

胺碘酮联合酒石酸美托洛尔治疗慢性心衰合并室性心律失常的效果分析

徐小林

大理市第二人民医院 云南 大理 671003

摘要:目的:分析胺碘酮联合酒石酸美托洛尔治疗CHF合并VA的应用效果。方法:选取2022年11月-2023年11月本院CHF合并VA者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,行胺碘酮治疗,观察组39例,联合美托洛尔治疗,比较两组临床疗效。结果:观察组的治疗有效率、LVEF和CO均明显高于对照组,LVEDD、HR、SBP和DBP均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予CHF合并VA者联合用药治疗能有效维持生命体征,加强疗效,保护心功能,具有推广价值。

关键词:胺碘酮;酒石酸美托洛尔;慢性心衰;室性心律失常

慢性心衰属于临床多发病,致病原因主要有炎症、心肌病等,心肌受损,导致心肌功能、结构出现异常,心室无法发挥正常功能,包括充盈、泵血等,常见症状有体液滞留、呼吸困难等^[1]。CHF指的是持续心衰,表现形式能失代偿、恶化或稳定,CHF治疗目标主要为减轻病情,促使生活质量提高,阻碍心肌重构,提高生存率。CHF常并发VA,属于心血管内科多发病,来自心室,可能引发器质性心脏病。就体内心室而言,其于心脏泵血供应中至关重要,一旦出现VA,血流动力波动,易引发低血压,导致心力衰竭,心脏负担加重,进而猝死^[2]。疾病多采取药物治疗,选取胺碘酮,其效果明确,能将不应期、动作电位时程等延长; β 受体阻滞剂能降低VA发生频率,能防范猝死。本次研究以CHF合并VA者为对象,分析联合用药的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年11月-2023年11月本院CHF合并VA者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,男20例,女19例,年龄为34-71岁,平均年龄(57.41±4.16)岁;观察组39例,男21例,女18例,年龄为35-72岁,平均年龄(57.63±4.08)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合CHF合并VA诊断标准^[3],主要症状有乏力、头晕和早搏等;知情同意本次研究。

排除标准:由洋地黄、电解质紊乱等引发的VA;甲

状腺疾病;房室传导阻滞;慢性肺部;研究用药过敏。

1.2 方法

两组均采用基础疗法,如采取ACEI、利尿剂等,缓解心衰。对照组行胺碘酮(武汉五景药业;国药准字H42021103)治疗,用量为200mg,口服,每天3次,治疗1周,转换为每天2次,疗程为2个月。观察组联合美托洛尔(阿斯利康制药;国药准字H32025391),用量为12.5mg,口服,每天2次,观察患者血压、心率、心律等,如无异常,结合病情增加药量,可达到25-50mg。疗程为2个月。

1.3 观察项目和指标

评价生命体征^[4]:借助心电监护仪,测量心率和血压。评价心功能^[5]:借助彩超,检查LVEF、CO和LVEDD。评价治疗效果^[6]:显效为乏力、头晕等表现少见,心率不超过100次/min;有效为乏力、头晕等表现好转,心率减少不低于20%;无效为心率下降低于20%,表现未好转,对比两组治疗有效率。

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 χ^2 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生命体征比较

对比HR、SBP和DBP,观察组均更低($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组生命体征比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	HR (次/min)		SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	39	136.74±11.36	81.20±4.57 ^a	142.16±6.48	124.21±7.04 ^a	87.25±3.65	81.50±3.54 ^a

续表:

组别	例数	HR (次/min)		SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	39	137.12±10.41	103.47±4.32 ^a	143.26±6.17	139.62±7.72 ^a	87.41±3.49	84.46±3.64 ^a
<i>t</i>	/	0.154	22.115	0.768	9.211	0.198	3.641
<i>P</i>	/	0.878	0.000	0.445	0.000	0.844	0.000

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05。

2.2 两组心功能比较

详见表2。

两组LVEF、CO和LVEDD有明显差异(*P*<0.05)。表2 两组心功能比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	LVEF (%)		CO (L/min)		LVEDD (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	39	36.82±7.24	53.85±8.76 ^a	2.84±0.75	4.39±0.30 ^a	61.11±5.85	52.74±5.28 ^a
对照组	39	36.94±7.16	42.07±8.25 ^a	2.86±0.74	3.24±0.26 ^a	61.32±5.47	41.24±5.32 ^a
<i>t</i>	/	0.074	6.114	0.119	18.091	0.164	9.582
<i>P</i>	/	0.942	0.000	0.906	0.000	0.870	0.000

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05。

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	39	31	7	1	97.44
对照组	39	19	12	8	79.49%
χ^2	/	/	/	/	6.155
<i>P</i>	/	/	/	/	0.013

3 讨论

CHF大部分存在心脏病史,积极治疗病因,能有效调节预后,就老年CHF而言,病因主要为高血压、冠心病等,就年轻人而言,常见病因为急性重症心肌炎、风湿性心瓣膜病等^[7]。患者常存在VA,直接病因为心室心律失常,主要表现为乏力、头晕等,可能诱发室颤,导致猝死,第一时间明确病情,探讨VA产生诱因、引发因素等,制定适当疗法,以缓解病情^[8]。

胺碘酮是一种Ⅲ类抗心律失常药物,既能作用于房室交界区,又能干预窦房结,对钙离子内流产生阻碍,将心房肌、有效不应期等延长,阻碍房室旁路、心房传导,抑制心率,调节心律失常^[9]。分析本品电生理效应,其能于各部心肌组织发挥功效,将有效不应期、动作电位延长,可以将折返激动消除,妨碍钠离子内流,传导速度显著减少,窦房结自律性下降。针对动作电位高度、静息膜电位,影响较小。受复极过度延长影响,观

察患者心电图,其T波出现变化,Q-T间期增加。患者口服时,吸收速度较慢,关注其生物利用度,仅为50%,具有较大表观分布容积,包括存在较大脂肪的器官或者脂肪组织,然后为淋巴结、心肝肺等。相关回顾性研究显示,单一采取胺碘酮,尽管能改善病情,但基于心率控制方面,抑制作用有限,具有较大副作用,容易引发窦性心动过缓,导致窦性停搏,同时联合 β 受体阻滞剂,能加强疗效。采用 β 受体阻滞剂,能对心脏 β 受体形成阻滞,作用于迷走神经,对其张力进行调节,降低儿茶酚胺活性,对交感神经形成拮抗,有效不应期、动作电位时程明显延长,心率降低,耗氧量减少,能改善缺血表现,提高心脏稳定性。针对大多数心律失常,其引发因素均受交感活性增加影响。选用 β 受体阻滞剂,能对高交感活性产生拮抗,调节VA预后。对于心脏,美托洛尔存在高度选择性,安全性高,疗效明确,将其用于心律失常,效果明确。通过口服,能被患者快速吸收,观察其生物利用度,约为40%-50%,经由口服,血药浓度达峰时间为1.5h,就其血浓度而言,存在明显个体差异。药品处于血浆内,和血浆蛋白结合率约为12%左右,其排泄途径主要为尿液,观察血浆半衰期,约为3-4h,生效时间为用药60min左右,维持时间约为3-6h^[10]。无论是VA,还是前期收缩,采用本品均能加强疗效,同时能够抗纤颤,防范猝死。本品基本无不良反应,患者耐受性较高,即使患者肾功能减退,药物也基本不会蓄积,患者可以长时间用药。少数会出现胃肠不适,引发多梦、乏力、心

动过缓等表现,给予患者治疗,约2-4wk,会自动消失或好转,皮肤反应较为少见,例如瘙痒和红肿等。两种药物联用,能加强疗效,预防甲状腺亢进、肺部不良反应等,增加有效不应期,防范复发,减少猝死率。

本次研究结果显示和对照组比,观察组的HR、SBP和DBP均更低($P < 0.05$),表示联合用药能稳定生命体征,控制血压,降低心率。观察组的LVEF和CO均更高,LVEDD更低($P < 0.05$),代表联合用药可调节心功能。分析原因主要为加用美托洛尔,其能降低肾素含量,抑制血管紧张素Ⅱ,对交感神经活性形成阻断,促使血压降低。本品能作用于儿茶酚胺,减少其兴奋性,阻碍激动,进一步抑制心脏 β_1 受体,呈现出负性传导,形成负性变力,致使心率下降,心肌耗氧量降低,将RAAS系统阻断,缓解心肌过氧化应激,促使LVEF提升,心脏功能明显好转,联合胺碘酮,能基于多项机制,起到抗心律失常功效,促进心率下降,防范复发。观察组的治疗有效率更高($P < 0.05$),表明联合用药可加强疗效。褚龙等研究证实该观点。说明联合用药可以提升CHF合并VA疗效,调节心脏功能,稳定生命体征。

结束语

综上,给予CHF合并VA者联合用药治疗能有效维持生命体征,加强疗效,保护心功能,具有推广价值。

参考文献

[1]王银灶.胺碘酮联合美托洛尔急诊治疗室性心律失常对患者心动过速发作次数的改善作用[J].中国医药指南,2023,21(34):91-94.

[2]张洪敏.胺碘酮联合美托洛尔治疗急性心肌梗死室性心律失常患者的疗效分析[J].黑龙江医

药,2023,36(04):835-838.

[3]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.

[4]卢银苹.胺碘酮联合美托洛尔对室性早搏患者心功能和心肌标志物的影响[J].慢性病学杂志,2023,24(2):239-241.

[5]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.

[6]郭志华,李艳茹.炙甘草汤联合美托洛尔、胺碘酮治疗气虚血瘀型冠心病合并室性心律失常的效果及对血管内皮功能、QT间期离散度的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(1):118-120.

[7]叶满通.胺碘酮联合琥珀酸美托洛尔缓释片急诊治疗室性心律失常的效果及安全性[J].中国药物经济学,2022,17(12):66-68+72.

[8]张国新.美托洛尔联合胺碘酮治疗冠心病合并室性心律失常的临床疗效及安全性分析[J].吉林医学,2022,43(10):2748-2750.

[9]刘杰.室性心律失常应用胺碘酮联合琥珀酸美托洛尔缓释片急诊治疗的临床研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(25):56-58.

[10]顾小霞,张涛,闫振富,王丽君,赵智琛.美托洛尔联用小剂量胺碘酮对AMI伴室性心律失常患者心功能及预后的影响[J].中国药物滥用防治杂志,2022,28(8):1106-1109.