

胺碘酮与艾司洛尔治疗快速恶性心律失常的效果对比

刘丽治桃

宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750004

摘要：目的：对比分析胺碘酮与艾司洛尔治疗快速恶性心律失常的临床效果。方法：选取2022年5月-2024年10月期间在本院心血管内科收治的快速恶性心律失常患者140例，随机数字表法分为观察组（胺碘酮治疗）和对照组（艾司洛尔治疗）各70例，观察两组患者的治疗效果、心率恢复时间、不良反应发生率等指标。结果：两组在治疗效果、心率恢复时间及不良反应发生率方面存在差异（ $P < 0.05$ ）。结论：胺碘酮与艾司洛尔治疗快速恶性心律失常均有一定疗效，但胺碘酮在疗效和安全性方面表现更优，值得临床推广应用。

关键词：胺碘酮；艾司洛尔；快速恶性心律失常；治疗效果

快速恶性心律失常是心血管系统常见的急危重症，主要包括室性心动过速、心室颤动等类型。这类心律失常发病急骤，病情进展迅速，可在短时间内导致血流动力学严重紊乱，引发心源性休克、心力衰竭甚至猝死等严重后果，严重威胁患者的生命健康。随着人口老龄化加剧以及心血管疾病发病率的上升，快速恶性心律失常的发病率也呈现出逐年增高的趋势^[1]。因此，及时、有效地控制快速恶性心律失常对于改善患者预后、降低死亡率具有重要意义。目前，药物治疗是控制快速恶性心律失常的重要手段之一。胺碘酮和艾司洛尔是临幊上常用的两种抗心律失常药物，它们的作用机制不同，在治疗快速恶性心律失常方面各有其特点和优势^[2]。然而，关于这两种药物疗效和安全性的对比研究尚不充分，临幊在选择药物时缺乏足够的依据。本研究旨在通过对胺碘酮与艾司洛尔治疗快速恶性心律失常的效果，为临幊合理用药提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年5月-2024年10月期间在本院心血管内科收治的快速恶性心律失常患者140例。按照随机数字表法分为观察组和对照组，每组70例。观察组中，男性患者38例，女性患者32例；年龄（53.6±7.2）岁。对照组中，男性患者36例，女性患者34例；年龄（52.9±6.8）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：符合快速恶性心律失常的诊断标准，经心电图、动态心电图等检查确诊；患者或其家属签署知情同意书，愿意配合本研究的治疗和观察。排除标准：对胺碘酮或艾司洛尔过敏者；严重肝肾功能不全，无法耐受药物治疗者；存在严重电解质紊乱，如低钾血症、高钾血症等，可能影响心律失常治疗者；妊娠期或哺乳期妇女；合并有其

他严重疾病，如恶性肿瘤、严重呼吸系统疾病等，可能影响研究结果判断者。

1.2 治疗方法

观察组：采用胺碘酮进行治疗。首剂负荷量给予胺碘酮150mg，用生理盐水20ml稀释后，在10分钟内缓慢静脉注射。随后以1mg/min的速度持续静脉滴注，6小时后将滴注速度改为0.5mg/min维持。在治疗过程中，密切观察患者的心律、血压、心率等生命体征变化，若心律失常未得到控制，可间隔15-30分钟重复给予负荷量150mg，但24小时内总量不超过1200mg。待患者病情稳定后，可逐渐过渡为口服胺碘酮进行维持治疗。

对照组：采用艾司洛尔进行治疗。首剂负荷量给予艾司洛尔0.5mg/kg，在1分钟内快速静脉注射。随后以50μg/（kg·min）的速度持续静脉滴注。若治疗效果不佳，可每5分钟增加50μg/（kg·min），直至达到最大剂量300μg/（kg·min）。在治疗过程中，同样密切监测患者的生命体征，根据病情变化及时调整药物剂量。

两组患者在治疗期间均给予常规的心电监护、吸氧等支持治疗，同时积极治疗原发疾病，纠正电解质紊乱等。

1.3 观察指标

（1）治疗效果：根据患者用药后心律失常的控制情况进行评估，分为显效、有效和无效三个等级。显效：用药后30分钟内心律失常完全控制，恢复为窦性心律；有效：用药后30分钟-2小时内心律失常得到控制，转为窦性心律或心率较治疗前明显下降（室性心动过速患者心率下降≥20%，心室颤动患者转为室性心动过速或窦性心律）；无效：用药后2小时内心律失常未得到控制或病情进一步加重。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。（2）心率恢复时间。（3）不良反应发生率：如低血压、心动过缓、恶心呕吐、头晕、皮疹等。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%)进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、t检验; $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 治疗效果比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	70	35 (50.00)	30 (42.86)	5 (7.14)	65 (92.86)
对照组	70	28 (40.00)	25 (35.71)	17 (24.29)	53 (75.71)
χ^2 值		-	-	-	7.444
P值		-	-	-	0.006

2.2 两组患者心率恢复时间比较

观察组短于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 心率恢复时间比较(±s, min)

组别	n	心率恢复时间
观察组	70	16.25±3.78
对照组	70	21.36±4.52
t值		7.632
P值		0.000

2.3 两组患者不良反应发生率比较

观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 不良反应发生率比较[n(%)]

组别	n	低血压	心动过缓	恶心呕吐	头晕	不良反应发生率
观察组	70	2 (2.86)	1 (1.43)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (4.29)
对照组	70	5 (7.14)	3 (4.29)	2 (2.86)	1 (1.43)	11 (15.71)
χ^2 值		-	-	-	-	5.985
P值		-	-	-	-	0.014

3 讨论

快速恶性心律失常作为心血管系统急危重症的重要组成部分,其病理生理机制涉及多个层面的电生理紊乱过程。正常心脏电传导系统依赖于心肌细胞膜上离子通道的精确调控,维持着有序的去极化和复极化过程。在静息状态下,心肌细胞膜内外存在稳定的电位差,当受到刺激时,钠离子快速内流引发去极化,随后钾离子外流主导复极化过程,钙离子则参与平台期的维持。这种精密的离子转运平衡一旦被打破,就会导致细胞兴奋性、传导性和自律性的异常改变^[3]。在病理状态下,多种致病因素可干扰心肌细胞的正常电生理活动。心肌缺血缺氧时,ATP生成减少导致钠钾泵功能障碍,细胞内钠离子积聚,进而激活钠钙交换机制,引起细胞内钙超载。

同时,缺血区域pH值下降,酸性环境进一步影响离子通道功能,使得局部心肌组织形成折返环路的基质条件。炎症反应通过释放大量炎性介质,如肿瘤坏死因子- α 、白介素-1 β 等,直接损害心肌细胞膜结构,改变离子通道蛋白的表达和功能。电解质紊乱更是常见的诱发因素,钾离子浓度异常可显著影响心肌细胞的静息电位和动作电位时程,低钾时细胞膜兴奋性增高,易发生早后除极和触发活动;高钾则导致传导阻滞和心室颤动阈值降低^[4]。室性心动过速和心室颤动是快速恶性心律失常的典型代表。室性心动过速时,心室率通常较快,一般在100-250次/分钟,可导致心输出量急剧下降,引起头晕、晕厥、心力衰竭等症状,严重时可发展为心室颤动。心室颤动是一种更为严重的心律失常,此时心室失去有效的收缩功能,血液循环几乎停止,患者若不及时得到抢救,可在短时间内死亡。快速恶性心律失常的病因众多,冠心病是最常见的病因之一。冠心病患者由于冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧,容易引发心肌电活动的不稳定,从而诱发心律失常^[5]。此外,心肌病、心肌炎、心脏瓣膜病、电解质紊乱(如低钾血症、高钾血症、低镁血症等)、药物中毒等也可能导致快速恶性心律失常的发生。

随着现代医学技术的持续进步,针对快速恶性心律失常的诊疗手段不断丰富和完善。目前临幊上常用的治疗方式包括药物干预、电复律、导管射频消融术以及植入式心脏转复除颤器(ICD)等多种方法。尽管介入及器械治疗在特定人群中展现出良好的长期预后优势,但在急性发作期或基层医疗机构中,药物治疗仍占据重要地位,尤其在急诊处理过程中因其起效迅速、使用便捷等特点成为首选策略之一^[6]。合理应用抗心律失常药物不仅有助于快速终止心律失常事件,稳定患者生命体征,还可为后续进一步评估病因并制定个体化综合管理方案提供宝贵窗口时间。

本研究旨在比较不同药物对快速恶性心律失常患者的临床疗效与安全性差异,结果表明:观察组采用胺碘酮治疗后的总体有效率达到92.86%,显著高于对照组所使用的艾司洛尔治疗组(75.71%),两组间差异具备统计学意义($P < 0.05$)。这一发现提示,在当前研究设定条件下,胺碘酮相较于艾司洛尔更能有效地控制此类危重心律失常状态,显示出更强的即刻疗效和更高的成功率。胺碘酮作为III类抗心律失常药物代表,其药理机制复杂多样,兼具多离子通道阻滞特性。具体而言,该药可通过延长心肌细胞动作电位时程及有效不应期,抑制快钠电流内流以减缓传导速度,并同时降低窦房结自律

性，进而实现广谱抗心律失常效应。此外，胺碘酮尚具有非竞争性的 α 和 β 肾上腺素能受体拮抗活性，可在一定程度上发挥扩冠、增灌注、降氧耗等心血管保护功能，这对于合并存在心肌缺血背景下的患者尤为有益，亦可能是其提升整体疗效的重要辅助因素之一。就心率恢复时间指标来看，接受胺碘酮治疗的观察组平均所需时间为(16.25±3.78)分钟，相较之下，艾司洛尔对照组则需(21.36±4.52)分钟方可达到相似水平的心室率控制目标，两者之间差异同样具有统计学意义($P < 0.05$)。上述数据反映出胺碘酮凭借其多层次调控机制能够在更短时间内促使异常节律回归正常范围，从而改善全身循环状况，减轻器官灌注障碍风险。相比之下，艾司洛尔虽属高效选择性 β_1 受体阻断剂，但其作用靶点相对局限，故而在应对复杂型或多源性心律紊乱时可能表现略逊一筹。安全性方面分析显示，观察组不良反应发生率为4.29%，远低于对照组的15.71%，且经统计检验确认差异具显著性($P < 0.05$)。胺碘酮所致副作用通常程度轻微，主要包括短暂性低血压、缓慢性心律失常等情况，多数病例通过适当调整给药剂量或暂停用药即可自行缓解。本次试验中仅记录到3例轻度不适案例，未见严重并发症报告。相反地，艾司洛尔因较强的交感神经抑制能力可能导致较多系统性不良反应，如胃肠道刺激引发恶心呕吐、中枢神经兴奋相关头晕头痛等症状均有报道。

然而，本研究也存在一定的局限性。首先，本研究样本量相对较小，观察时间较短，可能存在一定的选择偏倚和测量偏倚。未来需要进一步扩大样本量，延长观察时间，进行多中心、随机对照试验，以更准确地评估胺碘酮与艾司洛尔治疗快速性心律失常的效果和安全性。其次，本研究仅观察了两种药物的短期疗效和不良反应，对于长期疗效和远期预后尚未进行评估。快速恶

性心律失常患者往往需要长期治疗和随访，未来的研究应关注两种药物的长期疗效和对患者生活质量、生存率等方面的影响。此外，对于不同病因、不同类型的心律失常，胺碘酮和艾司洛尔的疗效可能存在差异，本研究未对此进行详细分组分析，未来需要进一步深入研究，为临床个体化治疗提供更充分的依据。

综上所述，胺碘酮与艾司洛尔治疗快速性心律失常均有一定疗效，但胺碘酮在治疗效果、心率恢复时间和不良反应发生率方面表现更优，具有更高的临床应用价值。在临床治疗快速性心律失常时，应根据患者的具体情况，优先选择胺碘酮进行治疗。同时，未来的研究应进一步深入探讨两种药物的作用机制和疗效差异，为临床合理用药提供更科学、更全面的依据。

参考文献

- [1]敖桃宽.艾司洛尔等治疗快速性心律失常的临床观察[J].特别健康,2021(17):145.
- [2]刘艳丽,赵兰兰,邓亚新.艾司洛尔联合胺碘酮治疗老年急性心肌梗死合并室性心律失常患者的效果[J].中国民康医学,2025,37(12):31-34.
- [3]时磊,杨好远.艾司洛尔联合胺碘酮治疗冠心病合并心律失常患者的效果[J].中国民康医学,2024,36(11):11-14.
- [4]李勇,吉苗苗.艾司洛尔联合胺碘酮对急性心肌梗死合并快速型心律失常患者心电图的影响[J].临床医学工程,2023,30(11):1491-1492.
- [5]邓月娟,谭晓晖,关秀兰,等.艾司洛尔联合胺碘酮治疗急性心肌梗死合并快速型心律失常疗效及对心电图的影响[J].基层医学论坛,2023,27(20):23-26.
- [6]孙琰,张春园,杜宗雷.艾司洛尔联合胺碘酮对急性心肌梗死合并快速型心律失常患者心肌标记物及心电图指标的影响[J].中外医疗,2023,42(14):102-106.