

# 心肌梗塞后使用 $\beta$ -受体阻滞剂的效果

Petor H. Vlasses 等 (美国费城杰斐逊医学院药学博士)

1965年Snow开始报道在一次小型试验中,心得安能降低急性心肌梗塞(MI)后的死亡率。20年后约有20个全国性和国际性的药物试验完成并花费了数百美元,然而医学界仍然面临着最初的问题: $\beta$ -受体阻滞剂(下简称 $\beta$ -阻滞剂)对MI发作后究竟有何效益?

这是一个治疗上有争论的典型例子。根据专家们在文献发表的权威性评论得出相反的结论。例如Pratt和Roberts建议“对能耐受 $\beta$ -阻滞剂的急性MI后的所有病人,在住院后期便开始使用,并至少持续二年。”晚近Taylor在审慎地阐明了这个问题后认为,“对于无症状的MI幸存者长期使用 $\beta$ -阻滞剂作为预防治疗的论据难以置信。”

我们最近复审了有关这个争论题目的可用资料,支持一个更为“适中”的观点。虽然赞同Taylor的观点,即许多研究工作在设计上都存在问题,但相信有三个研究报告在实验和统计学上与对照组相比,有力地证明了使用 $\beta$ -阻滞剂可降低MI后的死亡率约30%。

这三项研究是挪威多中心噻吗心安研究(NMTS)、本国心得安 $\beta$ -阻滞剂的“心脏发作试验”以及瑞典美多心安试验(SMT)。为了解决这一争论的意见,对此三项研究作一评述是必要的。

为了对这个课题归纳出一种见解,我们考虑到几个问题:这些试验的结果外推到普通人群的MI病人有无一个限制?假如我们罹患了MI,那么是否选用 $\beta$ -阻滞剂?为了做出决定我们应考虑哪些指标?如果选定的治疗是有价值的,那将选用什么药物,并且治疗在什么时候开始和结束。

在评估这些问题之后,我们设计了一个规划系统(图1),将患MI病人的死亡危险构成一种层次。虽然这种危险层次不仅有这一种,但我们相信加入一些相对危险的评价因素会更能说明治疗是否合理,因为只有NMTS发现 $\beta$ -阻滞剂在降低非致命的再梗塞率有明显作用,而根据我们的评价在死亡率方面仅有改变的可能。

我们建议所有无禁忌症的急性MI都可考虑采用 $\beta$ -阻滞剂治疗。禁忌症包括充血性心力衰竭、肺支气管痉挛疾病、心肌传导阻滞和窦性心动过缓。

SMT提出MI发作后的24小时内可安全地采用静脉注射美多心安,随后FDA批准了这个用药程序。然而我们不同意采纳这种治疗,其理由是没有信服的资料能说明在住院早期静脉注射 $\beta$ -阻滞剂治疗能提高生存率或者显示长期效益性能优于MI后4~20天开始口服的治疗方案。

我们相信患MI的病人在出院前应该根据他们的并发症和死亡相对危险对 $\beta$ -阻滞剂治疗作出评价。对于具有使用 $\beta$ -阻滞剂指征的病人,如伴有高血压、心绞痛、室上性心律失常,而对这些情况他们正在应用其他有效的药物(例如,高血压用氯压定,心绞痛或室上性心律失常用异搏定),那么 $\beta$ -阻滞剂治疗应被代替,在延长生命中可能更有益处。我们强调,这一方法只适用于已患有MI的病人。有少数资料支持这一方案,作为降低MI的发生率的措施。

如果对 $\beta$ -阻滞剂很有其它适应症,那么应考虑MI后致命的危险性。对危险性低的病人(即一年内死亡率为2%,第一次MI,没有左心室功能障碍,没有室性心律

失常并发症) 我们不相信: 危险性与有效性的比率一定 $<1$ 。如果这些病人中有 100 例用 $\beta$ -阻滞剂治疗, 那么在这年能幸存的病人将增加 0.6 个(即在幸存基线上多改善了 30%) 考虑到 98 个病人要付出冒险的代价接受治疗而并未获得好处, 而少数病人因出现副作用必须中断治疗, 故这种治疗方案难以接受。

相反, 对于危险性高的病人(一年死亡率为 20%; 有广泛的心肌损害, 持续的局部缺血性心脏病, 在急性发作期间并发室性早搏或左心室功能障碍), 用 $\beta$ -阻滞剂治疗 100 例中一年可增加存活人数为 6 个。据我们估计, 这组病人经仔细监护, 其有效率明显超过危险性。

问题在于大多数病人属中等危险组(即

一年死亡率约为 10%)。那么一年内用 $\beta$ -阻滞剂治疗的 100 例中存活人数可增加 3 个, 但治疗的危险性可影响到这个病人数目, 而且花费也大。虽然其他人可能不同意, 但如果我们属于这类病人则会接受治疗。

至今这些资料说明是一种类别的结果。根据上述三项研究的情况, 我们可以选用心得安、噻吗心安或是美多心安, 所有 $\beta$ -阻滞剂的疗效究竟不是相同的。一旦治疗开始, 我们建议用药至少要持续 18 个月。

美国和英国文献报道的最新调查都阐述了今日对 MI 后病人应如何开展使用 $\beta$ -阻滞剂。我们提供的 $\beta$ -阻滞剂治疗措施是一值得考虑的 MI 应急方案。当积累更多的资料和经验时, 我们对此课题的观点可能需要再修改。

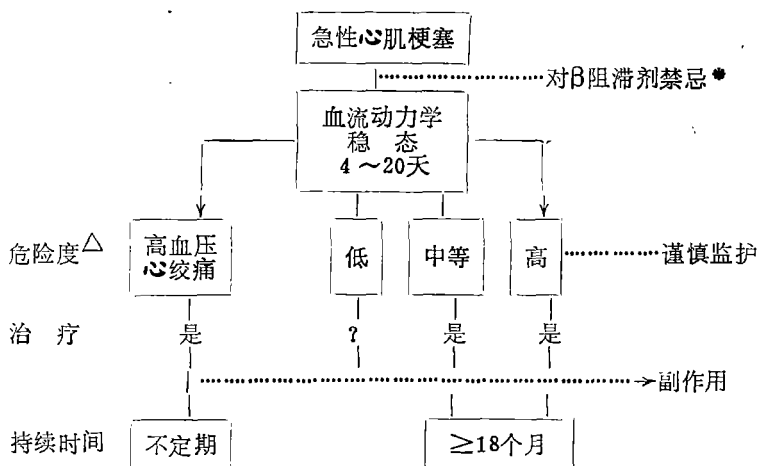


图1 心肌梗塞后使用 $\beta$ 阻滞剂的一个设计方案

●充血性心力衰竭、肺支气管痉挛病、心脏传导阻滞或窦性心动过缓以及雷诺(Raynaud)氏现象, 低、 $\Delta$ 低=第一次梗塞, 没有左心室功能障碍或并发室性心律失常; 高=广泛性心肌损害, 持续局部缺血性心脏病, 在急性期并发室性早搏或左心室功能失调; 中等=剩余的病人。

(参考文献13篇从略)

[Drug Intell and Clin Pharm《药物知识与临床药学》, 19(4): 581~582, 1985(英文)]

边友珍译 顾和昌校

## 欢迎订购微量吸管校正仪

实验室开展质量控制, 各种移液吸管容量准确性校正是很重要的问题。传统校正方法既费时费力, 又易受气温、天平精度等条件影响。南京军区卫校研制的微量吸管校正仪, 较好地解决了这个问题。该仪器不需任何换量装置, 可直接从读数窗中读出数字, 算出吸管的准确容量, 操作简便、性能可靠。精度可达 0.06 微升。该校可代外单位加工装配, 需要者请速与该校联系。

联系地址: 福州梅峰, 南京军区卫生学校医学检验教研室。

(苏开仲)