

心脏移植前 Ibopamine 是有价值的 代替多巴胺的辅助药

Ibopamine (N-甲基多巴胺) 是一种口服多巴胺类似物, 最近已用于治疗慢性心衰。它通过多巴胺能受体扩张血管, 使心脏前后负荷尤其是后负荷降低, 并增加肾灌注。此外还降低去甲肾上腺素及醛固酮水平和血浆肾素活性以调节神经激素状态。

尽管 Ibopamine 只在意大利和荷兰用作轻度充血性心衰的一线治疗, 但作者已用此药治疗严重心衰、NYHA IV 级心功能、等待心脏移植而不能停用静点多巴胺的患者。

病例报告 例1: 39岁女性, 患扩张性心脏病4月, 心血管造影射血分数及心脏指数分别为23%及1.69升/分/m²严重心衰, NYHA IV 级心功能, 不能停用多巴胺并接受大剂量口服速尿(500mg)、安体舒通、地高辛、氢氯噻嗪、血管紧张素转化酶抑制剂及抗凝剂。Ibopamine 开始剂量100mg, 3次/d, 使患者成功地脱离静脉用多巴胺, 稳定后继续服 Ibopamine, 在门诊治疗, 没有任何重要副作用, 直至10个月得到合适的心脏供者。例2: 49岁男性, 严重的扩张性心脏病, 心血管造影射血分数14%。1990年6月, 尽管用大量的血管紧张素转化酶抑制剂、地高辛、速尿(500mg)、安体舒通、利尿酸及醋氯酰胺(1g), 仍为顽固性心衰, 只能用多巴胺(12mg/h)维持利尿。后改用 Ibopamine, 100mg, 2~3次/d 代替多巴胺即可维持利尿, 而且其它大剂量利尿剂得以减少仅用速尿125mg。病人情况稳定, 一周后成功地进行了心脏移植术。例3~6: 为4例男性, 56~62岁; 射血分数严重低下(20%~30%), 并有冠心病, 心肌梗塞和旁路手术史, 均为晚期心衰。并用大剂量速尿, 毛地黄毒甙, 血管紧张素转化酶抑制剂治疗。3例不能脱离多巴胺, 1例正寻求改变静滴儿茶酚胺。用 Ibopamine (100mg, 3次/d) 治疗, 成功地脱离了多巴胺。情况稳定, 3例使用速尿剂量减少。直至1~4个月成功地进

行了心脏移植术。例7: 26岁男性, 有严重扩张性心肌病, 射血分数30%, 肺血管阻力高, 部分由于肺血栓形成。在住院考虑心肺移植期间, 反复严重的心脏失代偿, 此时, 左室射血分数进一步降低(12%), 肺血管阻力超过7wood 单位。尽管大剂量静脉用速尿(40~60mg/h)及各种其他静脉用利尿剂、地高辛、多巴酚丁胺(30mg/h)及多巴胺(12mg/h), 仍未见好转, 故静滴儿茶酚胺并口服 Ibopamine, 则开始利尿。患者依赖口服速尿(500mg), 利尿酸、醋唑磺胺、Ibopamine (100mg, 1次/d) 及地高辛而保持稳定; 直至接受作心肺移植术。

讨论 由于 Ibopamine 在充血性心衰中对心输出量、外周阻力和肾灌注, 以及水、盐转运均有良好效果, 故对严重心衰患者作心脏移植可能有好处。全部7例患者均为终末期, 药物抵抗的充血性心衰, 左室功能严重受损。Ibopamine 治疗后便使患者能够接受心脏移植术。剂量为100mg, 每天3~4次, 在静脉用儿茶酚胺的同时口服, 或当停止使用多巴胺后以此药口服代替。当用 Ibopamine、血管紧张素转化酶抑制剂、洋地黄毒甙和利尿剂口服药物治疗时, 病情稳定的患者可停用静脉给儿茶酚胺。大多数患者, Ibopamine 维持甚至改善了利尿作用, 以至利尿剂剂量减少而成功地取代了静脉用儿茶酚胺。除1例外, 全部患者在用 Ibopamine 后1周至10个月内作了心脏移植术, 无重要副作用。故对晚期心衰等待心脏移植术的患者, Ibopamine 可做作为一种合适的辅助药。由于免疫抑制治疗的患者长期静脉内治疗可发生插入导管感染的较大危险, 故口服药物治疗特别适宜于这类病人。

(华西医科大学庄斌、王琳编译, 罗雪琨校)

Kleber FX, et al. *Cardiology*, 1992, 81:121

(收稿: 1993 09 18)