

胺碘酮治疗心衰合并快速型心律失常患者临床分析

樊 蓉

(陕西省韩城市人民医院 韩城 715401)

摘要:目的:分析胺碘酮治疗心力衰竭合并快速型心律失常的临床治疗效果。方法:选取 2011 年 7 月~2014 年 8 月于我院进行治疗的 62 例心衰合并快速型心律失常患者作为研究对象,随机分为对照组(常规治疗组)和观察组(常规治疗+胺碘酮治疗组)各 31 例,统计并比较两组患者治疗后的心率、血压、症状缓解时间和不良反应情况。结果:与对照组相比,观察组的心率和症状缓解时间明显下降,收缩压和舒张压均上升, $P<0.05$,有显著性差异;两组患者均未见严重不良反应和死亡病例。结论:在针对心力衰竭合并快速心律失常患者的常规治疗基础上加用胺碘酮可显著提高患者的临床治疗效果,缩短症状缓解时间,无严重不良反应,安全有效,适合依据患者临床具体情况推广使用。

关键词:心力衰竭;快速型心律失常;胺碘酮;不良反应

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.008

心衰合并快速型心律失常多数见于冠心病和高血压性心脏病,患者常有烦躁易怒、面色苍白、呼吸短促、心悸、心前区疼痛等症状,严重者可发生昏厥、休克、充血性心力衰竭。给心衰患者滥用心率失常类药物可能导致病情的快速恶化,危害性较大^[1]。因此,探讨心衰合并快速型心率失常患者的临床用药方法并检测其临床效果具有十分重要的意义。胺碘酮是临床常见药物,常用于治疗心律失常,该药物通过静脉给药起效迅速,对患者的血流动力学无明显影响^[2]。我院为了观察胺碘酮治疗心衰合并快速型心律失常患者的临床效果,选取 62 例患者进行对照给药。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011 年 7 月~2014 年 8 月于我院进行治疗的 62 例心衰合并快速型心律失常患者作为研究对象,均经临床心电图诊断确诊为心衰合并快速型心律失常,随机分为对照组(常规治疗组)和观察组(常规治疗+胺碘酮治疗组)各 31 例。对照组女 14 例,男 17 例;年龄 42~77 岁,平均(56.9±4.3)岁;心衰分类:心肌梗死 5 例,缺血性心脏病 6 例,风湿性心脏病 6 例,高血压性心脏病 14 例。观察组女 16 例,男 15 例;年龄 43~72 岁,平均(54.0±6.5)岁;心衰分类:心肌梗死 7 例,缺血性心脏病 6 例,风湿性心脏病 7 例,高血压性心脏病 11 例。两组患者年龄、性别、疾病类型等基本资料比较, $P>0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予常规治疗,主要改善患者的心肌供血情况,提高患者的心脏功能,同时维持水电解质平衡。观察组在常规治疗的基础上加用胺碘酮,首剂负荷量为 75 mg,加入 0.9%氯化钠注

射液 20 ml 中静脉注射 10 min,然后以 1.0~1.5 mg/min 静脉滴注维持,依病情最终减量至 0.5 mg/min。如首剂负荷效果不佳则再隔 15~30 min 追加 75 mg 静脉注射,但注意 24 h 内静脉滴注总量不大于 800 mg。患者心率减慢后除静脉给药外,同时给予口服胺碘酮 400~600 mg/d,之后依病情逐渐减量,过渡至仅用口服药物维持治疗。

1.3 评价标准 观察两组患者治疗过程中的心室率、收缩压和舒张压等变化情况,同时注意观察不良反应。

1.4 统计学处理 所有临床资料均采用 SPSS18.0 统计学软件处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心率、收缩压、舒张压比较 观察组收缩压和舒张压均高于对照组,心率明显低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者心率、收缩压、舒张压比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	心率(次/min)	收缩压(mm Hg)	舒张压(mm Hg)
对照组	31	121±4	108.70±21.20	61.30±9.70
观察组	31	79±5*	131.50±19.90*	77.80±10.30*
χ^2 值		5.330	9.334	7.660
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者症状缓解时间和不良反应比较 见表 2。观察组症状缓解时间明显低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。两组患者均无严重的不良反应和死亡病例。此外,胺碘酮治疗过程中出现用药后血压下降 2 例,医护人员及时调低滴注速度至 0.5 mg/min,血压即稳定回升;局部出现轻微静脉炎 1 例,给予局部使用硫酸镁后症状得以稳定。3 例不良反应均容易控制,无严重后果。

表 2 两组患者症状缓解时间比较(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	症状缓解时间
对照组	31	46.21± 8.20
观察组	31	28.45± 6.39
P 值		<0.05

3 讨论

心衰是由于各功能性疾病或者心脏结构出现异常导致的心室充盈以及射血功能受损而引发的一系列症状,患者的体循环和肺循环出现淤血,呼吸功能障碍。心律失常是指心脏活动的起搏和(或)传导障碍导致心脏搏动的频率和(或)节律异常。心衰伴心律失常是心血管疾病中重要的一组疾病,最常见的表现为心房颤动和室性心律失常。由于其发病突然,或可致猝死,亦可持续累及心脏而衰竭,故临床上找到合适的药物控制疾病症状有重要意义。

对于出现房颤和心动过速的患者,单纯使用抗心律失常的药物更易导致心律失常的症状。在治疗心衰合并快速型心律失常的患者时,应选用高效低毒的药物,效果更好^[3]。胺碘酮对于心肌动作电位的影响主要因为其可以阻滞钾离子的复极化,通过增加折返的波长抑制或终止室速。对于急性心肌梗死、

心肌缺血的患者,临床表现为心脏功能异常和心律失常,需要尽快缓解心律失常而同时又不能影响血流动力学。胺碘酮静脉滴注起效快,可有效控制心室率,同时不影响血流动力学,负性肌力作用小,因而可作为治疗首选药物^[4]。

我院选取 62 例心衰合并快速型心律失常患者,根据是否给予胺碘酮分为两组,以观察胺碘酮治疗心衰合并快速型心律失常患者的临床效果。结果发现胺碘酮能使患者的心律和症状缓解时间明显减少,收缩压和舒张压升高。在使用胺碘酮的过程中,极少数的患者出现了不良反应,如轻微的静脉炎等,但经过临床针对性用药均能有效控制,其表现出对于心脏功能和心律失常的控制和调节作用明显,可以根据患者的具体情况选用,值得临床推广使用。

参考文献

[1]王瑞源,李文斌.胺碘酮治疗心衰合并快速型心律失常患者的疗效观察与护理[J].海南医学,2010,21(21):150-151
[2]胡国豪.静脉胺碘酮治疗急性心肌梗死并发室性心律失常的临床疗效[J].实用中西医结合临床,2008,8(4):13-14
[3]蒋文平.正确对待心力衰竭心律失常的治疗[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2012,26(1):1-2
[4]洪泽文.胺碘酮治疗心衰并心律失常的临床观察[J].广西医科大学学报,2008,25(6):964

(收稿日期:2014-10-23)

西格列汀与格列美脲治疗 2 型糖尿病疗效对比

张星钺 林贞明

(福建省福州市第一医院内分泌科 福州 350009)

摘要:目的:对比观察西格列汀与格列美脲治疗 2 型糖尿病的疗效及安全性。方法:对比分析使用西格列汀(n=28)与格列美脲(n=30)治疗 2 型糖尿病 10 周的降糖效果,比较两组糖化血红蛋白(HbA1C)、空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(PBG)、体重以及低血糖发生率。结果:两组治疗后 FPG、PBG、HbA1C 均明显下降(P<0.05);治疗 10 周后与格列美脲组对比,西格列汀组 HbA1C 下降更为显著(P<0.05);治疗 10 周后西格列汀组体重明显下降(P<0.05),而格列美脲组稍有增高;西格列汀组低血糖发生率明显低于格列美脲组(P<0.05)。结论:西格列汀治疗 2 型糖尿病降糖效果优于格列美脲,低血糖发生率低,且能降低体重,尤其适合肥胖患者。

关键词:2 型糖尿病;西格列汀;格列美脲;对比观察

中图分类号:R587.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.009

糖尿病患病率逐年上升,血糖未控制容易导致心、脑血管意外及糖尿病足、并发感染、继发肺结核等,而治疗过程中可能出现的低血糖反应及肝肾功能损害同样有可能会对生命造成威胁,因此选择具有疗效且安全的药物变得尤为重要。目前现行的治疗糖尿病的药物中双胍类及阿卡波糖类药物有明显肠胀作用,吸收和消化功能障碍者需谨慎用药,其中二甲双胍类药物经肾脏代谢,肾功能不全者容易出现乳酸性酸中毒。磺脲类及胰岛素有增加体重及低血糖风险,胰岛素容易导致高胰岛素血症,加重胰岛素抵抗。西格列汀是二肽基肽酶 4(DPP-4)抑制剂,

是一种新型的治疗糖尿病药物,通过抑制 DPP-4 的活性,防止胰高血糖素样肽 -1 (GLP-1)和葡萄糖依赖性促胰岛素释放肽(GIP)的降解,延长其活性,增加胰岛素分泌从而降低血糖,西格列汀促胰岛素分泌作用呈葡萄糖浓度依赖型,血糖水平高时才促进胰岛 β 细胞分泌胰岛素,同时抑制胰岛血糖 α 细胞分泌胰高血糖素,血糖正常时对胰岛不再产生刺激,从而保护胰岛细胞,因此西格列汀在降血糖的同时还能减少低血糖的发生^[1]。本文采用西格列汀治疗 2 型糖尿病 28 例,与格列美脲治疗 2 型糖尿病 30 例对比,取得较好疗效。现报告如下: