

《现代医院》杂志栏目

[现代化纵论](#) [专业技术篇](#)[学科进展](#) [论著·论述](#)[实验与应用研究](#) [临床经验](#)[传统医学](#) [医技诊疗](#)[临床药学](#) [护理技术](#)[心理医学](#) [医改实践](#)[质量管理](#) [应急管理](#)[文化建设](#) [人力资源](#)[后勤支持](#) [信息服务](#)[社区卫生服务](#) [预防保健](#)[医师手记](#) [港澳台链接](#)[科技新知](#) [辞海查新](#)[院刊集锦](#) [医院采撷篇](#)

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

[更多>>](#)

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

左卡尼汀对急性心肌梗死后再灌注心律失常的影响

[作者: 万军1、邓虹2、王文耕3、欧冬梅4、] 来源: 本站原创 阅读数: 132

(连州市人民医院呼吸内科、ICU, 广东省连州市, 513400)

【摘要】 目的 观察左卡尼汀对急性心肌梗死(AMI)患者静脉溶栓治疗后再灌注心律失常(RA)的影响。方法 选择符合诊断标准并有静脉溶栓指征的AMI患者65例,随机分为治疗组及对照组,对照组静脉使用尿激酶溶栓+常规药物治疗,治疗组在上述治疗的同时加用左卡尼汀,两组同时用心电监护或动态心电图监测,监测一周内RA的发生情况。结果 治疗组RA发生率(29.4)明显低于对照组(56.25),2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 早期使用左卡尼汀可降低AMI患者的RA发生率。

静脉溶栓治疗使因血栓形成而闭塞的冠状动脉及时开通,实现受损心肌组织有效再灌注,所以仍是医院治疗急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)有效的常用的再灌注治疗方法[1]。但是梗死相关动脉开通后不可避免地会发生各种类型的再灌注心律失常(RA),增加AMI病死率。目前暂未有有效预防RA发生的有效治疗药物。卡尼汀可以保护心肌免受氧化应激、供氧不足和局部缺血的损伤[2]。为研究AMI溶栓治疗后左卡尼汀对RA的影响,选择连州人民医院住院、确诊急性心肌梗死的住院患者65例,采用溶栓治疗前后静脉滴入左卡尼汀的方法,观察其对RA的作用,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 (1) 65例AMI患者均选自连州市人民医院内科、ICU于2008年1月至2010年1月期间住院确诊的ST段抬高型AMI[3]者。其中心肌梗死部位为下壁17例,前壁12例,前间壁3例,广泛前壁22例,前壁+下壁6例,非Q波梗死5例。随机分为2组:AMI患者随机分为观察组和对照组,其中治疗组34例,男25例,女9例,年龄40~70岁,平均年龄(59.5±12.3)岁。对照组31例,男23例,女8例,年龄43~72岁,平均年龄(59.5±10.3)岁。两组患者性别、年龄、梗死部位、发病时间、心功能、既往史等方面差异无统计学意义;(2) 两组患者入选标准: a. 持续性胸痛半h以上12 h以内; b. 心电图至少两个相邻导联ST抬高0.2 mV。所有病例在发病6 h内行静脉溶栓治疗。排除标准包括除急诊静脉尿激酶溶栓禁忌症外。

1.2 治疗方法

治疗组入院后,在常规治疗基础上于静脉尿激酶100~150万单位溶栓前即给予左卡尼汀(商品名:可益能,企业名称:Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite S.P.A,进口注册号:H20080514)2.0g静注,溶栓第二天开始静注2.0g/qd,使用7天;B组在常规治疗基础上行静脉尿激酶100~150万单位溶栓。常规治疗包括:硝酸酯类、血管紧张素转化酶抑制剂、受体阻滞剂、皮下注射肝素、阿司匹林、氯吡格雷、他汀类药物等,全部患者入院时做心电图、心肌酶谱等检查,住院期间持续心电监护,记录各种心律失常的发生情况。

1.3 监测方法

两组患者均有专人用心电监护或动态心电图监测24 h,分析溶栓治疗后再灌注心律失常次数及种类律。

1.4 临床判定血管再通指标符合第七版《内科学》[4]。以冠脉再通后出现的心律失常定为再灌注心律失常(RA)。

1.5 统计学方法 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间资料采用t检验;计数资料以百分比表示,采用组间 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果 两组RA率比较见表1

组别 治疗组(n=34) 对照组(n=32)

室性早搏 2 5
短阵性室性心动过速 2 3
室颤 1 2
加速性自主心律 2 3
窦性心动过缓 1 1
房室传导阻滞 2 3
窦性停搏 0 1
合计(发生率%) * 1 0 (29.4) * 18 (56.25) *

注:治疗组与对照组RA发生率的比较, χ^2 检验,* $P<0.05$ 。

结果提示治疗组RA的发生率较对照组明显减少,且有显著统计学意义。

3 讨论

随着急性心肌梗死血管开通治疗的不断发展和普及,静脉溶栓开通后不可避免地会发生各种类型的RA,有些严重心律失常如不能及时治疗可能发生严重后果。心肌缺血再灌注损伤对患者的恶性影响越来越受到重视。

目前认为引起再灌注损伤的重要因素与Ca²⁺超载[5]、氧自由基[6]和中性粒细胞聚集有关,也与心肌细胞的能量产生及利用障碍紧密相关。故冠状动脉粥样硬化所致心肌缺血病变也可被认为是一种“代谢性疾病”[7],利用游离脂肪酸进行β-氧化、优化能量代谢是左旋卡尼汀保护心肌的机制之一[8]。相关文献证实:外源性左旋卡尼汀补充治疗,可通过L-CN参与线粒体脂肪酸转运并调节线粒体高能磷酸根的交流,刺激丙酮酸脱氢酶活性而促进丙酮酸进入三羧酸循环。因为心脏不能合成L-CN,缺血时心肌总L-CN和游离L-CN含量均下降。补充L-CN优化心肌能量代谢外、抑制心肌细胞凋亡,可以防止自由基堆积,减轻心肌细胞内酸中毒和钙超载,稳定心肌细胞膜电位,降低各种心律失常的发生率[9]。

本文研究中发现使用左旋卡尼汀治疗组RA的发生率明显低于B组,两者差异有统计学意义(P<0.01),提示左旋卡尼汀对RA尤其是室性心律失常有较好的治疗和预防作用。鉴于样本量较小,尚需进一步验证。

参考文献

- [1]郭楚彬,急诊溶栓治疗急性心肌梗死的疗效评价[J],现代医院,2009,(03):363-364
- [2] Daniel F,Pauly,Carl J. Pephine carnitine to cardiac muscle function abnormal function[J]. American Journal of Kidney Diseases,2003,41(4):35-43
- [3] 中华医学会心血管病学分会.急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]中华心血管病杂志,2001,29(12):710.
- [4]、陆再英,钟南山.内科学[M](第七版).北京:人民卫生出版社,2008:294-295
- [5] 刘秀华.钠钙交换体与心肌缺血再灌注[J].中国动脉硬化杂志,2005,13:233-235.
- [6] Salie R, Harper I, Cillie C, et al Melatonin protects against ischemic-reperfusion myocardial damage[J]. JMol Cell Cardiol 2001,(33):343-357.
- [7] Ferrari R, Pepi P, Ferrari F, et al Metabolic derangement in ischemic heart disease and its therapeutic control[J]. Am J Cardiol 1998,82(5A):2K-13K.
- [8]夏经钢,曲杨,华琦,徐东.左旋卡尼汀对心肌缺血/再灌注损伤的抗氧化作用[J].首都医科大学学报,2008,(01):78-80
- [9]曹耀金,李成功,李作吉,郭其贞,刘为永.左旋卡尼汀对缺血性心脏病患者心功能及心律失常的疗效研究[J].中国医药导报,2008,(12):46-47.

注:1、万军 连州市人民医院呼吸内科主治医师,医学学士,从事内科工作9年。电话:13828590407;e-mail:hot1405@tom.com。

2、邓虹 连州市人民医院ICU主治医师,医学学士,从事急危重症医学工作7年。

3、王文耕 连州市人民医院内科副主任医师,医学学士,从事普内及心血管内科工作16年。

4、欧冬梅 连州市人民医院主管护师,从事普内科工作20年急危重症医学工作3年。

[关于我们](#) | [版权信息](#) | [免责声明](#) | [合作](#) | [招聘](#) | [友情链接](#) | [网站导航](#)

Copyright© 2010《现代医院》杂志社 | 粤ICP05105826号

地址:广州市惠福西路进步里2号之一1楼 邮编 510180

电话:020-83310901 83310902 传真:020-83308884

E-mail:xxddy@163.com