



•论 著•

快速型心律失常运用胺碘酮急诊治疗的效果分析

向小年

(湘西土家族苗族自治州人民医院 湖南湘西 416000)

摘要:目的:探究胺碘酮急诊治疗快速型心律失常的临床疗效。方法:随机纳入2016年3月~2017年3月期间在我院接受诊治的60例患者进行研究,并将上述患者平均分成两组进行对比,每组中30例患者。观察组患者采取胺碘酮急诊治疗,对照组患者采取常规急诊治疗。结果:在观察组中,治疗总有效率为93.3%(28/30),明显高于对照组的总有效率73.3%(22/30);而对于临床指标缓解方面,明显可以看出采用胺碘酮急诊治疗的患者缓解效果比对照组快, ($P < 0.05$)。但是在不良反应方面,两组患者的发生情况差异不大, $p > 0.05$ 。结论:对心律失常患者采取胺碘酮急诊治疗,能够显著提升治疗的有效率,在较短时间内缓解患者的症状,治疗效果理想。

关键词:胺碘酮;急诊治疗;临床疗效

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-194-02

心律失常是临床较为常见的疾病,导致患者出现房性心动过速、房扑、房颤、室性心动过速等症状,具有一定的危险性,一旦患病可能会影响患者的健康,需要引起重视。临床上关于快速型心律失常的治疗一直受到较多的关注,需要及时采取有效的治疗方法来控制病情[1]。本次研究中纳入心律失常的患者60例进行研究分析,以此来探讨胺碘酮急诊治疗的临床效果。详细如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次的患者入院治疗的时间范围在2016年3月~2017年3月期间,患者例数为60例,所有患者均经过心电图检查、动态心电图等确诊,且临床症状符合房性心动过速、房扑、房颤、室性心动过速等诊断标准。根据患者的入院顺序单双号分为两组,观察组($n=30$),对照组($n=30$),观察组中,男性16例,女性14例;患者年龄最小的23岁,年龄最大的68岁,平均(46.2 ± 1.1)岁。其中,房性心动过速10例、房扑8例、房颤6例、室性心动过速6例;对照组中,男性17例,女性13例;患者年龄最小的24岁,年龄最大的71岁,平均(46.3 ± 1.2)岁。房性心动过速9例、房扑9例、房颤7例、室性心动过速5例;通过上述的患儿资料我们可以看出,观察组和对照组差异并不明显,因此($P > 0.05$),可以进行实验分析。

1.2 方法

对照组,本组患者采用常规的急诊治疗方式,立即予以患者吸氧、镇静以及镇痛等治疗,监测患者的血压情况,观察组:本组的患者采用胺碘酮治疗,静脉推注,剂量为150mg,将其和30ml生理盐水进行混合,推注时间为10min左右,根据患者的病情进行反复推注,每天的剂量应少于1g,当患者病情稳定后,应采用静脉滴注,治疗过程中密切关注患者血压、心率的变化[2]。

1.3 观察指标

分别观察两组患者的治疗效果、症状缓解情况和不良反应发生情况。

其治疗效果主要分为三个等级,分别为显效、有效和无效,其中显效指患者治疗后心房颤动恢复,窦性心律正常,24h后无出现早搏情况;显效是值患者的临床症状有所改善,心房颤动转复,心室率在100次/min以上;无效:患者治疗后临床症状无变化,其心率未恢复。恢复情况:分别对两组患者收缩压、舒张压以及心率进行观察[3]。

1.4 统计学处理

而对于此次文章中的所有数据,其计量单位和计数单位分别采用标准差($\bar{x} \pm s$)和百分率(%)来表示,随后均采用 t 和 χ^2 来进行数据检验,最后将上述所有数据均输入spss21.0软件中进行分析,得出 $p < 0.05$ 为统计学意义。

2 结果

2.1 观察上述患者中,其治疗效果,两组间进行比较得出的差异显著($P < 0.05$);见表1。

2.2 症状缓解情况比较,观察组患者的收缩压、舒张压以及心率变化情况均优于对照组, $P < 0.05$;见表2。

2.3 不良反应发生情况比较,在上述患者中,观察组出现不良反应的患者为2例,其中胃肠不适的为1例,低血压的为1例,发生率为6.67%;对照组出现不良反应的为3例,其中胃肠不适的为1例,低血压的为1例,肝功能异常的为1例,发生率为10.00%。差异不具有统计学意义, ($P < 0.05$)。

表1. 两组患者治疗效果比较[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对 照 组 ($n=30$)	12 (40.0)	10 (33.3)	8 (26.7)	22 (73.3)
观 察 组 ($n=30$)	19 (63.3)	9 (30.0)	2 (6.7)	28 (93.3)
P 值				< 0.05

表2. 两组患者症状缓解情况比较(d,)

组别	时间	心率(次/min)	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
对照组($n=30$)	治疗前	102.65 $\pm$ 5.79	156.85 $\pm$ 12.98	99.12 $\pm$ 13.67
	治疗后	92.54 $\pm$ 5.66	92.13 $\pm$ 7.52	52.33 $\pm$ 7.11
观察组($n=30$)	治疗前	103.44 $\pm$ 5.72	152.39 $\pm$ 12.75	96.22 $\pm$ 13.86
	治疗后	70.25 $\pm$ 3.97	71.67 $\pm$ 6.13	68.55 $\pm$ 7.15

3 讨论

近年来,人们的生活水平不断提高,心律失常的发生率也逐渐增多,而对于该疾病的关注度也越来越高。导致心律失常的病因较多,

包括心房性心动过速、房室交界性心动过速、具有旁路传导的心动过速、即预激综合征合并心动过速、阵发性折返性心动过速等,心律
(下转第197页)



血液透析内瘘通路不成功患者均可采用腹膜透析治疗。针对有出血倾向的人,因为腹膜透析不用进行抗凝治疗,所以,腹膜透析有着较高的应用率。长时间腹膜透析可有效改善机体内超容量符合情况,可以让机体处于正常的生理状态,让机体容量保持稳定,体内容量变化是缓慢的,避免大幅度的波动,以免血透容量周期性波动诱发血压不稳定。在理论上,腹膜透析因为无需静脉造瘘,进而减少动静脉短路诱发循环压力升高的情况。对心血管系统、残余肾功能达到保护作用,在控制血压方法由于血液透析治疗。

容量负荷过重使诱发老年腹膜透析患者高血压主要因素为:水分和盐分摄入过多;残余肾功能下降;对容量状态监测不足;腹膜超滤能力下降;钠清除不足;有相关报道称:血液透析治疗诱发高血压、胸水、心包积液等情况相关因素为:血液动力学发生变化;清除分子物质有限;治疗前、后血容量对心血管发生变化;血液透析时间过长会抑制内皮素形成[3],从而导致内皮素依赖性血管收缩,无法控制血压;应用肝素过敏;腹膜透析治疗优于血液透析治疗主要原因可能是:持续性透析可以降低细胞外液量;清除尿毒症中毒分子物质理想;改善患者贫血情况,降低心排出量,提高加压物质的清除率[4]。所以,对于尿毒症难治性高血压应用腹膜透析治疗效果理想。

但是随着透析时间的延长,患者残余肾功能明显下降,对水分和毒素的清除率也明显下降,很多透析患者透析治疗3年左右,残余肾功能基本丧失,腹膜功能无明显变化,患者的毒素清除率因为肾功能丧失而无法及时代谢出去。透析时间越长,腹膜功能也会发生不同程度变化,很多病患会因为腹膜通透性升高,腹腔渗透压抑制剂吸收增快,超滤能力下降,而且腹腔液体的重吸收提高,从而导致腹腔内水和毒

素的清除率下降。所以,残余肾功能下降或者丧失患者,腹膜透析患者水电解质失衡在临床中比较常见,如果血容量过多,无法很好的控制血压,可联合降压药辅助治疗[5]。

综上所述:尿毒症难治性高血压应用腹膜透析治疗效果理想,针对长时间腹膜透析患者,尤其是残存肾功能患者,通过改善生活规律、透析液等方法提高对水平衡的控制,从而减少心血管并发症的发生率。

参考文献

- [1] Soriano A, Marco F, Martínez JA, et al. Influence of vancomycin minimum inhibitory concentration on the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteremia [J]. Clin Infect Dis, 2008, 46 (3): 193-214.
- [2] Widmer AF. New developments in diagnosis and treatment of infection in orthopedic implants [J]. Clin Infect Dis, 2010, 33 (12): 94-106.
- [3] Proctor RA, von Eiff C, Kahl BC, et al. Small colony variants: a pathogenic form of bacteria that facilitates persistent and recurrent infections [J]. Nat Rev Microbiol, 2006, 4 (4): 295-305.
- [4] Lentino JR. Prosthetic joint infections: bane of orthopedists, challenge, for infectious disease specialists [J]. Clin Infect Dis, 2008, 36 (5): 1157-1161.
- [5] Salgado CD, Dash S, Cantey JR, et al. Higher risk of failure of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prosthetic joint infections [J]. Clin Orthop Relat Res, 2007, 461 (121): 48-53.

(上接第194页)

失常可见于各种器质性心脏病,电解质或内分泌失调,麻醉,低温,胸腔或心脏手术,药物作用和中枢神经系统疾病等均可引起心律失常的出现[4]。针对于临床治疗,面对于不同性质心律失常,其治疗的方式也不相同,例如偶发性期前收缩的患者,则无需治疗,而面对于阵发性室性心动过速以及完全性房室传导阻滞可引起血流动力学改变的患者,需要实施紧急处理。但是临床表示,任何一种抗心律失常药物均会导致心律失常的发生,因此需要及时有效的纠正患者内环境的无紊乱,而胺碘酮属于抗心律失常药物之一,可以有效的阻滞非竞争性 β 受体以及心肌细胞膜钾离子通道,进而降低窦房结的传导速度,调节窦房结自律性,降低方式旁路传导的速度,另外,患有该疾病的患者应注意调节生活习惯,平时注意不要吃过油腻的食物,多吃一些清淡的食物[5]。

通过本次研究的60例患者中,我们可以明显得出,在观察组中,治疗总有效率为93.3% (28/30),明显高于对照组的治疗总有效率73.3% (22/30);面对于临床指标缓解方面,明显可以看出采用胺碘酮急诊治疗的患者缓解效果比对照组快, ($P < 0.05$)。但是在不良反

应方面,两组患者的发生情况差异不大, $p > 0.05$ 。进一步的说明,对心律失常患者采取胺碘酮急诊治疗,能够显著提升治疗的有效率,在较短时间内缓解患者的症状,治疗效果理想,并且患者出现不良反应的情况也较少,治疗的安全性和可行性较高,值得进行推广。

参考文献:

- [1] 王国敏,莫淑琴.急诊应用胺碘酮治疗冠心病快速心律失常的临床疗效[J].中国老年学杂志,2014,(9):2539-2541.
- [2] 曾晓宁.普罗帕酮与胺碘酮治疗室上性快速心律失常的疗效比较[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(5):541-542.
- [3] 安俊涛.探讨胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速心律失常的临床效果[J].中国实用医药,2016,11(10):146-147.
- [4] 王宇.急诊冠心病快速心律失常采用胺碘酮联合门冬氨酸钾镁治疗的临床效果与预防并发症产生观察[J].饮食保健,2017,4(18):30-31.
- [5] 巩伟,陶贵周.急诊应用胺碘酮治疗冠心病快速心律失常98例的临床效果观察[J].临床研究,2017,25(7):118,122.