文章编号:0253－3626(2001)01－0098－01

硝普钠加多巴酚丁胺治疗顽固性心衰 102 例临床疗效观察

周应红，金兰惠

(重庆市第九人民医院心内科，重庆　400700)

【中国图书分类法分类号】R972　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－04－01

从 1991～2001 年，我科应用硝普钠加多巴酚丁胺治疗 102 例顽固性心衰病人，取得较好疗效，现报告如下。

1　临床资料

1.1 一般资料

本组共 102 例，男 65 例，女 37 例，年龄 23～86 岁，平均年龄 68.5 岁，冠心 49 例(心肌梗塞合并心衰 12 例)、风心病 14 例、高心病 31 例、扩心病 8 例，按 NYHA 标准分级 102 例均属心衰Ⅲ～Ⅳ的所有病人均经常规综合治疗(扩血管、抗感染、洋地黄化、利尿、平喘、持续吸氧、纠正电解质紊乱等)，心衰未能满意控制。有洋地黄中毒迹象的 34 例，心室率偏低的 47 例，血压偏低的 31 例，心肌梗塞并发心衰(右室梗塞除外)的 12 例，均停用洋地黄。

1.2　治疗方法

用硝普钠 50mg、多巴酚丁胺 60～120mg、加入 50ml 液体中用微量泵泵入，一般以 2～6ml/h 的速度滴入，用药后每 5min 测 1 次血压，至 0.5h 后，血压稳定在 95～90/65～60mmHg，以后每 2～4h 测 1 次血压，直到撤药。注意硝普钠现配现用、避光、每 12h 更换配液，24h 更换穿刺部位。

1.3　疗效判定标准

显效：心功改善 2 级以上；有效：心功改善 1 级以上；无效：心功无改善。

2　结　果

102 例显效者 69 例、有效 27 例、无效 6 例、有效率 94.12%，有效的 96 例在 1～3 天内明显见效，气促消失，可平卧、尿量基本正常，双肺底啰音消失或明显减少，心室率 56～89 次/min，肝脏有不同程度回缩、水肿消褪。无效的 6 例因合并严重的电解质紊乱、难以纠正的心律失常，肺感染未控制或心源性肝硬化、肝昏迷，影响疗效。

3　讨　论

顽固性心衰往往因心脏极度扩张、肥厚、心肌大面积损害、严重机械性障碍、缺氧、感染、电解质紊乱，心律失常，往往反复发病，对洋地黄的显效阀提高，易洋地黄过量，而多巴酚丁胺为非洋地黄类强心药，具有有效增强心肌收缩力、增加心搏量等正性肌力作用，有加快心率、加快房室传导的作用，且不增加氧量。

高胆固醇血症是冠状动脉粥样硬化(AS)的危险因素，它能损伤内皮细胞功能。在 AS 早期，血液中的低密度脂蛋白(LDL)被捕获进入有损害的动脉内皮下，并受内皮细胞、平肌细胞和单核－巨噬细胞的氧化生成氧化型 LDL(OX－LDL)。OX－LDL 能直接降解和灭活 NO，使基础性 NO 产量减少，引起白细胞粘附、血小板聚集和血管平滑肌增殖，诱导或促进 AS[1]。硝普钠可直接作用于血管平滑肌，直接扩张小动脉、小静脉，从而降低心脏前后负荷。同时硝普钠通过释放 NO 使血管舒张和抗血小板聚集，抑制血栓的形成，适用于冠心病及介入治疗后有心衰的病人[2]。

硝普钠和多巴酚丁胺合用，可有效增加心排血量，且不过多地影响血压(调节滴速和多巴酚丁胺的剂量可使血压维持在理想水平)，本文中的病人使用有效后，改用硝酸甘油制剂、ACEI 制剂、利尿剂及小量 β 受体阻滞剂口服，长期门诊随访。

硝普钠加多巴酚丁胺治疗顽固性心衰，疗效好、副作用小、价格低廉，特别是对洋地黄中毒的病人、心率、血压偏低的病人，心肌梗塞伴心衰的病人(同时用硝酸甘油)及介入治疗后有心衰的病人，应推广应用。

参　考　文　献

[1]　Keaney JF. J Clin Invest, 1995;95:2520－2529.

[2]　Loscalzo J. Prog Cardiovasc Dis, 1995;38(2):87.