

美托洛尔联合胺碘酮治疗快速心律失常的临床观察

王永红, 唐烨晖, 张建国

(怀化市第一人民医院老年科, 湖南 怀化 418000)

摘要: **目的** 比较美托洛尔联合胺碘酮治疗快速心律失常的疗效。 **方法** 回顾性选择 2008 年 6 月 ~ 2012 年 6 月在本院治疗的 266 例快速心律失常患者,按照用药不同将其分为美托洛尔组、胺碘酮组及联合用药组,观察治疗前后各组临床症状的变化。 **结果** 治疗后 3 组患者多数均痊愈,美托洛尔组、胺碘酮组及联合用药组有效率分别为 71/88(80.68%)、66/89(74.16%)和 81/89(91.01%),联合用药组疗效明显高于美托洛尔组和胺碘酮组($\chi^2 = 4.8246, P < 0.05$; $\chi^2 = 10.0586, P < 0.05$)。 **结论** 美托洛尔与胺碘酮联合治疗快速心律失常,效果满意,值得临床推广。

关键词: 快速心律失常; 美托洛尔; 胺碘酮

中图分类号: R541.7

文献标识码: A

快速心律失常是临床急诊常见多发病^[1],可单独发病,但也常与心血管病伴发。抗快速心律失常药物分为 5 类:钠通道阻滞剂、 β 受体阻滞剂、钾通道阻滞剂、钙通道阻滞剂和其他类^[2-3]。 β 受体阻滞剂已广泛应用于高血压、心力衰竭、冠心病等疾病的治疗,其疗效得到临床医师的共识,但对其良好的抗心律失常作用却往往认识不足,在抗心律失常的治疗中常处于“帮手”地位^[4]。本院在 2008 年 6 月 ~ 2012 年 6 月对住院的快速心率失常患者使用美托洛尔联合胺碘酮治疗心律失常,临床效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选择 2008 年 6 月 ~ 2012 年 6 月在本院住院的快速性心律失常患者 266 例,病因为冠心病 173 例,风湿性心脏病 70 例,扩张型心肌病 23 例。按照用药不同将其分为美托洛尔组、胺碘酮组及联合用药组。美托洛尔组 88 人,其中男性 48 例,女性 40 例,平均年龄 47 岁;按心电图结果分为室性早搏 43 例、持续性房颤 32 例、室上速 13;给予美托洛尔一次 12.5 mg,每天 2 次,总剂量为 25 mg。胺碘酮

组 89 人,其中男性 46 例,女性 43 例,平均年龄 48 岁;按心电图结果分为室性早搏 45 例、持续性房颤 32 例、室上速 12;给予口服胺碘酮 0.3 g,每日 2 次。联合用药组 89 人,其中男性 47 例,女性 42 例,平均年龄 44 岁;按心电图结果分为室性早搏 41 例、持续性房颤 36 例、室上速 12;美托洛尔和胺碘酮均按照上述方法使用。3 组病例在年龄、性别、临床类型方面均无显著差异($P > 0.05$),有可比性。药物剂量采用个体化,根据心律、心率及血压情况及时调整。

1.2 观察指标

比较分析各组治疗前后检查的心电图、血常规、尿常规、肝及肾功能结果,记录用药后各种症状的改变及结果,并加以比较。

1.3 疗效评定标准

参照 1979 年全国中西医结合防治冠心病、心律失常研究座谈会制定的《心律失常严重程度及疗效参考标准》,定义为:(1)显效:临床症状消失,心率平均减慢大于 10 次/min,窦性心率大于 60 次/min,心电图恢复正常;(2)有效:症状及心电图明显改善,心率平均减慢 5 ~ 10 次/min;(3)无效:未达到有效水平,或与治疗前基本相等^[5-6]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

采用 SPSS14.0 统计学软件进行分析处理,计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 各组疗效的比较

美托洛尔组、胺碘酮组及联合用药组的总有效率分别为 71/88 (80.68%)、66/89 (74.16%) 和 81/89 (91.01%)。与美托洛尔组和胺碘酮组比较,联合用药组疗效更为显著($\chi^2 = 4.8246, P < 0.05; \chi^2 = 10.0586, P < 0.05$)。美托洛尔组死于心力衰竭 1 例,心律失常 1 例;联合用药组死于其他原因 1 例。

表 1 美托洛尔联合胺碘酮治疗快速心律失常临床疗效的比较(例,%)

组别	n	显效 + 有效	无效
美托洛尔组	88	71 (80.68) ^a	17 (19.32)
胺碘酮组	89	66 (74.16) ^a	23 (25.84)
联合用药组	89	81 (91.01)	7 (8.99)

与联合用药组比较,a: $P < 0.05$

2.2 不良反应

3 组患者均未出现恶性心律失常、心力衰竭及过敏反应等严重不良反应。美托洛尔组出现 1 例低血压,可耐受;1 例窦性心动过缓,无明显特殊不适。胺碘酮组出现 2 例低血压,可耐受;1 例窦性心动过缓,无明显特殊不适。联合用药组出现 2 例低血压,均可耐受;2 例窦性心动过缓,无明显特殊不适。所有患者均经过对症处理后缓解。

3 讨 论

近年来,治疗快速心律失常有了新的进展,如起搏器、手术及各种消融疗法等,但药物治疗仍为其常规方法。美托洛尔是一种 β 受体阻滞剂,为广谱的抗心律失常药物,可以选择性地阻断 β 受体而具有广泛的离子通道作用,可通过阻断心肌细胞钾外流及钠、钙内流,稳定心脏电生理;其阻断中枢 β 受体产生的中枢介导性保护降低交感神经张力,而发挥中枢抗心律失常作用;还可以升高心肌室颤阈值而具有抗室颤、减少猝死的作用^[7]。胺碘酮是一种多通道阻滞药,其阻滞钾通道的作用较强,适用于各种器质性心脏病、心功能不全,且对房性、室性心律失常均有效^[8],但大剂量、长期使用可出现严重副作用,如心外毒性反应、肺纤维化、转氨酶升高、心脏反

应(心动过缓、窦性静止、窦房或房室传导阻滞)、充血性心力衰竭加重等。胺碘酮、美托洛尔都是有抗肾上腺素能作用,二者连用会增加抗交感神经张力^[9]。为使得美托洛尔的治疗效率最佳,而又减少胺碘酮的副作用,可采用小剂量胺碘酮和美托洛尔的联合治疗心律失常。有回顾性研究发现联合应用优于单一使用胺碘酮或 β 受体阻滞剂^[10]。

本研究发现,美托洛尔、胺碘酮、美托洛尔与胺碘酮联用药物 3 种治疗方案均取得较好的疗效(有效率均大于 74%),但联合用药组疗效明显高于美托洛尔组及胺碘酮组($\chi^2 = 4.8246, P < 0.05; \chi^2 = 10.0586, P < 0.05$),并且未出现严重的不良反应,仅个别患者出现低血压、窦性心动过缓,对症处理后缓解。

综上所述,美托洛尔和胺碘酮联合使用于治疗快速心律失常,较单用美托洛尔或单用胺碘酮治疗疗效明显、安全,值得临床推广。

参考文献:

[1] 李双喜,贾宝山. 急诊应用胺碘酮治疗冠心病快速心律失常的效果观察[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(7):68.

[2] 林开秀. 抗快速型心律失常药的临床应用与护理体会[J]. 中国医药指南,2011,13(9):161-162.

[3] 蒋文平. 谨慎对待心律失常的药物治疗[J]. 中华心血管病杂志,2009,37(2):97-98.

[4] 郭继鸿. β 受体阻滞剂应当成为快速心律失常治疗的基础用药[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2005,19:331-334.

[5] 冯建平. 大剂量黄连素和谷维素及辅酶 Q10 联用普萘洛尔治疗心律失常的临床对照研究[J]. 亚太传统医药,2008,8(4):51-53.

[6] 陈燕华. 通心络胶囊与单硝酸异山梨酯缓释片治疗不稳定型心绞痛成本—效果分析[J]. 中国药房,2007,18(5):324.

[7] 侯晓平,缪京莉,尹巧香,等. 阿替洛尔单药治疗老年快速心律失常的疗效观察[J]. 中华保健医学杂志,2009,37(2):211-212.

[8] 丁世芳,向晋涛. 如何正确使用抗心律失常药物[J]. 医药导报,2009,28(8):967-969.

[9] 张春瑛. 胺碘酮和美托洛尔治疗慢性心功能不全合并室性心律失常的疗效分析[J]. 中国医学工程,21(3):114-115.

[10] 胡大一,马长生. 心脏病学实践[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:549.

(此文编辑:朱雯霞)