● 基层临床 ●

胺碘酮对冠心病快速室性心律失常患者心电变化的影响

靳飞鹏^{1,2} 高振华^{1,2} 孟银苔^{1,2} 贺青³

(1 河南省洛阳东方医院心血管内科 洛阳 471003; 2 河南科技大学第三附属医院心血管内科 洛阳 471003; 3 河南省中信中心医院重症医学科 洛阳 471003)

摘要:目的:探讨胺碘酮对冠心病快速室性心律失常患者心电变化的影响。方法:随机抽取2014年12月~2017年12月洛阳东方医院收治的72例冠心病快速室性心律失常患者,平行对照法分为研究组(常规治疗+胺碘酮)与对照组(常规治疗+普罗帕酮),每组36例。对比两组室性期前收缩数、短阵室速数、PR间期、QTc间期、QRS间期等心电指标变化及临床疗效。结果:治疗后,两组QTc间期均较治疗前延长,且研究组长于对照组, $P<0.05$;两组室性期前收缩数、短阵室速数均较治疗前减少,且研究组少于对照组, $P<0.05$;两组治疗前后PR间期、QRS间期比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;研究组心电图改善总有效率为91.67%,明显高于对照组的72.22%, $P<0.05$ 。结论:冠心病快速室性心律失常采用胺碘酮治疗,能有效改善心电指标,增强疗效。

关键词:冠心病;快速室性心律失常;胺碘酮

中图分类号:R541.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.071

冠心病快速室性心律失常在临床上较为常见,危害性较大^[1]。胺碘酮为常用广谱抗心律失常药物,能改善患者心功能,控制病死率^[2]。但临床上针对冠心病快速室性心律失常治疗中胺碘酮对患者心电变化影响的研究较少,且指标较为单一。本研究旨在探讨胺碘酮对冠心病快速室性心律失常患者心电变化的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取2014年12月~2017年12月洛阳东方医院收治的72例冠心病快速室性心律失常患者,平行对照法分为研究组和对照组各36例。研究组男20例,女16例;年龄52~78岁,平均(59.62±2.01)岁;病程5个月~4年,平均(1.92±0.84)年;心功能I级7例,II级12例,III级15例,IV级2例。对照组男22例,女14例;年龄53~77岁,平均(59.59±2.08)岁;病程6个月~4年,平均(1.90±0.79)年;心功能I级8例,II级13例,III级14例,IV级1例。两组临床资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 排除标准 排除合并肝肾功能异常、甲状腺功能异常、对研究用药过敏者。

1.3 治疗方法 两组均行常规治疗,包括吸氧、补液、纠正电解质平衡、硝酸酯类药物、降糖、降压等。对照组在此基础上加用普罗帕酮(国药准字

H37020793),150 mg/次,口服,3次/d。研究组在常规治疗基础上加用胺碘酮片(国药准字H19993254),第1周给予200 mg/次口服,3次/d;第2周给予200 mg/次口服,2次/周;第3周给予200 mg/次口服,1次/周,并维持治疗。两组均持续治疗8周。

1.4 观察指标和评定标准 (1)观察两组治疗前后心电指标变化,包括室性期前收缩数、短阵室速数、PR间期、QTc间期、QRS间期等。(2)临床疗效评定标准:治疗后24 h动态心电图显示室性期前收缩数较治疗前降低>90%,为显效;室性期前收缩数降低50%~90%,为有效;室性期前收缩数降低<50%,为无效^[3]。总有效率=显效率+有效率。

1.5 统计学分析 采用SPSS20.0统计软件分析数据,计数资料样本容量 $n>40$,且理论频数 $T>5$ 时,用 χ^2 检验; $n>40$,但 $1<T<5$ 时,用校正 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心电指标比较 治疗后,两组QTc间期均较治疗前延长,且研究组长于对照组, $P<0.05$;两组室性期前收缩数、短阵室速数均较治疗前减少,且研究组少于对照组, $P<0.05$;两组治疗前后PR间期、QRS间期比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表1。

表1 两组心电指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	n	室性期前收缩数(次/24 h)	短阵室速数(次/24 h)	PR间期(s)	QTc间期(s)	QRS间期(s)
研究组	治疗前	36	6 584± 1 320	7.400± 3.100	0.144± 0.012	0.380± 0.010	0.079± 0.013
	治疗后	36	2 710± 462*	1.250± 0.900*	0.145± 0.013	0.432± 0.041*	0.080± 0.012
	t		16.620	11.431	0.339	7.392	0.678
P		0.000	0.000	0.368	0.000	0.250	
对照组	治疗前	36	6 575± 1 296	7.500± 3.050	0.145± 0.011	0.381± 0.011	0.078± 0.014
	治疗后	36	3 850± 680	4.150± 2.500	0.145± 0.013	0.392± 0.025	0.080± 0.012
	t		11.171	5.097	0.000	2.416	0.000
P		0.000	0.000	0.500	0.009	0.500	

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 研究组总有效率为 91.67%，明显高于对照组的 72.22%， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	36	11(30.56)	22(61.11)	3(8.33)	33(91.67)
对照组	36	8(22.22)	18(50.00)	10(27.78)	26(72.22)
χ^2					4.600
P					0.032

3 讨论

冠心病快速室性心律失常发病机制较为复杂，考虑与氧自由基增多、心肌缺血等因素有关^[4-5]。当前，临床上多采用抗心律失常药物治疗，如普罗帕酮、胺碘酮等。其中，普罗帕酮属于广谱高效膜抑制性抗心律失常药物，能促使心肌兴奋性降低，使得动作电位时程、有效不应期延长，但部分冠心病快速室性心律失常患者采用普罗帕酮治疗效果仍不理想。而胺碘酮具有较强的抗心律失常作用。但临床上针对胺碘酮对心电指标产生的影响研究仍较少。刘晖等^[6]重点调查分析了扩张型心肌病合并室性心律失常患者给予胺碘酮与自拟养心复律汤联合应用的效果，发现胺碘酮在调节患者心电图 QT 离散度上有重要作用。刘艳^[7]发现，在心力衰竭并发室性心律失常患者治疗中应用胺碘酮，能有效调节心电图 QT 离散度，也证实了这一点。

本研究结果可以看出，治疗后两组 QTc 间期较治疗前延长，室性期前收缩数、短阵室速数均较治疗前减少，且与对照组比较，研究组改善效果更佳。笔者认为，这可能是因为胺碘酮能促使机体细胞内 Mg^{2+} 浓度提升，激活 ATP 酶活性，促使 Na^+-K^+ 泵、 Ca^{2+} 泵作用提升，且能提升细胞内 K^+ 浓度，改善心功能。此外，胺碘酮药效学、药代学、药理学较为复杂，个体反应差异较大。姚鑫宝等^[8]重点分析了胺碘

酮静脉用药患者的不良反应，认为胺碘酮药理作用所致 QT 间期延长虽然并不危险，但仍需引起高度重视；该研究还发现 QT 间期延长的一个独立危险因素为术后急性肾损伤，可能导致出现尖端扭转型室速，增加病死率。因此，在给药过程中需重视加强患者治疗中各项指标的监测，以预防不良事件。此外，两组治疗前后 PR 间期、QRS 间期差异均不显著。提示胺碘酮的应用不会对 PR 间期、QRS 间期产生较大影响。郭云丽^[9]调查分析了顽固性室性心律失常治疗中胺碘酮的应用效果，发现治疗 1 个疗程后，患者心电图 Q-T 期明显延长，但 PR 间期、QRS 波时限差异不显著，与本研究结果相符。此外，研究组总有效率为 91.67%，明显高于对照组的 72.22%， $P < 0.05$ 。凸显出胺碘酮在冠心病快速室性心律失常治疗中的有效性，能明显提高疗效，临床价值显著。

本研究局限之处在于所选病例数较少，且研究指标仍不丰富，作用机制尚不完善，故今后仍需加大研究力度，进行大样本、多中心调查分析。

参考文献

[1] 窦金媛,陈原,蒋敏.胺碘酮治疗急性心肌梗死后室性心律失常的临床效果观察[J].中国医疗设备,2016,31(S1):161-162
 [2] 白润爱,何勇.胺碘酮联合厄贝沙坦对充血性心力衰竭并室性心律失常的疗效观察[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(2):180-182
 [3] 郭靖涛,李文泽,张来军.实用心脏内科学[M].北京:科学技术文献出版社,2013.65
 [4] 郑宗泰,陈文芳,翁嘉全,等.致命室性快速心律失常心肌能量的代谢改变与氧化损伤[J].中国法医学杂志,2016,31(6):543-546
 [5] 夏国宏,郑争达,杨海燕.动态心电图检查老年冠心病心肌缺血和心律失常临床价值分析[J].医学影像学杂志,2016,26(2):354-356
 [6] 刘晖,朱颜.自拟养心复律汤联合胺碘酮对扩张型心肌病合并室性心律失常患者左室重构、心率变异性及 QT 离散度的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(26):2910-2913
 [7] 刘艳.胺碘酮联合稳心颗粒对心力衰竭并发室性心律失常心率、QT 离散度的影响[J].中国妇幼健康研究,2016,36(6):202-203
 [8] 姚鑫宝,林阳,张晓星,等.静脉用胺碘酮后 QT 间期延长危险因素分析[J].心肺血管病杂志,2017,36(1):10-13
 [9] 郭云丽.不同给药方案治疗顽固性室性心律失常的疗效分析[J].西南国防医药,2016,26(12):1445-1447

(收稿日期: 2018-05-12)

(上接第 113 页)差异($P > 0.05$)；随访 6 个月后，观察组纯音气导听阈水平显著低于对照组，CCES 评分显著高于对照组($P < 0.05$)。说明内镜下咽鼓管置管联合柴苓通窍汤治疗，可促进慢性分泌性中耳炎患者纯音气导听阈水平降低，并提高其生活质量。

参考文献

[1] 裴秋萍,李声岳,张燕平.鼻内镜下咽鼓管球囊扩张术治疗老年慢性分泌性中耳炎患者的疗效[J].中国老年学,2017,37(17):4364-4365
 [2] 汪宁波,兰春波,张恩琴,等.“T”型管置入配合中药治疗小儿慢性分泌性中耳炎的临床研究[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2014,22(5):361-362,364
 [3] 钟伦坤,孙永东,陈隆晖,等.鼻内镜下咽鼓管置管联合鼓室清窍汤冲洗治疗慢性分泌性中耳炎临床观察[J].南京中医药大学学报,2015,31(2):114-117

[4] 陈敏芬,潘兆虎,王海英.中西医结合治疗慢性分泌性中耳炎的临床研究[J].中国慢性病预防与控制,2013,21(4):465-466
 [5] 马钊恩,翟锦明,廖礼兵,等.咽鼓管球囊扩张术治疗慢性分泌性中耳炎的短期疗效观察[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2017,31(5):54-56
 [6] 张伶俐.益肾疏肝中药治疗慢性分泌性中耳炎疗效及对血小板活化因子、内皮素-1 及水通道蛋白的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(33):3697-3699
 [7] 李成光.通气散和二陈汤加味治疗分泌性中耳炎临床研究[J].中医学报,2013,28(8):1245-1246
 [8] 徐隽彦,刘春丽,倪立群.耳内镜下鼓膜置管或穿刺治疗慢性分泌性中耳炎的临床效果对比[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2015,22(1):21-23
 [9] 李研.鼻内镜下咽鼓管置管联合柴苓通窍汤治疗慢性分泌性中耳炎 40 例[J].河南中医,2016,36(8):1397-1399
 [10] 侯田培.柴苓通窍汤联合龙胆通窍丸治疗慢性分泌性中耳炎的疗效[J].中国民康医学,2018,28(1):70-71

(收稿日期: 2018-07-12)