

同步直流电除颤治疗阵发性室上性心动过速疗效观察

张宇

(河南省淮阳县人民医院心血管内科 淮阳 466700)

摘要:目的:探讨阵发性室上性心动过速患者行同步直流电除颤治疗的疗效。方法:选取我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月阵发性室上性心动过速患者 98 例,按建档时间分组,每组 49 例。对照组给予胺碘酮治疗,研究组给予同步直流电除颤治疗,两组均持续治疗 10 d。观察并记录两组复律首次成功率、第 2 次成功率、总成功率,并统计两组疗效。结果:研究组首次成功率 67.35% (33/49)、总成功率 97.96% (48/49) 高于对照组 30.61% (15/49)、83.67% (41/49),差异有统计学意义 ($P < 0.05$);研究组治疗有效率 91.84% (45/49) 高于对照组 75.51% (37/49),差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:阵发性室上性心动过速患者行同步直流电除颤治疗效果显著,可明显提高复律成功率。

关键词:阵发性室上性心动过速;同步直流电除颤;胺碘酮

中图分类号:R541.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.028

阵发性室上性心动过速 (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia, PSVT) 为临床常见异位快速心律失常之一,患者心率增快至 150~250 次/min,持续时间短则数秒、长则数日,多由折返激动引起,部分患者因自律性增加及触发活动所致。PSVT 病症特点为心动过速骤然发作或停止,发病率约为 0.002%,老年人易发人群,轻者症状表现为胸闷、心慌,严重者则出现头晕、意识障碍,对患者生活质量造成极大影响^[1]。既往多采用三磷酸腺苷治疗,但会引起房室传导阻滞、窦性停搏、低血压等不良反应,影响治疗效果。本研究旨在探讨阵发性室上性心动过速患者行同步直流电除颤治疗的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月阵发性室上性心动过速患者 98 例,按建档时间分组,每组 49 例。研究组女 23 例,男 26 例,年龄 49~73 岁,平均 (55.41± 2.73) 岁;对照组女 24 例,男 25 例,年龄 51~74 岁,平均 (56.41± 3.01) 岁。两组基线资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 两组均采用高浓度吸氧等对症支持治疗。于此基础上对照组给予胺碘酮 (国药准字 H32024405) 治疗,150 mg 胺碘酮 +10 ml 生理盐水,静滴 10~15 min,观察心电图及复律情况,未复律者再以同法注射 1 次。研究组给予同步直流电除颤治疗,接通除颤器电源,电击选用 QRS 波直立且 R 波振幅最大的导联,应用能量 50~100 J/次,观察心电图及复律情况,未复律者再以同法电击 1 次,能量增加至 150 J/次。两组成功转复后,均静滴胺碘酮 1 mg/min,持续注射 6 h,再静滴胺碘酮 0.5 mg/min,持续注射 18 h,同时口服胺碘酮 0.2 g/次,3 次/d,持续治疗 10 d。

1.3 观察指标 (1)观察并记录两组复律首次成功率、第 2 次成功率、总成功率。(2)统计两组临床治疗效果,心室率 < 100 次/min 或较治疗前基础心率下降 > 20% 或转为窦性心律为有效;心室率 > 100 次/min 或较治疗前基础心率下降 < 20% 为无效,有效率 = 有效例数 / 总例数 × 100%^[2]。

1.4 统计学分析 通过 SPSS20.0 对数据进行分析,计数资料用 % 表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组复律成功率比较 研究组首次成功率 67.35%、总成功率 97.96% 高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组复律成功率比较 [例 (%)]

组别	n	首次成功	第 2 次成功	总成功
研究组	49	33 (67.35)	15 (93.75)	48 (97.96)
对照组	49	15 (30.61)	26 (76.47)	41 (83.67)
χ^2		13.230	1.186	4.405
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组临床治疗效果比较 研究组治疗有效率 91.84% 高于对照组 75.51%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床治疗效果比较 [例 (%)]

组别	n	有效	无效
研究组	49	45 (91.84)	4 (8.16)
对照组	49	37 (75.51)	12 (24.49)
χ^2			3.857
P			< 0.05

3 讨论

PSVT 常见于甲状腺功能亢进、慢性阻塞性肺病、心力衰竭、预激综合征、低血钾症、缺氧血症、心肌梗死、冠心病患者,诱发原因为饮酒、吸烟、疲劳过度、情绪过于激动等。PSVT 若不能给予及时有效治疗,则可引起抽搐发作、晕厥、血压下降、心脑血管不

足、心绞痛,甚至可猝死^[3]。因此,探究一种有效治疗 PSVT 的方法,对治疗原发病及提高存活率具有重要意义。

复律治疗包括药物复律、同步电复律,其中同步电复律是利用 R 波作为同步触发点,外加高能量电流作用于心脏,使所有或绝大部分心肌细胞于极短时间内同时除极,心电活动暂停,再由最高自律性起搏点重新主导心脏节律治疗过程,主要适用于阵发性室上速、房颤、房扑等快速型心律失常^[4]。电除颤的推广及使用为救治心脏骤停最重要决定因素,是提高心脏骤停患者存活率关键,为医学史上重要进步^[5]。同步直流电除颤治疗 PSVT 具有以下优势:(1)将与心电图上 QRS 波同步发放的直流电释放至心脏,所释放电流可使不同数量心肌纤维除极,进而消除心动过速;(2)通过精确控制的“电荷量”将失常心律恢复为窦性心律,有效避免服用药物而发生不良

反应,安全性较高。本研究结果显示,研究组首次成功率、总成功率均高于对照组,且研究组治疗有效率高于对照组($P < 0.05$),提示阵发性室上性心动过速患者行同步直流电除颤治疗,可明显提高复律成功率,提高临床治疗效果。综上所述,阵发性室上性心动过速患者行同步直流电除颤治疗效果显著,可提高复律成功率。

参考文献

- [1]王竟靖,王学忠,沙勇,等.射频消融术治疗阵发性室上性心动过速疗效观察[J].宁夏医科大学学报,2014,36(10):1163-1164
- [2]谢展雄,梁翠霞,王庆文,等.胺碘酮与普罗帕酮治疗慢性心房颤动复律的疗效与安全性比较[J].中国药房,2015,26(21):2916-2918
- [3]陈凯,刘健,陈建东,等.老年人阵发性室上性心动过速射频消融的特点[J].中国老年学杂志,2014,34(1):91-92
- [4]范景秀,石峻,郭应强.同步电复律治疗心脏术后房性心律失常的疗效及安全性观察[J].重庆医学,2015,44(21):2918-2920
- [5]杨倩,齐晓勇,党懿,等.他汀类药物对持续性心房颤动电复律后复发动影响的荟萃分析[J].中华心血管病杂志,2015,43(11):994-998

(收稿日期:2017-02-09)

缬沙坦联合阿托伐他汀钙对原发性高血压患者血管内皮功能及生活质量的影响

梁瑞东

(河南省鹿邑县人民医院心血管内科 鹿邑 477200)

摘要:目的:探讨缬沙坦联合阿托伐他汀钙对原发性高血压患者血管内皮功能及生活质量的影响。方法:选择我院 82 例原发性高血压患者,按随机数字表法分为对照组和观察组各 41 例。对照组予以缬沙坦治疗,观察组给予缬沙坦联合阿托伐他汀钙治疗。比较两组患者治疗前、治疗 3 个月后血管内皮功能指标内皮素-1(ET-1)、一氧化氮(NO)水平及患者的生活质量和临床效果。结果:治疗后,观察组 ET-1 水平显著低于对照组,NO 水平、生活质量评分及临床治疗总有效率均显著高于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:缬沙坦与阿托伐他汀钙联合应用治疗原发性高血压疗效显著,能有效改善患者血管内皮功能,提高生活质量。

关键词:原发性高血压;缬沙坦;阿托伐他汀钙;血管内皮功能

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.029

原发性高血压为高血压的主要类型,长期高血压状态可对患者心、脑、肾等重要器官造成严重损害,导致心律失常、心室肥大、颅内血管硬化等并发症的发生,影响患者生命健康^[1]。因此,及时、有效地治疗原发性高血压对改善患者预后、保障生命健康意义重大。目前临床应用较广泛的降压药物包括利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂与钙通道阻滞剂等,疗效尚可。本研究通过分组,观察缬沙坦联合阿托伐他汀钙对原发性高血压患者血管内皮功能及生活质量的影响。现报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月~2016 年 10 月我院收治的 82 例原发性高血压患者,按随机数字表

法分为观察组和对照组各 41 例。对照组男 23 例、女 18 例,年龄 42~78 岁,平均年龄(57.42±11.35)岁;观察组男 24 例、女 17 例,年龄 41~79 岁,平均年龄(56.67±10.83)岁。所有患者均符合《内科学》(第 8 版)中高血压的诊断标准^[2],已签署知情同意书,排除继发性高血压患者。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组予以缬沙坦治疗。第 1 周给予缬沙坦(国药准字 H20080820)80 mg/次,1 次/d;若第 2 周患者血压仍>90/60 mm Hg 则将剂量增加为 160 mg/次,1 次/d。观察组给予缬沙坦联合阿托伐他汀钙治疗。予以阿托伐他汀钙(国药准字 H20163163)10 mg/次,1 次/d,睡前服用。缬沙坦用