

胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常的疗效和安全性

刘秀娟 张谦 曾德珍
(贵州省人民医院 贵阳 550002)

摘要:目的:观察胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常的疗效和安全性。方法:58 例在心肺复苏过程中出现室性心律失常病人,首剂负荷剂量胺碘酮 3~5mg/kg 于 10~15min 内静脉注入,随后以 0.5~1.5mg/min 静脉泵入维持,若心律失常控制不满意,可间隔 30min 再静脉注射首剂负荷剂量,24h 总量为 1 200~1 500mg。结果:有效率为 93.1%,副反应发生率为 6.90%。结论:胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常有效且安全。

关键词:心肺复苏;室性心律失常;胺碘酮

中图分类号:R 541.7 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2007)01-0012-02

心律失常是各种心脏病的主要死亡原因,及时有效地处理各种心律失常是心肺复苏成功的关键步骤之一,胺碘酮是一种安全的抗心律失常药。本文对我院急诊科应用胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常的疗效和安全性进行探讨。

1 资料与方法

1.1 病例选择 58 例中男 32 例,女 26 例;年龄 28~78 岁,平均(50.6± 11.2)岁。患者心肺复苏过程中出现频发室性早搏 31 例,占 53.45%;短阵室性心动过速 20 例,占 34.48%;室颤 7 例,占 12.07%。

1.2 用药方法 胺碘酮首剂 3~5mg/kg 加生理盐水 20mL 稀释后,于 10~15min 静脉注入,随后以 0.5~1.5mg/min 静脉泵入维持,若心律失常控制不满意,可间隔 30min 再静脉注射首剂负荷剂量,对于 7 例室颤患者,均先行除颤,转复后再静脉泵入维持,硝酸甘油消耗量增加。

3.2 治疗结果

3.2.1 心绞痛症状疗效 见表 1。

表 1 2 组心绞痛症状疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	19(59.4)*	9(28.1)	4(12.5)	28(87.5)*
对照组	30	7(23.3)	14(46.7)	9(30.0)	21(70.0)

注:2 组比较,*P<0.05,有显著性差异。

3.2.2 心电图疗效 见表 2。

表 2 2 组心电图疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	8(25.0)	14(43.8)	10(31.2)	22(68.8)*
对照组	30	2(6.7)	10(33.3)	18(60.0)	12(40.0)

注:2 组疗效比较,*P<0.05,有显著性差异。

3.2.3 不良反应 2 组用药前后,肝、肾功能,血、尿常规均无明显变化,全部病例未发生不良反应。

4 讨论

冠心病不稳定型心绞痛,临床表现以心前区闷痛或压榨样疼痛、心悸气短、乏力为主,发病原因多种,机理复杂,报道甚多。一般研究多认为因冠状动脉粥样斑块不稳定、血管内皮损伤,使心肌缺血缺氧而致。该病属中医学“胸痹、心痛”范畴,中医学认为气为血之帅,血为气之母,气赖血载,血赖气行,气行则血行,气滞则血瘀。本病常见于中老年人,“年四十而阴气自半”,阳气渐虚,气虚则无力运血,血行不畅则瘀血内停,痹阻气机,气滞血瘀交结于胸,遂发胸痹之证。本文观察用药川芎嗪及阿魏酸钠都是从中药川芎中提取的活性生

脉注射胺碘酮 150mg,然后以 0.5~1.5mg/min 静脉泵入维持,滴注 1~3d,此后依据病情逐渐减量至停用,反复发作病人,加用口服制剂,600mg/d,1 周后减量。

1.3 观察指标 持续心电监护和生命体征监测,每日记录十二导联心电图,随时记录心律失常发生情况及用药前后心律、心率的变化,以室性早搏、短阵室性心动过速或室颤不发作作为有效。

2 结果

2.1 心律失常控制 24h 完全控制 12 例 (20.69%),24~48h 32 例(55.17%),72h 10 例(17.24%),无效为 4 例(6.90%)。其中 2 例广泛前壁心肌梗病人,心梗后 12h 发生心源性休克及出现室颤,反复多次除颤,并用胺碘酮首剂 150mg 静脉注入,20min 后又给 150mg 静脉注入,并以 0.75mg/min 静脉泵入维持,患者室颤仍反复发作,最终死亡;另有 2 例系药物中毒伴电解质紊乱,化学名分别是四甲基吡嗪、3- 甲氧基 -4- 羟基 - 苯丙烯酸钠,据研究表明,两药均可清除氧自由基及促进内皮细胞合成一氧化氮(NO),从而具有保护血管内皮细胞、扩张血管、降低血压、促进纤维蛋白溶解及降低血小板聚集性、增强红细胞变形能力、缓解高凝状态、使血流加快、血流量增加、改善微循环等作用[3~5]。

本研究结果显示,在常规的治疗药物基础上,加用川芎嗪注射液、阿魏酸钠注射液治疗,获得了更好的疗效。结果提示在西药治疗的基础上加用中药,可提高临床疗效,改善患者的生活质量。但尚缺乏大样本长期的临床疗效及预后观察,是否能减少心脑血管靶器官损害,减少急性冠脉综合征、再住院率及死亡率,尚待进一步研究。

参考文献

[1]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定型心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6): 409~412

[2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[J].中西医结合杂志,1993,13(5):571

[3]王万铁,林丽娜,徐正祥.川芎嗪对心脏瓣膜患者血小板聚集功能的影响[J].中国中西医结合杂志,2000,20(1):13~14

[4]李盈,严英,周伟生.川芎嗪防治缺血再灌注损伤作用机理的研究进展[J].中药新药与临床药理,2005,16(6):464~466

[5]赵同峰,邓华聪.阿魏酸钠的药理研究新进展[J].药学杂志,2001,16(3):135~136

(收稿日期:2006-05-23)

丹参酮ⅡA 穴位注射治疗慢性肝炎肝纤维化 40 例 临床疗效观察

江一平¹ 刘翔² 熊雯雯² 李学勇²

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西中医学院 2004 级硕士研究生 南昌 330006)

关键词:慢性肝炎;肝纤维化;丹参酮ⅡA;穴位注射;贺普丁

中图分类号:R 575.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-00

肝纤维化是各种慢性肝病的共同病理基础,是慢性肝炎向肝硬化及肝癌发展的必经阶段。因此有效地控制肝纤维化将是治疗慢性肝炎的关键所在。笔者自 2005 年 9 月~2006 年 2 月采用丹参酮ⅡA 多点穴位注射治疗慢性乙型肝炎肝纤维化 40 例,并与用苦参素治疗的 40 例进行对照观察,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

2 组 80 例均为我院门诊和住院的慢性乙型肝炎患者。慢性乙型肝炎及肝纤维化的诊断符合 2000 年 9 月第 10 次传染病和寄生虫病学术会议修订的诊断标准^[1]。2 组治疗前均未用药物或虽用过干扰素、甘草甜素及其他保肝护肝药但疗效不明显。对照组 40 例中,男 24 例,女 16 例;年龄(41.8±10.5)岁;病程 5~20 年,平均(12.4±5.1)年。治疗组 40 例中,男 25 例,女 15 例;年龄(42.6±11.7)岁;病程 5~23 年,平均(11.9±4.7)年。2 组患者的性别、年龄、病程、肝功能、肝纤维化等情况比较均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2 组患者均给予贺普丁 100mg,每日 1 次,长期进行抗病毒治疗,服用时间最短者 1 年,最长者达 3 年(均未发现明显副作用)。

2.2 胺碘酮用量 第一个 24h 静脉用量平均(1 013±83)mg,24h 总量(包括口服量)平均(1 452±195)mg,静脉维持滴注时间为 1~3d,平均(2±0.5)d。6 例病人在胺碘酮应用期间再次出现室速,除颤转复后给予胺碘酮 150mg 静脉注入,继予 0.75~1.5mg/min 静脉泵入维持。

2.3 不良反应 胺碘酮治疗过程中,共有 4 例发生不良反应,发生率为 6.90%。其中 2 例在追加负剂量、1 例在首剂负剂量时出现血压下降,经用多巴胺后血压上升;1 例在静脉用药第 3 天时发生窦性心动过缓,心率为 42~54 次/min,停用胺碘酮 24h 后心率恢复正常。

3 讨论

心肺复苏过程中经常见到各种心律失常,尤其室性心律失常为多见。除心肺复苏常规步骤外,及时准确地处理室性心律失常是心肺复苏成功的关键步骤之一。

胺碘酮属于Ⅲ类抗心律失常药物,但它具有Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ类抗心律失常药物的电生理作用,并且可非竞争性抑制 α 、 β 肾上腺能受体,属广谱抗心律失常药物。胺碘酮的负性肌力作用很轻,可降低主动脉和外周阻力,从而降低心脏后负荷,维持心输出量,抵消负性肌力作用。目前,在复苏中出现快速心律失常,主张首选胺碘酮^[1]。ARREST 试验结果还表明,在采取常规心肺复苏措施的过程中,静脉应用胺碘酮 300mg 可以提高院外心脏骤停病人的入院成活率^[2]。本组资料表明,胺碘

酮治疗,服用时间最短者 1 年,最长者达 3 年(均未发现明显副作用)。治疗组加用丹参酮ⅡA(商品名诺新康,批准文号:国药准字 H31022558)多点穴位注射,一般选用肝俞穴、期门穴、双侧足三里穴及三阴交穴,肝俞和期门每次任选一穴,每点注射丹参酮ⅡA 1mL,隔日 1 次,注射前注意消毒,以免引起局部感染;对照组加服苦参素胶囊,200mg/次,3 次/d,并同服一般保肝药物,如复合维生素 B、维生素 C、肝泰乐等。2 组疗程均为 3 个月。

3 疗效观察

3.1 检测指标 观察 2 组治疗前后症状与体征的变化;肝功能的变化,包括谷丙转氨酶(ALT)、总胆红素(TBil)、白蛋白(ALB)、白蛋白/球蛋白(A/G)等;血清肝纤维化指标:透明质酸(HA)、层黏蛋白(LN)、Ⅲ型前胶原(PIIIP)、Ⅳ型胶原(IV-C)。同时观察 2 组患者服药期间的不良反应。

3.2 统计学处理 计量资料均采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

3.3 2 组治疗前后肝功能的变化 见表 1。治疗组与对照组治疗后比较, $P<0.01$ 。

胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常总有效率为 93.1%。

室速或室颤是一种恶性心律失常,常伴有血流动力学改变,需即刻处理。临床上处理室速或室颤我们有以下体会:(1)室速或室颤如果伴有呼吸心跳停止或严重血流动力学障碍,应立即除颤并及时心肺复苏,心外按压和行人工呼吸是减少心律失常的复发或复苏成功的关键。(2)胺碘酮静脉负剂量后,心律失常控制不满意,可追加负剂量,在室速或室颤终止前或血流动力学改变前,不要终止胺碘酮的静脉维持量,如血压低可用多巴胺升压。(3)如反复发作室速或室颤,应及时除颤。(4)在心肺复苏过程中,要分析可能存在的引起心律失常的诱因,如电解质紊乱、药物毒副作用等,并进行针对性处理。

总之,胺碘酮治疗心肺复苏过程中出现的室性心律失常有良好的临床疗效。

参考文献

[1]The American Heart Association in Collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Advanced cardiovascular life support. Section: Introduction to ACLS 2000: overview of recommended changes in ACLS from the Guideline 2000 Conference [J]. Circulation, 2000, 102(S): 186~189
[2]Kudenchuk PJ, Cobb LA, Compass MK, et al. Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation [J]. N Engl J Med, 1999, 341: 871~878

(收稿日期: 2006-04-03)