可能是由于患者接受血液透析治疗时体内卡尼汀缺乏导致^[3]。人体缺乏左旋毒碱时, 长链脂肪酸氧化缺陷, 细胞能量产生功能较差, 导致系列中间代谢紊乱等现象, 因此引起系列的临床表现^[5-9]。左卡尼汀主要用于慢性肾功能衰竭长期血透患者因继发性肉碱缺乏产生的一系列并发症的治疗中, 能够有效纠正血液透析尿毒症患者的贫血现象。两种药物联合使用后观察组患者血清FFA、血红蛋白含量、红细胞膜Na⁺-K⁺ATP酶活性及心功能改善情况明显优于参考组 ($P < 0.05$), 两组患者治疗后并发症发生率均比较低 ($P > 0.05$), 由此可知, 左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性心力衰竭合并贫血效果显著, 有助于促进各指标的改善, 促进患者的康复。

参考文献

- [1] 夏鸿剑, 刘维波, 朱瑶, 等. 促红细胞生成素对高龄慢性心力衰竭并贫血患者的治疗作用[J]. 心脑血管病防治, 2013, 13(1): 28-30.
- [2] 魏群, 顾乃刚, 刘勇, 等. 左卡尼汀注射液对扩张型心肌病重度心力衰竭病人C反应蛋白的影响[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(24): 4883-4884.
- [3] 张苇, 黄安兰, 陈志雄. 左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性肾衰竭合并贫血疗效观察[J]. 中国实用医药, 2009, 4(5): 15-16.
- [4] 魏群, 刘勇, 李焕明. 左卡尼汀联合促红细胞生成素治疗慢性心力衰竭合并贫血患者的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2012, 10(22): 4134-4135.
- [5] 盛平, 黄文硕. 大剂量促红细胞生成素联合左卡尼汀治疗难治性尿毒症性贫血临床观察[J]. 中国实用医药, 2009, 4(18): 159-160.
- [6] 吴从美. 左卡尼汀联合促红细胞生成素对维持性血液透析肾性贫血患者的治疗分析[J]. 右江民族医学院学报, 2013, 35(1): 23-24.
- [7] 黄显莉. 探讨左卡尼汀联合促红细胞生成素对慢性心衰合并贫血病人心功能的改善作用[J]. 大家健康(中旬版), 2013(10): 155.
- [8] 张正静, 罗燕. 左卡尼汀与促红细胞生成素联合应用治疗血液透析肾性贫血的临床探讨[J]. 医学综述, 2013, 19(7): 1313-1314.
- [9] 秦应娟. 左卡尼汀对血液透析患者贫血治疗的临床观察[J]. 黑龙江医药, 2010, 23(2): 243-244.