

# 急性心衰合并心律失常患者采用胺碘酮治疗方式的安全性和临床效果观察

朱建亮

山东省淄博市临淄区皇城中心卫生院 山东 淄博 255400

**摘要:**目的:分析急性心衰合并心律失常患者采用胺碘酮的临床疗效。方法:选取2022年7月-2023年7月本院64例急性心衰合并心律失常患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组32例,行常规治疗,观察组32例,联合胺碘酮治疗,比较两组临床疗效。结果:观察组的治疗有效率、FS、LVEF、SBP和DBP均明显高于对照组,不良反应发生率、心率、心功能分级、QTd和QTc间期均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:给予急性心衰合并心律失常患者胺碘酮治疗能有效改善心功能,加强疗效,不良反应少,具有推广价值。

**关键词:**急性心衰;心律失常;胺碘酮;不良反应;心功能

急性心衰是终末期心血管疾病患者的常见症,以老年人最为常见,该病受身体素质影响,常见表现有身体疲惫、脚部水肿和呼吸困难等<sup>[1]</sup>。根据来源部位,急性心衰被划分为两种,一种为急性左心衰,即来自左心系统,另一种为急性右心衰,即来自右心系统,患病时,血压常在短时间内上升,出现肺水肿或肺淤血等,若走路速度过快,会出现憋气。该病常伴有心律失常,出现倦怠、咳嗽等反应<sup>[2]</sup>。两种现象同时发生时,患者生活质量明显降低,死亡率增加,既往多采取抗心衰疗法,尽管能减轻症状,但整体效果不佳。在该合并症治疗中,胺碘酮属于首选药物,具有突出优势,目前关于其研究不多,缺乏理论支持。本次研究以急性心衰合并心律失常患者为对象,分析胺碘酮的应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2022年7月-2023年7月本院64例急性心衰合并心律失常患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组32例,男17例,女15例,年龄为38-74岁,平均年龄( $56.41 \pm 4.36$ )岁;观察组32例,男16例,女16例,年龄为37-73岁,平均年龄( $56.52 \pm 4.29$ )岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**纳入标准:**采取NT-pro-BNP、胸部X线、心脏超声和心电图等检查,证实为该病<sup>[3]</sup>;有完整资料;无胺碘酮禁忌证;知情同意本次研究。

**排除标准:**依从性差;伴有其他严重内科疾病;存在过敏史;伴有心源性休克、甲亢、低血钾、心源性休克和低血压等疾病。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

该组行常规治疗:提供吸氧,调节微循环环境,纠正电解质平衡,采取抗感染、利尿药和强心剂等疗法。

#### 1.2.2 观察组

该组联合胺碘酮治疗:首次选取150mg胺碘酮注射液(山东方明药业;国药准字H20041923),和5%葡萄糖溶液20ml混合,提供静脉注射,时间为10min,然后将速度控制在1.0-1.5mg/min,实施静脉滴注,观察病情,待其好转后,调整剂量,令其处于0.5mg/min,保证24h内用量小于等于800mg,控制好静脉给药时间,一般为4-72h。待病情改善且相对稳定后,选取胺碘酮片(华润紫竹药业;国药准字H11020014)200mg,令患者口服,每天3次,用药5-7d后,调整为每次200mg,每天2次,再给药5-7d,降为每次200mg,每天1次,维持该剂量。

#### 1.3 观察项目和指标

评价心脏有关参数<sup>[4]</sup>:检验两组治疗前后FS、LVEF、SBP、DBP和心率。评价心脏功能改善情况:观察NYHA心功能分级;监测心电图变化,包括QTd和QTc间期。评价治疗效果:显效为NYHA好转超过1级或正常,频发室性期前收缩量低于30%,成对室性期前收缩量低于20%,短阵室性心动过速出现概率低于10%;有效为NYHA好转1级,相关表现明显减轻,上述现象发生率分别低于40%、50%和50%;无效为心功能和症状均未改善或加重,对比两组治疗有效率。评价不良反应:包括心动过缓、血压下降和恶心。

#### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ )与(%)表示计量与计数资料,分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ ,差异有统计学

意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心脏有关参数比较

治疗后两组FS、LVEF、SBP和DBP均明显高于治疗前，心率明显低于治疗前，观察组变化更明显（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组心脏有关参数比较[ $n(\bar{x} \pm s)$ ]

指标	时间	观察组 ( $n=32$ )	对照组 ( $n=32$ )	$t$	$P$
FS	治疗前	0.81±0.06	0.82±0.04	0.784	0.436
	治疗后	0.99±0.07 <sup>a</sup>	0.87±0.06 <sup>a</sup>	7.363	0.000
LVEF	治疗前	0.43±0.08	0.44±0.07	0.532	0.597
	治疗后	0.61±0.12 <sup>a</sup>	0.53±0.10 <sup>a</sup>	2.897	0.005
SBP (mmHg)	治疗前	113.15±5.41	112.92±5.42	0.170	0.866
	治疗后	127.79±5.62 <sup>a</sup>	120.07±5.25 <sup>a</sup>	5.678	0.000
DBP (mmHg)	治疗前	70.24±4.34	70.36±4.28	0.111	0.912
	治疗后	79.99±4.54 <sup>a</sup>	71.12±3.42 <sup>a</sup>	8.828	0.000
心率 (次/min)	治疗前	166.75±10.29	167.45±10.18	0.274	0.785
	治疗后	125.57±5.40 <sup>a</sup>	120.07±5.61 <sup>a</sup>	3.996	0.000

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组心脏功能改善情况比较

观察组的心功能分级、QTd和QTc间期均明显低于对

照组（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组心脏功能改善情况比较[ $n(\bar{x} \pm s)$ ]

组别	例数	心功能分级 (级)	QTd (t/ms)	QTc间期 (ms)
观察组	32	1.58±0.21	38.11±7.78	461.16±36.64
对照组	32	2.35±0.23	52.32±7.61	494.74±34.16
$t$	/	13.986	7.386	3.792
$P$	/	0.000	0.000	0.000

### 2.3 两组治疗效果比较

对比治疗有效率，观察组更高（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

表3 两组治疗效果比较[ $n(\%)$ ]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	32	26	5	1	96.88
对照组	32	14	10	8	75.00
$\chi^2$	/	/	/	/	6.335
$P$	/	/	/	/	0.012

### 2.4 两组不良反应比较

对比不良反应发生率，观察组更低（ $P < 0.05$ ）。详见表4。

表4 两组不良反应比较[ $n(\%)$ ]

组别	例数	心动过缓	血压下降	恶心	发生率
观察组	32	0	1	1	6.25
对照组	32	2	4	4	31.25
$\chi^2$	/	/	/	/	6.564
$P$	/	/	/	/	0.010

## 3 讨论

心脏疾病不断进展，发展到末期常伴有心力衰竭，疾病具有较高致死率。急性心衰发作后，若治疗不当，

可能导致器质性心脏死亡，危险性高。在人口老龄化、生活压力增加、周围环境恶化等因素干扰下，急性心衰越发常见。患者会突然呼吸困难，在短时间内血压明显提升，或伴有肺水肿，或存在肺淤血，在端坐状态下，患者可正常呼吸，运动或过快走路后，会出现憋气等表现。部分患者之前存在慢性心衰，其相对稳定，后续在某诱因刺激下，引发急性左心衰表现，被称之为慢性心衰急性发作。若患者突然发生右心负荷增加，包括前壁伴有右室梗塞、肺栓塞等，突然侵袭肺，血压降低，提示可能出现急性右心功能不全，被称之为急性右心衰竭。同时并发心律失常时，会导致心衰恶化，死亡率提升。心律失常主要指的是心脏跳动节律、频率出现异常，包含两种，一种为遗传性，另一种为后天获得性，后者引发因素又分为两类，分别为全身性原因、心血管等疾病等病理性因素及情绪变化和运动等生理性因素，程度轻者主要症状有头晕、心悸等，程度严重者伴有猝死、晕厥等表现。该病诱发因素较多，包括心脏介入性治疗、麻醉过程、胸部手术和心导管检查等，同时，生活中也存在一些不良影响因素，包括大量运动、情绪激

动、大量饮用浓茶/咖啡或酒等<sup>[5]</sup>。

胺碘酮属于碘化苯并呋喃衍生物，是一种多通道阻滞剂。本品在抗心绞痛、抗心律失常中常用，冠状动脉扩张剂出现于1961年，70年代末被我国用于临床。作为广谱抗心律失常药物，胺碘酮被划分为Ⅲ类抗心律失常药物，但本品也能用于治疗Ⅰ和Ⅵ类，患者伴有心功能不良时，和Ⅰ类抗心律失常药物相比，Ⅲ类的安全性更高。胺碘酮具有复杂药理作用，用药后，可以将折返激动消除，作用于心肌传导纤维，对钠离子内流产生阻碍，将传导速度减慢，对冠状动脉和有关血管起到扩张作用，降低窦房结自律性，调节心脏功能。作为多靶点药物，和单靶点药物相比，其药效更突出，当下，本品在我国应用广泛，能有效改善室性早搏、房性早搏和窦性心律，防止心肌梗死患者出现心律失常，调节心房扑动及心房颤动，对于充血性心力衰竭患者，能显著提升其生存率，特别是恶性、顽固性心律失常，本品属于首选药，具有明确疗效。用药后，本品于体内转运速率相对较慢，但其亲和力较高，药物利用度通常为50%左右，在大剂量口服情况下，用药后3-7h，药物浓度达到峰值，药效持续时间短则几天，长则2周。如给药方式为静脉注射，达峰时间一般为15-30min内，药效消失时间约为4h。初始用药时，组织内会蓄积部分药物，特别是脂肪组织，经过数天后逐渐清除。本品代谢途径主要为肝脏，分泌渠道为胆汁，随粪便被排出体外，仅有少数以肾脏为途径排泄，以代谢产物形式经由尿液排出仅占1%，由此可见，即使患者伴有肾功能不全，也可以采取常规剂量本品。本品既会经由肝肾代谢，同时能够随乳汁、胎盘，到达婴儿体内，故妊娠期、分娩期女性禁用本品。本品安全性较高，分析其不良反应，有研究显示长时间服用本品，可能出现间质性肺炎，更有甚者会出现肺纤维化，发生率较低，提醒患者按时复诊，采取胸片检验，一旦出现肺部杂音、呼吸困难和咳嗽等现象，马上停药。因本品是一种含碘制剂，在长期、大剂量用药情况下，可能引发视觉、角膜改变，若患者病情严重，会产生角膜溃疡，选取甲基纤维素液，为患者滴眼，能缓

解病情。胃肠道系统、神经系统反应等，一般较轻，且大多可以自行好转。

本次研究结果显示和对照组比，观察组的FS、LVEF、SBP和DBP均更高，心率更低（ $P < 0.05$ ），提示联合胺碘酮可以稳定病情，减轻相应表现，控制心率、血压等指标。观察组的心功能分级、QTd和QTc间期均更低（ $P < 0.05$ ），表示联用胺碘酮，可有效改善心动早搏和阵发性心房颤动，特别是对于急性心肌梗死，作用显著。郭峰等研究结果证实该观点。观察组的治疗有效率更高（ $P < 0.05$ ），代表采取胺碘酮能加强疗效，快速改善病情，防范恶化。唐小丰以150例该合并症患者为对象，分成两组，其中一组采取常规抗心衰疗法，另一组联用胺碘酮，结果显示后者的总有效率为96.00%，前者为88.00%，有明显差异。观察组的不良反应发生率更低（ $P < 0.05$ ），表明胺碘酮安全性高，基本不会引发不良反应。说明应用胺碘酮可以促进急性心衰合并心律失常好转，尽快消除疾病，调节心功能。

综上所述，给予急性心衰合并心律失常患者胺碘酮治疗能有效改善心功能，加强疗效，不良反应少，具有推广价值。

#### 参考文献

- [1]陈银丰,程建生,李文平.参松养心胶囊联合胺碘酮对心衰伴室性心律失常患者QT离散度及N端脑钠肽前体水平的影响[J].内蒙古医学杂志,2023,55(5):563-565.
- [2]于长禹,旅朝霞.胺碘酮治疗心衰合并快速型心律失常患者的效果分析[J].中国实用医药,2023,18(4):112-114.
- [3]郭行博.急性心衰合并心律失常患者采用胺碘酮治疗方式的安全性和临床效果观察[J].北方药学,2023,20(2):140-142.
- [4]段盈佚.胺碘酮对老年慢性心衰合并心律失常的临床治疗效果分析[J].黑龙江科学,2022,13(10):90-91.
- [5]陈全涛,王嫣.西地兰联合胺碘酮治疗急诊重症心衰合并快速型心律失常患者的临床效果分析[J].中国实用医药,2022,17(2):108-111.