

析其原因:介入治疗通过冠脉造影检查,可确定病变部位、血管狭窄程度以及血管壁情况,为干预治疗提供依据。通过置入球囊及支架,可开通闭塞血管,扩大血栓与抗凝、抗血小板等药物的接触面积,提升局部血药浓度,从而提升血栓清除率,减轻血管堵塞,改善血液流动性,避免静脉瓣膜粘连^[5]。血清 NT-proBNP 为多肽激素,主要由心室肌细胞分泌,具有利尿、扩张血管等作用,其水平升高多提示心肌细胞受损、心肌功能下降、心肌负担加重^[6]。BNP 为心衰定量标志物,可有效反映患者左室收缩及舒张功能、瓣膜功能以及右室功能,其水平上升多提示存在心力衰竭。LVEF 可反映机体心室射血功能,其水平下降,多提示心功能障碍。介入治疗通过疏通冠状动脉管腔,改善心肌血流灌注,减轻心肌缺氧、缺血症状,从而降低心肌细胞受损程度,调节 NT-proBNP 水平^[7]。此外,介入疗法可通过改善微循环,保护心肌细胞,继而增强患者心功能。术后联合盐酸替罗非班及低分子量肝素则可维持冠脉通畅,保护血管壁及心脏瓣膜,预防与经治冠脉突然闭塞有关的心肌缺血事件,缩短住院时间,优化患者结

局。

综上所述,介入治疗急性冠脉综合征效果显著,可调节患者血清 NT-proBNP 水平,改善其心功能,值得推广使用。

参考文献

- [1]刘凤琴,张文芹,黄春广.静脉溶栓后 PCI 联合治疗急性心肌梗死的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(16):2076-2077.
- [2]李金伟.急性冠脉综合征 PCI 术后应用替格瑞洛与氯吡格雷的效果分析[J].河南医学研究,2017,26(6):1090-1091.
- [3]中国医师协会急诊医师分会,中华医学会心血管病学分会,中华医学会检验医学分会.急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南[J].中华急诊医学杂志,2016,25(4):397-404.
- [4]杜梦阳,袁晋青.老年急性冠脉综合征合并心源性休克的治疗[J].中国分子心脏病学杂志,2017,17(2):2064-2067.
- [5]孙传福,刘天友,石岩,等.心肺功能支持下急性冠状动脉综合征伴心搏骤停患者的介入治疗[J].中华急诊医学杂志,2018,27(5):552-554.
- [6]李志霞,王玉丰,王蓓,等.急性冠脉综合征治疗前后 HCY、hs-CRP 及 NT-proBNP 含量的变化[J].中国实验诊断学,2017,21(6):1007-1009.
- [7]萧少武,王栋,高艳红.急性冠脉综合征介入治疗前后血浆氨基末端脑钠肽前体水平的变化研究[J].解放军预防医学杂志,2019,37(5):27-28.

(收稿日期:2020-09-14)

胺碘酮联合美托洛尔对快速心律失常患者心功能及不良反应的影响

尹世杰 余娟[#]

(河南省郑州市第九人民医院 郑州 450053)

摘要:目的:探讨胺碘酮联合美托洛尔对快速心律失常患者心功能及不良反应的影响。方法:选取 2017 年 2 月~2018 年 6 月治疗的快速心律失常患者 96 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 48 例。两组均进行常规治疗,在此基础上对照组实施胺碘酮治疗方案,观察组在对照组基础上实施美托洛尔治疗方案,比较两组患者治疗前后心功能及不良反应情况。结果:治疗后,观察组左心室舒张末期容积、左心室收缩末期容积均低于对照组,左心室射血分数高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组不良反应发生率 4.17%(2/48)低于对照组 33.33%(16/48),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:将胺碘酮联合美托洛尔治疗方案应用于快速心律失常患者中,可有效改善其心功能情况,减少不良事件发生,利于改善预后。

关键词:快速心律失常;胺碘酮;美托洛尔;心功能;不良反应

中图分类号:R541.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.031

快速心律失常是临床常发的心血管内科危急重症,常在静息状态骤然起病,病情进展迅速,具有较高的致死率,严重威胁患者生命健康,故采取及时有效的药物治疗方案来挽救患者生命具有重大的临床意义^[1]。当前,胺碘酮、美托洛尔都是很好的快速心律失常治疗药物,但随着病情的不断发展,单一胺碘酮或美托洛尔治疗方案起到的效果受到限制。有研究表明,胺碘酮与美托洛尔联合治疗心律失常的疗效更好,但相关研究较少^[2]。基于此,本研究旨在探

讨胺碘酮联合美托洛尔对快速心律失常患者心功能及不良反应的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 2 月~2018 年 6 月进入我院治疗的快速心律失常患者 96 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 48 例。观察组男 25 例,女 23 例;年龄 42~77 岁,平均年龄(62.91±7.42)岁;病程 1~2 h,平均病程(1.05±0.31)h;Lown 分级:Ⅰ级 30 例,Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 3 例,Ⅳ级 1 例。

[#]通信作者:余娟, E-mail: hnzyy1818@163.com

对照组男 24 例,女 24 例;年龄 41~75 岁,平均年龄 (61.46± 7.39) 岁;病程 1~3 h, 平均病程 (1.04± 0.33) h;Lown 分级: I 级 29 例, II 级 15 例, III 级 2 例, IV 级 2 例。两组一般资料相比,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准:诊断符合《诊断学》^[2]快速心律失常诊断标准;参考心律失常危险性 Lown 分级系统将快速心律失常进行分级,0 级为无室性期前收缩, I 级为室性期前收缩 <30 个/h, II 级为室性期前收缩 ≥30 个/h, III 级为多形性室性期前收缩, IV 级为成对或 >3 个连发的室性期前收缩;签署知情同意书。排除标准:严重心力衰竭、心律失常者;有明显药物过敏者或过敏体质者;患肾脏、肝脏等脏器疾病者;患精神疾病者。

1.3 治疗方法 两组均进行常规心电图、动态心电图监测、心脏彩超检查,进行抗凝、抗血小板聚集、心脏保护治疗。对照组采用胺碘酮治疗方案:把 150 mg 盐酸胺碘酮注射液(国药准字 H20044923)加入 5% 的 20 ml 葡萄糖注射液(国药准字 H32024273)中,10 min 内静脉推注,之后以 1 mg/min 速率静脉滴注维持,6 h 后调整速率为 0.5 mg/min 静脉滴注维持,控制日用药量在 1 200 mg 内,持续治疗 1 周。观察组在对照组基础上加用美托洛尔治疗方案,在胺碘酮治疗结束后 30 min,将 5 mg 注射用酒石酸美托洛尔(国药准字 H20060054)稀释后进行静脉注射,0.5~1.0 mg/min,注射完成时间控制在 5 min 内。严重者可酌情加量,于 5 min 后再进行上述治疗,控制日用药量在 15 mg,连续治疗 1 周。

1.4 观察指标 (1)心功能指标:分别于治疗前及治疗 1 周后选取美国惠普公司 5000 型号彩色多普勒超声诊断仪检测左心室舒张末期容积(LVEDV)、左心室收缩末期容积(LVESV)及左心室射血分数(LVEF)。(2)不良反应发生情况:比较两组患者治疗期间恶心呕吐、血压下降、窦性停搏、静脉炎等不良反应发生情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料以 % 表示,组间比较采用 χ^2 检验,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能指标对比 治疗前,两组 LVEDV、LVESV、LVEF 比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);治疗后,观察组 LVEDV、LVESV 均低于对照组, LVEF 高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

见表 1。

表 1 两组心功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	LVEDV(ml)	LVESV(ml)	LVEF(%)
治疗前	对照组	48	147.78± 29.36	96.53± 20.42	32.68± 5.47
	观察组	48	147.68± 28.35	96.54± 21.38	32.53± 5.45
	t		0.017	0.023	0.135
	P		0.987	0.998	0.893
治疗后	对照组	48	140.87± 28.42	83.85± 20.12	34.89± 5.96
	观察组	48	121.12± 24.03	70.13± 15.95	42.24± 6.64
	t		3.677	3.702	5.707
	P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组不良反应发生情况对比 观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组不良反应发生情况对比 [例(%)]

组别	n	恶心呕吐	血压下降	窦性停搏	静脉炎	总发生
对照组	48	1(2.08)	3(6.25)	3(6.25)	9(18.75)	16(33.33)
观察组	48	0(0.00)	1(2.08)	1(2.08)	0(0.00)	2(4.17)
χ^2						13.402
P						0.000

3 讨论

快速心律失常多发于冠心病、心绞痛、心肌炎等心血管疾病中,临床症状多为胸闷气短,甚至会出现血压骤性下降、跌倒等,严重者常造成器质性心脏疾病或损伤多器官功能性^[4]。如果不能采取及时有效的治疗措施,会损害患者身心健康,甚至造成患者死亡,严重威胁生命健康。因此,及早采取及时有效的药物治疗对于增加快速心律失常患者的抢救成功率有着十分重大的救治意义。

目前,临床主要采取胺碘酮、美托洛尔等单一抗心律失常药物来治疗快速心律失常。胺碘酮是一种 III 类抗心律失常药物,能够起到抑制 α 及 β 肾上腺素受体的作用。胺碘酮可以延长心肌组织的动作电位时程及有效不应期,有利于消除折返激动^[5]。胺碘酮对室性期前收缩、房性期前收缩有着良好治疗作用,药效强且病情控制速度快,能够有效预防室性心动过速、心房扑动、心房颤动及心室颤动等的反复发作,对维持心房颤动、心房扑动等电转复治疗有着良好的稳定作用。同时胺碘酮还能有效改善心肌缺血症状,调节患者血脂代谢水平以减弱冠状动脉硬化程度,发挥缓解心绞痛并发快速心律失常症状的作用^[6-7]。但单一静脉注射胺碘酮治疗快速心律失常,具有时效性不强的局限性^[8]。美托洛尔能够有效阻断 β_1 受体,缓解心率过快的情况,降低并控制心脏收缩力在合理范围内,减弱心房室传导时间、心脏自律能力,降低支气管平滑肌、血管收缩力的同时不对患者正常呼吸功能造成损害,药效显著且治疗效果持续时间长^[9-10]。美托洛尔对心肌梗死、心绞痛、心律失常等

疾病均有良好的治疗效果。胺碘酮联合美托洛尔可强化抗心律失常效果,利于改善预后。

本研究结果显示,治疗后,观察组 LVEDV、LVESV 均低于对照组,LVEF 高于对照组,且治疗期间不良反应发生率低于对照组,表明胺碘酮联合美托洛尔可有效提高快速心律失常患者心功能指标,降低不良反应发生率。综上所述,将胺碘酮联合美托洛尔方案应用于快速心律失常患者中,可有效改善其心功能,减少不良事件发生,利于改善预后。

参考文献

[1]江玲,陈日锦,何就明,等.美托洛尔联合胺碘酮治疗 AMI 并发快速心律失常的可行性及安全性[J].现代诊断与治疗,2017,28(21):3986-3988.
[2]魏显敬,谢莲娜,王凯君.胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速性心律失常疗效及安全性评价[J].陕西医学杂志,2018,47(6):796-799.
[3]万学红,卢雪峰.诊断学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018:506.

[4]景国强.盐酸胺碘酮片、盐酸美心律片治疗老年冠心病伴快速心律失常对照分析[J].中国心血管病研究,2018,16(6):546-549.
[5]董海花.胺碘酮治疗急性心衰并快速心律失常的疗效评估[J].实用中西医结合临床,2018,18(12):65-67.
[6]刘纪敏,王强,尚小景.急诊应用胺碘酮治疗冠心病并发快速心律失常的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(6):777-778,781.
[7]陈新光,曹钰琨,朱娅楠.胺碘酮治疗急诊危重症合并快速心律失常患者的疗效及安全性研究[J].中国医药导刊,2017,19(10):1014-1017.
[8]高波,许红阳.胺碘酮联合 β 受体阻滞剂治疗急性心肌梗死并发快速心律失常的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(8):882-884.
[9]葛晓平,华崇俊,杨俊.胺碘酮联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗对快速心律失常患者血压和心率的影响[J].中国慢性病预防与控制,2017,25(6):463-465.
[10]张文艳,胡钢英,陈素琴.胺碘酮联合美托洛尔治疗快速心律失常疗效和安全性的 Meta 分析[J].疑难病杂志,2017,16(11):1141-1144.

(收稿日期:2020-08-26)

定悸方联合西医治疗阵发性房颤气阴两虚证的疗效观察

杨俊国¹ 郭会军^{2#}

(1 中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院 河南郑州 450007;

2 河南中医药大学第一附属医院 郑州 450000)

摘要:目的:探讨定悸方联合西药治疗气阴两虚证阵发性房颤的临床疗效。方法:将 2016 年 10 月~2018 年 3 月接受胺碘酮治疗的 49 例阵发性房颤患者纳入对照组,同期接受胺碘酮联合定悸方治疗的 49 例患者纳入观察组。两组均连续治疗 8 周,比较两组临床疗效、中医证候积分及血清炎症介质水平。结果:观察组临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 8 周后,两组中医证候积分及超敏 C-反应蛋白、白介素-6、肿瘤坏死因子- α 水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:气阴两虚证阵发性房颤采用定悸方与西药联合治疗可提升临床疗效,缓解临床症状,减轻炎症反应。

关键词:阵发性房颤;气阴两虚证;定悸方;炎症介质

中图分类号:R541.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.032

房颤即心房颤动,属于较为常见的心律失常,随着病情不断进展,可引发心力衰竭、脑卒中等严重后果,甚至导致患者死亡^[1]。目前,临床上对于房颤的治疗已不仅仅局限于控制患者发病率及病死率,还应积极预防及治疗阵发性房颤,以缓解患者临床症状,消除心室重构,延缓心房重建,避免阵发性房颤发展为持续性房颤^[2]。近年来,中医药在房颤的治疗中广泛应用,且取得良好的成效。本研究主要探讨定悸方联合西药治疗气阴两虚证阵发性房颤的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 10 月~2018 年 3 月接受治疗的阵发性房颤患者 98 例,根据治疗方案分为对照组和观察组各 49 例。对照组男 27 例,女 22 例;年龄 61~82 岁,平均年龄(72.06 \pm 4.73)岁;体质量指数 19~26 kg/m²,平均体质量指数(22.56 \pm 1.06)kg/m²;病程 2~8 年,平均病程(4.19 \pm 1.14)年。观察

组男 26 例,女 23 例;年龄 60~81 岁,平均年龄(71.93 \pm 4.67)岁;体质量指数 19~27 kg/m²,平均体质量指数(22.61 \pm 1.09)kg/m²;病程 2~9 年,平均病程(4.23 \pm 1.18)年。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准 西医诊断参考《心房颤动:目前的认识和治疗建议—2015》^[3]中阵发性房颤诊断标准。中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定,辨证为气阴两虚证,主证:心悸、神疲乏力、失眠;次证:气短、懒言、口干烦躁、少寐多梦、自汗盗汗;舌红、少苔,脉细数,无力。

1.3 入选标准 纳入标准:房颤持续时间不超过 7 d;签署知情同意书;精神正常可正常交流。排除标准:合并肝、肾等功能不全者;对本研究药物过敏者;治疗依从性较差者。

1.4 治疗方法 两组均采取营养支持、降压、降糖、

通信作者:郭会军, E-mail: 961777680@qq.com