

# 胺碘酮联合厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭伴室性心律失常的临床效果及对心功能的影响

张兵兵

(甘肃省临夏市人民医院 甘肃 临夏 731100)

**摘要:**目的:探讨了针对慢性心力衰竭伴室性心律失常患者的治疗过程中,使用胺碘酮联合厄贝沙坦治疗的效果,并分析了联合用药治疗对患者心功能的影响情况。方法:实验对象为甘肃省临夏市人民医院在2020年03月至2021年12月期间接收的慢性心力衰竭伴室性心律失常患者共90例,抽签平均分为两组,分别为对照组、联合组,对照组45例治疗方法为胺碘酮治疗,联合组45例治疗方法为胺碘酮联合厄贝沙坦治疗。比较两组患者不同治疗方式下的SAS、SDS评分、生活质量评分、满意度、治疗有效率、BNP、6MWD以及心肺功能。结果:在通过不同的治疗手段后,两组病人的各项治疗指标差异明显( $P<0.05$ ),实验差异有意义。结论:慢性心力衰竭伴室性心律失常患者治疗采用胺碘酮联合厄贝沙坦方法效果显著,改善患者的生活质量、心理状态,提高患者的满意度,改善其临床指标,值得在临床治疗中进行广泛的推广。

**关键词:**厄贝沙坦;胺碘酮;慢性心力衰竭;室性心律失常;生活质量

慢性心力衰竭是一种严重的心内科疾病,一般是由心肌病或者心肌梗塞两方面引起,导致心肌的功能和结构发生改变,然后导致心室泵功能的下降<sup>[1-2]</sup>。心力衰竭危害性较多,不仅会影响到肝脏健康,导致肝细胞萎缩、肝脏结缔组织增生、肝硬化等疾病。同时也会诱发低血钾、低钠综合症、心律失常等其他并发症。甚至会导致患者心脏负荷加重而发生阻断,对于患者正常生活质量造成影响<sup>[3-4]</sup>。慢性心力衰竭的主要危害是左心衰引起肺淤血导致患者的缺氧,右心衰主要是引起肢体的水肿包括下肢水肿、腹水或者胸腔积液等,严重的心衰还可能使血压下降,心律失常甚至猝死。本次研究主要探究胺碘酮联合厄贝沙坦治疗对于慢性心力衰竭伴室性心律失常患者的作用,报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

实验对象为甘肃省临夏市人民医院在2020年03月至2021年12月期间接收的慢性心力衰竭伴室性心律失常患者共90例,抽签平均分为两组,分别为对照组、联合组,对照组45例治疗方法为胺碘酮治疗,联合组45例治疗方法为胺碘酮联合厄贝沙坦治疗,对照组年龄45-78岁,平均 $(62.21 \pm 1.84)$ 岁,其中男性患者37例,女性患者38例。联合组年龄46-79岁,平均 $(63.06 \pm 1.93)$ 岁,其中男性患者39例,女性患者36例。两组患者的年龄等一般资料对比差异不具有统计学意义( $p>0.05$ ),具有可比性。此项研究已经过我院伦理委员会批准,患者及家属均对研究内容知情,并签署了知情同意书。

**纳入标准:**①经诊断符合慢性心力衰竭伴室性心律失常指征;②能进行正常的沟通交流;③年龄在40周岁以上。

**排除标准:**①患者有恶性肿瘤;②认知功能障碍患者;③有用药禁忌症、依从性差者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组采用盐酸胺碘酮注射液(赛诺菲(杭州)制药有限公司, sanofi winthrop industrie, 进口药品注册证号: H20181048)治疗:仅使用等渗5%葡萄糖溶液配置,应尽可能通过中心静脉途径输注。前10分钟给药150mg(15mg/min),随后6h给药360mg(1mg/min),剩余18h给药540mg(0.5mg/min)。第一个24h后,维持滴注速度0.5mg/min(720mg/24h)。视病情需要可追加。

1.2.2 联合组在对照组基础上采用厄贝沙坦(江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20000513)治疗方式:初始剂量和维持剂量为每日150mg。

### 1.3 观察指标

1.3.1 两组病人的生活质量进行评估需要使用的是生活质量评分表,包括以下几个方面:物质生活,心理状态,躯体功能,社会功能,评分比较为总分,分数与生活质量成正比。

1.3.2 病人在心理评估上采用的是抑抑郁(SDS)、焦虑(SAS)

评分表,临界值分别是53和50,临界值以下表示病人情绪正常,临界值以上表示病人心理状态不理想,分数和心理状态成反比。

1.3.3 在满意度比较时,使用的是我院自制的满意度调查表,采用打分制,满分为100,分数越低,满意度越低,分为三个区间,不满意(0-59分),满意(60-79分),非常满意(80-100分)。

1.3.4 对比两组患者的最大摄氧量( $VO_{2max}/kg$ )、最大氧脉搏( $VO_{2max}/HR$ )、最大代谢当量(METs)、BNP、6MWD指标。

1.3.5 对比两组病人的治疗有效率,分为显效(在治疗后,患者的主要临床症状消失);有效(主要临床症状改善明显);无效(临床症状以及检查结果没有任何变化)。有效率=(显效+有效)/总数\*100%。

## 1.4 统计学方式

使用SPSS20.0系统处理各方面获取的数据,所得到的数据行t检验,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料行 $\chi^2$ 检验,以%表示。 $P<0.05$ 时具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 在治疗前后对2组患者的心理状态评分进行对比

在治疗前,联合组患者的SAS评分为 $53.52 \pm 3.26$ 分,SDS评分为 $56.45 \pm 1.90$ 分,对照组患者的SAS评分为 $53.44 \pm 3.58$ 分,SDS评分为 $56.45 \pm 1.52$ 分,两组SAS评分比较, $T=0.110$ , $P=0.912$ ;两组SDS评分比较 $T=0.000$ , $P=1.000$ ( $P>0.05$ )。

在进行治疗后,联合组患者的SAS评分为 $41.67 \pm 2.57$ 分,SDS评分为 $42.76 \pm 1.45$ 分,对照组患者的SAS评分为 $47.42 \pm 3.18$ 分,SDS评分为 $48.67 \pm 1.53$ 分,两组SAS评分比较, $T=9.433$ , $P=0.000$ ;两组SDS评分比较 $T=18.807$ , $P=0.000$ ( $P<0.05$ )。

## 2.2 生活质量对比

联合组患者的物质生活评分为 $57.32 \pm 6.88$ 分、社会功能评分为 $61.46 \pm 7.45$ 分、心理功能评分为 $59.54 \pm 7.54$ 分、躯体功能评分为 $60.52 \pm 5.48$ 分,对照组患者的物质生活评分为 $48.78 \pm 7.55$ 分、社会功能评分为 $52.34 \pm 7.67$ 分、心理功能评分为 $51.12 \pm 6.69$ 分、躯体功能评分为 $50.83 \pm 5.76$ 分,两组患者的物质生活评分对比 $T=5.608$ , $P=0.000$ ;两组患者的社会功能评分对比 $T=5.647$ , $P=0.000$ ;两组患者的心理功能评分对比 $T=5.603$ , $P=0.000$ ;两组患者的躯体功能评分对比 $T=8.176$ , $P=0.000$ ( $P<0.05$ )。

## 2.3 治疗满意度对比

在进行不同的方式治疗后,联合组患者的满意度为100%(45/45),其中非常满意的患者有34名(75.56%),满意的患者有11名(24.44%),不满意的患者0;对照组患者的满意度为86.67%(39/45),其中非常满意的患者有28名(62.22%),满意的患者有11名(24.44%),不满意的患者6名(13.33%),两组患者的满意度对比 $T=6.4286$ , $P=0.0112$ ( $P<0.05$ )。

2.4 两组患者的心肺功能比较,见表1。

表1 心肺功能 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	VO <sub>2</sub> max/kg (ml/beam)	VO <sub>2</sub> max/HR (ml/beam)	METs	6MWD (m)	BNP (pg/ml)
对照组	45	13.2 ± 3.4	8.4 ± 2.0	7.8 ± 1.6	531.4 ± 76.0	433.7 ± 153.4
联合组	45	16.4 ± 4.6	10.5 ± 2.2	9.8 ± 1.7	447.5 ± 64.2	605.3 ± 167.1
t		3.7527	4.7380	5.7470	5.6572	5.0747
P		0.0003	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 治疗有效率对比, 见表2。

表2 两组患者治疗有效率对比(n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
联合组	45	27(60.00)	17(37.78)	1(2.22)	44(97.78)
对照组	45	25(55.56)	12(26.67)	8(17.78)	37(82.22)
X <sup>2</sup>					6.0494
P					0.0139

### 3 讨论

心力衰竭就是心脏功能极度减弱, 如果不及及时抢救让患者从衰竭中解脱出来就有生命危险<sup>[5-6]</sup>。心肌因种种原因收缩无力不能喷射足够的血液到外周的血管中, 满足全身组织代谢的需要时, 就会发生心力衰竭, 心力衰竭的临床表现是气急、颈静脉怒张、肝脏肿大、全身浮肿, 心率快而弱、脉搏细弱, 甚至摸不到, 包括急性心力衰竭、慢性心力衰竭, 主要取决于心力衰竭和心力衰竭的速度身体能及时产生代偿作用<sup>[7-8]</sup>。同时外周器官缺血, 导致各器官功能下降。肺循环淤血的表现是气短, 尤其是和体位相关的, 在卧位可以出现喘憋加重, 坐起后症状有缓解, 也可以出现夜间阵发性呼吸困难, 严重者出现端坐呼吸, 不能平卧<sup>[9-10]</sup>。心力衰竭的危害有以下几种体现: 首先就是自身方面, 心衰病人的生活质量大幅度下降。因为严重心衰的病人无法从事体力活动, 导致无法正常工作, 少数病人可能还会因此出现心理疾病, 对家庭产生影响。年轻的病人, 特别是扩心病的病人甚至会对婚姻生活产生影响。另外, 心衰病人通常伴有心脏扩大, 也可能造成其他并发症。其次就是社会方面, 心衰病人由于自身的病因很难融入社会生活, 从而导致人际关系易受影响。慢性心力衰竭患者的并发症常常出现心肌梗死、以及恶性的心律失常、晕厥、甚至是室性心动过速等症状。此外, 患者心脏不好常常会累及肺, 导致肺部感染, 同时其可能也会累及肾脏<sup>[11]</sup>。室上性心律失常多是由于病毒感染后累及到心脏导致心肌损伤的一种心脏疾病, 由于心脏是人体重要的泵血器官, 所以往往给人带来比较严重的伤害。慢性心力衰竭常见的并发症之一就室性心律失常。厄贝沙坦厄贝沙坦片是一种降压药物, 临床上主要用于治疗高血压。由于高血压是需要长期服药治疗的, 具有不可治愈的特点, 因此患者必须按照医生的嘱咐长期服药, 不可自行停药, 以免血压控制不好, 导致脑出血等并发症。对合并肥胖症的高血压患者, 建议多运动来控制体重, 也有利于血压的控制。除了对血压的治疗作

用外, 本品还可用于肾病综合征等疾病所致的尿蛋白升高, 也有一定的疗效。同时在冠心病二级预防当中也可以应用。胺碘酮具有扩张冠状动脉以及周围血管的作用。在临床当中, 可以用于预防和治疗室性心律失常, 比如说像持续性的室性心动过速、室颤。两者联合治疗慢性心力衰竭伴室性心律失常效果显著。

综上所述, 通过给予慢性心力衰竭伴室性心律失常患者胺碘酮联合厄贝沙坦治疗, 能够有效提高患者的治疗效果, 改善患者的心理状态, 值得临床治疗中广泛推广。

### 参考文献:

- [1]李翠芝,李景隆.胺碘酮联合厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭伴室性心律失常的临床效果[J].中国现代医生,2022,60(08):33-35+39.
- [2]曹一波.厄贝沙坦联合胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常患者的临床效果[J].中国医药指南,2021,19(32):87-88.
- [3]邱德和.厄贝沙坦氢氯噻嗪联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭合并房性或室性心律失常患者的临床效果[J].中国当代医药,2021,28(31):63-66.
- [4]张靖,沈静.探讨胺碘酮联合厄贝沙坦运用于慢性心力衰竭并室性心律失常治疗的临床效果[J].名医,2021(03):173-174.
- [5]刘璐.厄贝沙坦联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭合并房性或室性心律失常患者的疗效[J].人人健康,2020(02):235.
- [6]胡鹏里.胺碘酮结合厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的效果评估[J].心血管病防治知识(学术版),2020,10(02):29-31.
- [7]侯春风.分析厄贝沙坦与胺碘酮对慢性心力衰竭伴室性心律失常的临床治疗效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(35):67+72.
- [8]刘旭.厄贝沙坦联合胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的临床疗效分析[J].基层医学论坛,2019,23(28):4067-4068.
- [9]黎云,高日扬,林小亮.厄贝沙坦联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭合并房性或室性心律失常患者的疗效[J].心血管康复医学杂志,2019,28(04):466-469.
- [10]贾晓伟.胺碘酮联合厄贝沙坦治疗充血性心力衰竭并室性心律失常的效果分析[J].中国卫生标准管理,2018,9(03):73-75.
- [11]张海凤.胺碘酮联合厄贝沙坦治疗充血性心力衰竭并室性心律失常临床效果观察[J].河南医学研究,2017,26(18):3428-3430.