

# 艾司洛尔+胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的效果分析

霍艳华

广州广钢新城医院 广东 广州 510000

**摘要:** **目的:** 探究慢性心力衰竭合并室性心律失常患者应用联合药物治疗的效果。**方法:** 将我院自2021年4月~2023年4月收治的68例患者纳入研究。采用盲摸双色球法均分为联合治疗组、胺碘酮组,各34例。胺碘酮组行胺碘酮治疗,联合治疗组加用艾司洛尔治疗。比较相关临床指标。**结果:** 联合治疗组治疗效果高于(97.06 vs 79.41)%胺碘酮组( $P < 0.05$ );联合治疗组心功能情况中LVEF(44.05±7.03 vs 32.95±8.12)%、LVESD(42.92±6.38 vs 50.72±6.42)mm、CO(4.91±0.82 vs 4.09±0.78)L、LVEDV(132.94±18.16 vs 142.97±15.48)ml、LVESV(69.05±6.45 vs 72.99±7.58)mm及QTc(61.25±3.42 vs 72.91±6.34)ms水平均优于胺碘酮组( $P < 0.05$ );两组不良反应发生情况对比(11.76 vs 17.65)%( $P > 0.05$ )。**结论:** 艾司洛尔联合胺碘酮治疗能够改善患者的治疗效果,提高心功能情况,且无明显不良反应发生情况。

**关键词:** 艾司洛尔;胺碘酮;慢性心力衰竭;室性心律失常;治疗效果;心功能情况;不良反应发生情况

慢性心力衰竭合并室性心律失常是指患者同时出现慢性心力衰竭和室性心律失常的疾病情况。慢性心力衰竭合并室性心律失常在全球范围内都是一种普遍存在的疾病,而且发病率还在不断的增加<sup>[1]</sup>。在我国,由于人口老龄化、社会压力大等相关因素的影响,慢性心力衰竭的发病率和患者数量也逐渐增加。临床表现上,患者的主要症状包括呼吸困难、乏力、水肿等,以及室性心律失常导致的心悸、胸闷、晕厥等症状。患者的生活质量明显下降,容易出现猝死等严重后果。慢性心力衰竭合并室性心律失常的具体机制还不完全清楚<sup>[2]</sup>。慢性心力衰竭可能导致室壁张力不均,电信号的传导速度减慢,从而增加风险。另外,心力衰竭引起的电解质紊乱也是导致室性心律失常的重要因素。该疾病危害性非常高。可能导致心室颤动、猝死等严重并发症。同时,慢性心力衰竭本身就是一种具有较高死亡率和复发率的疾病,合并室性心律失常后其预后更加不良。胺碘酮是一种抗心律失常药物,可以被用来治疗患者的室性心律失常<sup>[3]</sup>。然而,胺碘酮单独治疗存在一些不足之处。首先,胺碘酮会增加患者出现甲状腺功能异常、肺部不良反应等风险。其次,长期使用胺碘酮可能导致心房颤动发生率增加<sup>[4]</sup>。胺碘酮作为一种抗心律失常药物存在一些不足,需要综合考虑其他治疗手段来提高患者的生活质量和预后。有鉴于此,本文特进行如下研究。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

将我院自2021年4月~2023年4月收治的68例患者纳

入研究。采用盲摸双色球法均分为联合治疗组、胺碘酮组,各34例。联合治疗组男女之比为19:15。年龄58~79岁,均值为(67.42±6.83)岁;病程1~8年;均值为(3.51±1.42)年;NYHA心功能分级:3级21例,4级13例。胺碘酮组男女之比为20:14。年龄59~80岁,均值为(67.61±6.98)岁;病程1~8年;均值为(3.62±1.59)年;NYHA心功能分级:3级24例,4级10例。两组基础资料对比( $P > 0.05$ )。

**纳入标准:** (1)均为确诊慢性心力衰竭合并室性心律失常病例;(2)心功能NYHA分级3~4级;(3)经影像学确诊;(4)自愿参与研究。

**排除标准:** (1)对研究药物过敏;(2)器质性心脏病变;(3)因药物等原因导致的心律失常;(4)(5)近期内采用过其他手段进行治疗;(6)其他影响研究的情况。

### 1.2 方法

两组均行给予基础抗心衰治疗:给予患者扩张血管、利尿等基础方案。胺碘酮组行胺碘酮治疗:每天3次,每次0.2g,治疗7d后,每天2次,每次0.2g,治疗14d后,每天1次,每次0.2g。

联合治疗组加用艾司洛尔治疗:首次给药剂量为0.5mg/kg。后续采用微量泵注治疗,给药速度为每分钟0.05mg/kg。观察患者生命体征,如改善维持现状1~2d。如改善效果不足,每20min对剂量进行调整,最高速度为每分钟0.2mg/kg。连续治疗1~2d,两组均行为期28d的治疗。

1.3 观察指标

本次研究比较两组的治疗效果、心功能情况、不良反应发生情况。

1.3.1 治疗效果观察指标

将治疗效果分为显效（临床症状显著改善，心室率降低到每分钟60~80次。心功能改善 ≥ 2级或心功能1级。经心电图检查，恢复窦性心率。）、有效（临床症状有所改善，静息心室率每分钟60~100次。心功能改善 ≥ 1级。经心电图检查，室性期收缩及心律失常次数减少。）、及无效（不符合上述条件）。显效的判定标准为：有效的判定标准：无效的判定标准为：。治疗有效率 = (1-无效) / 34 × 100%。

1.3.2 心功能情况观察指标

统计并对比两组心功能情况。采用心脏彩超对患

者的左心室射血分数（LVEF）、左心室收缩末期内径（LVESD）、心排血量（CO）、左心室舒张末期容积（LVEDV）、左心室收缩末期容积（LVESV）、QTc间期（QTc）水平。

1.3.3 不良反应发生情况观察指标

统计并对比两组不良反应发生情况。

1.4 统计学分析

本次研究数据采用SPSS23.0软件进行统计学处理。计数资料采用 $\chi^2$ 检验，计量资料采用t检验， $P < 0.05$ 时，组间比较意义存在。

2 结果

2.1 治疗效果比较

联合治疗组治疗效果高于胺碘酮组，存有统计意义（ $P < 0.05$ ）；见表1所示。

表1 组间治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
联合治疗组	34	21 (61.76)	12 (35.29)	1 (2.94)	33 (97.06)
胺碘酮组	34	8 (23.53)	19 (55.88)	7 (20.59)	27 (79.41)
$\chi^2$	-	-	-	-	5.100
P	-	-	-	-	0.024

2.2 心功能情况比较

见表2所示。

联合治疗组心功能情况优于胺碘酮组（ $P < 0.05$ ）；

表2 两组心功能情况对比表（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	LVEF (%)		LVESD (mm)		CO (L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
联合治疗组	34	27.23±4.97	44.05±7.03	57.95±6.49	42.92±6.38	3.79±0.98	4.91±0.82
胺碘酮组	34	27.35±5.12	32.95±8.12	57.82±6.91	50.72±6.42	3.81±1.12	4.09±0.78
t	-	0.098	6.026	0.092	5.025	0.078	4.225
P	-	0.922	0.000	0.927	0.000	0.938	0.000

表2 两组心功能情况对比表（ $\bar{x} \pm s$ ）（续）

组别 (n=34)	LVEDV (ml)		LVESV (mm)		QTc (ms)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
联合治疗组	153.25±19.85	132.94±18.16	97.82±15.62	69.05±6.45	83.25±6.18	61.25±3.42
胺碘酮组	151.97±18.84	142.97±15.48	98.19±14.85	72.99±7.58	83.40±6.28	72.91±6.34
t	0.273	2.451	0.100	2.308	0.099	9.438
P	0.786	0.017	0.921	0.024	0.921	0.000

2.3 不良反应发生情况比较

两组不良反应发生情况对比（ $P > 0.05$ ），见表3所示。

表3 组间不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	例数	头晕	低血压	恶心呕吐	窦性心动过缓	不良反应率
联合治疗组	34	2 (5.88)	1 (2.94)	1 (2.94)	0 (0.00)	4 (11.76)
胺碘酮组	34	1 (2.94)	2 (5.88)	2 (5.88)	1 (2.94)	6 (17.65)
$\chi^2$	-	-	-	-	-	0.469
P	-	-	-	-	-	0.493

### 3 讨论

慢性心力衰竭是一种心脏疾病,其特征为心脏无法以足够的效率将血液泵送到身体各个部位。患者常常会出现疲劳、气促、水肿等症状。而室性心律失常是一种心脏电活动异常,导致心脏跳动不规则或过快的情况。这两种疾病的并存会进一步加重患者的症状,严重影响心功能<sup>[5]</sup>。艾司洛尔联合胺碘酮治疗的原理和药物作用机制是针对疾病特点而设计的。艾司洛尔是一种 $\beta$ 受体阻滞剂,它通过抑制儿茶酚胺的交感神经传导,可以减少心脏对交感神经的反应,降低心率、减轻负荷。胺碘酮是一种抗心律失常药物,主要通过不同机制延缓心脏电活动的传导速度,抑制室性心律失常的发作。艾司洛尔联合胺碘酮的作用机制相辅相成。艾司洛尔的 $\beta$ 阻滞作用可以减慢心室的收缩速度,改善心脏的舒张功能<sup>[6]</sup>。同时,胺碘酮作为一种抗心律失常药物,可以有效地抑制室性心律失常的发作,减少心脏电活动异常对心功能的不良影响。由于胺碘酮的抗心律失常作用,心脏的电生理稳定性得到改善,减少了心室颤动等严重室性心律失常的发作,从而降低了患者的猝死风险。艾司洛尔和胺碘酮的协同作用,可以改善心脏舒张功能,增加心脏的充盈能力,从而提高心功能。此外,艾司洛尔还具有抗重塑作用,可以减缓心脏结构和功能的恶化,有助于延缓慢性心力衰竭的进展。

艾司洛尔联合胺碘酮对改善治疗效果的影响是非常重要的。首先,艾司洛尔和胺碘酮都具有抗心律失常的作用。艾司洛尔通过抑制 $\beta_1$ 受体来减少心脏的兴奋性,从而降低室性心律失常的发生<sup>[7]</sup>。而胺碘酮则作为一种广谱抗心律失常药物,可抑制多种心律失常,包括室性心律失常。因此,艾司洛尔联合胺碘酮能够通过不同途径的作用机制,有效地改善室性心律失常在慢性心力衰竭患者中的发生率,进而提高治疗效果。其次,艾司洛尔联合胺碘酮对心功能的改善也是非常显著的。慢性心力衰竭患者通常存在心肌收缩力下降和舒张功能障碍等问题,这些导致了心功能的恶化。艾司洛尔能够通过减少心肌负荷和改善心肌供氧情况,进而提高心功能<sup>[8]</sup>。胺碘酮则能减少心房率的不规则性,从而改善心室充盈情况,提高心功能。综合来看,艾司洛尔联合胺碘酮能够协同作用,通过多种途径改善心功能,为患者提供更好的治疗效果<sup>[9]</sup>。艾司洛尔联合胺碘酮还可能对心脏重塑有积极作用。慢性心力衰竭患者常常存在心肌肥厚和心腔扩大等问题,这些与心脏结构的改变密切相关。研究显示,胺碘酮能够抑制心肌细胞增殖和胶原合成,并具有抗纤维化的作用,从而减缓心脏重塑的进程。而艾司洛尔则能够通过控制交感神经系统的活性,减少心肌的负荷和损伤,也有助于抑制心脏重塑的发

展<sup>[10]</sup>。因此,艾司洛尔联合胺碘酮对于减少心脏结构的改变和心脏重塑有一定的保护作用。艾司洛尔和胺碘酮是已经广泛临床应用的药物,剂量控制相对容易,且长期使用相对安全。胺碘酮还具有降低心律失常发作风险的优势。但是,胺碘酮可以引起甲状腺功能降低,对甲状腺激素代谢产生一定干扰。因此,在使用艾司洛尔联合胺碘酮治疗时需要注意监测患者的甲状腺功能。不同患者对药物的反应存在差异,有些患者对艾司洛尔联合胺碘酮可能无效或耐受性较差。因此,在治疗过程中需要根据患者的具体情况进行调整和监测。

综上所述,艾司洛尔联合胺碘酮治疗能够改善患者的治疗效果,提高心功能情况,且无明显不良反应发生情况。

### 参考文献

- [1]张永强,张桂红.利多卡因与胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的疗效比较[J].临床合理用药,2023,16(9):42-44.
- [2]冯谷.胺碘酮联合美托洛尔在慢性心力衰竭伴室性心律失常患者治疗中的临床双盲对照研究[J].中国医学创新,2023,20(17):149-152.
- [3]孙恒.胺碘酮联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的疗效及安全性分析[J].中国现代药物应用,2023,17(3):96-98.
- [4]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(8):33-35,39.
- [5]吴倩.慢性心力衰竭合并室性心律失常应用厄贝沙坦联合胺碘酮治疗的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2022,16(20):113-115.
- [6]陶虹霏,刘靖,高轶男,等.探讨胺碘酮治疗老年冠心病慢性心力衰竭患者室性心律失常的临床疗效[J].当代医学,2022,28(6):116-117.
- [7]刘叶.阿托伐他汀钙片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疗效分析[J].中国实用医药,2021,16(35):120-122.
- [8]尚庚峰.胺碘酮治疗冠心病慢性心力衰竭合并室性心律失常的临床疗效及不良反应发生率分析[J].健康之友,2021(24):289.
- [9]宗翠艳,刘丽新,秦宝圣.观察胺碘酮在治疗冠心病慢性心力衰竭患者室性心律失常中的临床疗效[J].健康之家,2021(13):86-87.
- [10]裴强,王强,羊镇宇,等.沙库巴曲缬沙坦对慢性心力衰竭患者的抗室性心律失常作用[J].实用心电学杂志,2021,30(5):342-345.