

胺碘酮治疗危重症患者合并快速心律失常的临床效果及有 效率影响评价

傅元冬

(南京市中医院 江苏 南京 210022)

摘要:目的:分析危重症患者合并快速心律失常接受胺碘酮治疗的实施方案及对患者预后效果的影响。方法:取我院ICU病房2018年1月~2020年1月住院的危重患者合并快速心律失常病例78例,观察组(n=39)实施胺碘酮治疗,对照组接受(n=39)西地兰治疗,比对病患治疗后不良反应发生率、治疗疗效及心功能改善情况。结果:观察组病患治疗后不良反应发生率2.56%(1/39),对照组病患治疗后不良反应发生率17.94%(7/39),两组数据P<0.05比对差异大;观察组病患治疗疗效97.43%(38/39),对照组病患治疗疗效76.92%(30/69),两组数据P<0.05比对差异大;观察组病患心功能A峰(52.0±5.0)cm/s、E峰(73.0±7.0)cm/s、E/A值(1.3±0.7)、LVEDD(55.0±5.0)mm、LVEF(63.0±8.0)%、对照组病患心功能A峰(74.0±8.0)cm/s、E峰(54.0±5.0)cm/s、E/A值(54.0±5.0)、LVEDD(43.0±5.0)mm、LVEF(58.0±5.0)%、两组数据P<0.05比对差异大。结论:胺碘酮的临床应用疗效更优,可作为危重症合并快速心律失常病患治疗的首选药物,且不会诱发出现严重的不良反应,改善心功能指标,可推广。

关键词:胺碘酮;危重症;快速心律失常;有效率

临床治疗危重症主要的科室就是急诊和重症监护病房,ICU患者中多发的危重症之一就是心律失常,是指机体心脏跳动的节律及频率出现异常病症,该病从发病机制可分为后天获得型及遗传型,主要类型可分为心房扑动、快速性心房颤动、窦性心动过速等类型,会诱发患者出现心肌梗死、呼吸衰竭等病症,对病患身体健康及生命安全造成严重的威胁。可见,及时有效的治疗对改善快速心律失常病患预后而言是非常必要的。临床常采用药物(西地兰、胺碘酮)等药物治疗危重症快速心律失常,西地兰作为快速强心药物,可有效改善患者病症,降低传导及心律速度,提升心肌收缩能力,但该药物的蓄积性小且作用较快,对快速心律失常病患治疗的疗效欠佳;胺碘酮药物可有效减慢机体心室率,增加患者心输出量,降低机体外周阻力,改善心肌供血状态,促进病患心功能指标恢复[1]。为了找到最佳的药物治疗方法,本文选择快速心律失常病例78例,分析危重症合并快速心律失常病患接受胺碘酮治疗的实施方案及对患者预后效果的影响。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

取病房2018年1月~2020年1月收治的危重症患者合并快速心律失常病例78例,观察组(n=39)实施胺碘酮治疗,对照组接受(n=39)西地兰治疗,两组一般资料数据P>0.05为比对无意义。

病例纳入范围:所选病例均签署同意书;确诊为危重症;经心电图检查显示合并快速心律失常;78例病例均经伦理委员会批准[2-3];

排除范围:排除存在药物过敏史的患者;排除配合度低的患者;排除恶性肿瘤、免疫、血液系统疾病的患者;排除存在精神异常的患者[4-5]。

观察组:年龄区间33岁至69岁,(56.2±1.3)岁中位值;女性病例19例,男性病例20例;

对照组:年龄区间33岁至70岁,(56.2±1.2)岁中位值;女性病例18例,男性病例21例。

表1 比对病患治疗后不良反应发生率(n, %)

分组	例数	神志错误	失眠	心动过快	室性早搏	呕吐	不良反应发生率
观察组	39	0.00(0/39)	2.56(1/39)	0.00(0/39)	0.00(0/39)	0.00(0/39)	2.56
对照组	39	2.56(1/39)	5.12(2/39)	2.56(1/39)	2.56(1/39)	5.12(2/39)	17.94
	X ²						5.0143
	P						<0.05

2.2 比对病患治疗疗效

观察组病患治疗疗效97.43%(38/39),对照组病患治疗疗效

1.1 方法

两组病患均在入院后接受对症治疗。

观察组(n=39)实施胺碘酮治疗,静脉推注,初始剂量150mg,静脉推注时间为10min,微量泵维持注射剂量为每分钟1.0mg,经检查后病患心律复转效果欠佳则可在后续追加150mg胺碘酮,但胺碘酮24h使用剂量需低于900mg。

对照组接受(n=39)西地兰治疗,静脉推注,初始剂量0.4mg,静脉推注时间为15min,经检查后病患心律复转效果欠佳则可在后续追加0.4mg西地兰,若追加后病患心律复转效果仍欠佳,则可在后续追加0.2mg西地兰,但西地兰24h使用剂量需低于1.0mg。两组患者均持续治疗24h。

1.3 评定指标

比对病患治疗后不良反应发生率、治疗疗效及心功能改善情况。

观察两组病患神志错误、失眠、心动过快、室性早搏、呕吐等不良反应发生率,及心功能A峰(舒张晚期充盈峰速度)、E峰(舒张早期充盈峰速度)、E/A值(舒张早期充盈峰速度/舒张晚期充盈峰速度)、LVEDD(左室射血分数)、LVEF(左室舒张末期直径)^[6]。

治疗疗效评价标准:显效标准为心律失常病症消失或改善90%;有效标准为心律失常病症减少程度超过50%;无效标准为临床病症未改善^[7]。

1.4 统计学分析

卡方检验以%呈现,t检验以x±s呈现,数据计算方式采用SPSS23.0软件,两组数据P<0.05为比对差异大。

2 结果

2.1 比对病患治疗后不良反应发生率

观察组病患治疗后不良反应发生率2.56%(1/39),对照组病患治疗后不良反应发生率17.94%(7/39),两组数据P<0.05比对差异大。

76.92%(30/39),两组数据P<0.05比对差异大。

表 2 比对病患治疗疗效 (n, %)

分组	例数	显效	有效	无效	疗效
观察组	39	38.46 (15/39)	58.97 (23/39)	2.56 (1/39)	97.43
对照组	39	25.64 (10/39)	51.28 (20/39)	23.07 (9/39)	76.92
χ^2					7.3412
P					< 0.05
2.3 比对病患心功能改善情况					± 8.0 %, 对照组病患心功能 A 峰 (74.0 ± 8.0) cm/s、E 峰 (54.0 ± 5.0) cm/s、E/A 值 (54.0 ± 5.0)、LVEDD (43.0 ± 5.0) mm、LVEF (63.0 ± 5.0) %, 两组数据 $P < 0.05$ 比对差异大。

表 3 比对病患心功能改善情况 ($\bar{X} \pm s$)

分组	例数	A 峰 (cm/s)	E 峰 (cm/s)	E/A 值	LVEDD (mm)	LVEF(%)
观察组	39	52.0 ± 5.0	73.0 ± 7.0	1.3 ± 0.7	55.0 ± 5.0	63.0 ± 8.0
对照组	39	74.0 ± 8.0	54.0 ± 5.0	0.7 ± 0.2	43.0 ± 5.0	58.0 ± 5.0
t		14.5633	13.7933	5.1468	10.5981	3.3098
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

ICU 病房患者中多见的危重病症之一就是快速心律失常, 患者发病时会出现心脏运行紊乱, 无法泵出血压, 诱发机制主要与心脏冲动有关, 进而导致传导异常, 改变并影响心脏传导速度、传导顺序及激动速率, 严重影响患者身心健康及生命安全。危重症合并快速心律失常病患常采用药物治疗, 但不同药物使用的疗效不一^[8-9]。

对照组中所采用的西地兰药物可促进机体心肌收缩, 降低机体心律及传导速度, 可有效改善病患临床病症, 但西地兰药物安全窗口较小, 导致机体肠内无法完全吸收药物, 进而出现不同程度的不良病症, 严重时还会诱发患者出现洋地黄中毒的情况, 导致心肌负担较重, 影响治疗效果^[10-11]。数据分析后可见: 观察组病患治疗后不良反应发生率 2.56% (1/39), 对照组病患治疗后不良反应发生率 17.94% (7/39), 两组数据 $P < 0.05$ 比对差异大; 观察组病患治疗疗效 97.43% (38/39), 对照组病患治疗疗效 76.92% (30/39), 两组数据 $P < 0.05$ 比对差异大, 与上述论述一致。

观察组中采用的胺碘酮药物作为治疗危重症合并快速心律失常病患的一线药物, 广泛在临床中应用, 其治疗机制主要有以下几点: 胺碘酮药物作为Ⅲ类抗心律失常药物, 可有效抑制失活 Na^+ 通道, 降低患者心室及心房的传导速度, 缓解兴奋传导, 可有效改善频率依赖性; 胺碘酮药物可减少机体 β 受体数量, 抑制腺苷酸环化酶与 β 受体耦合, 有效控制患者病死率^[12-13]; 胺碘酮药物可延长复极时间及动作电位时间, 阻断钾离子通道, 提高机体抗异位搏动及心室电稳定性, 同时改善心室颤动阈值, 减慢心室率, 增加患者心输出量, 降低机体外周阻力, 改善心肌供血状态, 促进病患心功能指标恢复, 且安全性较高, 不会对患者造成严重的不良反应, 有效促进预后^[14-15]。经本文数据研究可见, 观察组病患心功能 A 峰 (52.0 ± 5.0) cm/s、E 峰 (73.0 ± 7.0) cm/s、E/A 值 (1.3 ± 0.7)、LVEDD (43.0 ± 5.0) mm、LVEF (63.0 ± 8.0) %, 对照组病患心功能 A 峰 (74.0 ± 8.0) cm/s、E 峰 (54.0 ± 5.0) cm/s、E/A 值 (54.0 ± 5.0)、LVEDD (43.0 ± 5.0) mm、LVEF (58.0 ± 5.0) %, 两组数据 $P < 0.05$ 比对差异大。与上述论述一致。

综上所述胺碘酮的临床应用疗效更优, 可作为危重症合并快速心律失常病患治疗的首选药物, 且不会诱发出现严重的不良反应, 改善心功能指标, 可推广。

参考文献:

[1] 胡志成, 郑黎晖, 赵明昊, 等. 抗心律失常药物对肺静脉传导恢复相关心房扑动二次消融术后早期复发的影响[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(9):909-912.

[2] 刘红, 蒋维武, 段超英. 胺碘酮联合美托洛尔治疗快速心律失常的疗效及安全性分析[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(9):32-33.

[3] 张晓曦, 孙雪莲, 王国兴. 急诊应用胺碘酮治疗快速型心律失常患者的临床疗效分析[J]. 中国医刊, 2019, 54(6):629-631.

[4] 苏敬泽, 韩垚, 魏执真, 等. 调脉饮及其拆方对快速性心律失常大鼠模型心肌 L 型钙通道 $\beta 2$ 亚基表达的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(23):3428-3430.

[5] 陈波, 王晓琪, 周亚滨, 等. 早搏灵对乌头碱诱导的快速性心律失常大鼠心肌 G 蛋白含量的影响[J]. 河北中医, 2019, 41(6):901-904.

[6] 魏显敬, 谢莲娜, 王凯君. 胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速性心律失常疗效及安全性评价[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(6):796-799.

[7] 吴运莲, 张元萍, 李万敏. 胺碘酮治疗心力衰竭并快速型心律失常患者的疗效观察与护理[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(16):13-15.

[8] 景国强. 盐酸胺碘酮片、盐酸美心律片治疗老年冠心病伴快速心律失常对照分析[J]. 中国心血管病研究, 2018, 16(6):546-549.

[9] 吕萍, 金光临, 曾丽萍, 等. 胺碘酮联合 β 受体阻滞剂对急性心肌梗死并心律失常患者心功能的影响[J]. 西北药学杂志, 2018, 33(2):250-252.

[10] 何美花, 钟丽君. 整体护理模式在胺碘酮治疗心力衰竭并快速型心律失常患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(5):95-97.

[11] 李奎, 余丹. 冠心病急性心肌梗死并高危快速型心律失常采用胺碘酮治疗临床观察[J]. 中国急救医学, 2018, 38(z1):28.

[12] 尚开亚, 关玲云, 罗文, 等. 盐酸美心律片与盐酸胺碘酮片治疗老年冠心病并发快速心律失常的疗效对比[J]. 河北医药, 2017, 39(12):1799-1801.

[13] 李波, 刘景委, 胡春阳, 等. 胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速性心律失常的疗效及安全性评价[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(13):157-158.

[14] 陈新光, 曹钰琨, 朱娅楠. 胺碘酮治疗急诊危重症合并快速心律失常患者的疗效及安全性研究[J]. 中国医药导刊, 2017, 19(10):1014-1017.

[15] 葛晓平, 华崇俊, 杨俊. 胺碘酮联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗对快速心律失常患者血压和心率的影响[J]. 中国慢性病预防与控制, 2017, 25(6):463-465.