

急性心肌梗死早期合并恶性室性心率失常临床分析

国光杰

福泉市第一人民医院 贵州福泉 550500

【摘要】目的 探讨急性心肌梗死早期合并恶性室性心率失常的发病机制、临床特征以及治疗策略。**方法** 选取本院自 2023 年 1 月-2024 年 1 月的 AMI 合并 MVA 患者 70 例, 随机将其分为常规组与研究组, 对比两组的临床疗效以及并发症发生率。**结果** 研究组的临床疗效好于常规组, $P < 0.05$; 并发症发生率低于常规组, $P < 0.05$ 。**结论** 在 AMI 早期合并 MVA 的治疗中, 应用胺碘酮可获得良好的疾病治疗成效, 降低并发症发生可能。

【关键词】 急性心肌梗死早期; 恶性室性心率失常; 临床分析

【中图分类号】 R54

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2024) 08-018-02

急性心肌梗死 (AMI) 作为心血管方面的一大疾病, 其早期阶段往往伴随着多种并发症, 恶性室性心律失常 (MVA) 便是其中较为显著的一项, 恶性室性心律失常, 指一类能显著增加患者死亡风险的室性心律异常, 包括室性心动过速和心室颤动^[1]。这一合并症不仅加剧了疾病的严重程度, 还极大地增加了患者的死亡风险, 因而对 AMI 早期合并 MVA 展开临床分析具有积极的临床意义。于此, 本研究旨在深入探讨 AMI 早期合并 MVA 的发病机制、临床特征以及治疗策略, 以期为临床实践提供更为准确和有效的指导, 汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院自 2023 年 1 月-2024 年 1 月的 AMI 合并 MVA 患者 70 例, 男 39 例, 女 31 例, 年龄 40-79 岁, 平均年龄为 (57.38 ± 4.19) 岁; 疾病类型中, 28 例广泛前壁心肌梗死, 19 例下壁心肌梗死, 15 例前壁心肌梗死, 8 例前间壁心肌梗死。随机将其分为常规组与研究组两组, 2 组一般资料比较, $P > 0.05$, 本研究已于展开其取得本院伦理组织审批。

1.2 方法

两组患者均展开常规内科保守治疗, 即对患者展开心电图血压监护, 持续观察心率、心律变化及血压和呼吸, 并提供吸氧支持, 对于急性心肌梗死患者均需展开调脂治疗。在处理偶发室早时可采取密切观察的策略, 无需立即用药。而对于频发室早或室性心动过速应迅速采用利多卡因进行静脉注射, 随后持续静脉点滴。在治疗过程中对患者进行心电图、血压、呼吸等指标的持续监测。

常规组: 常规组患者使用利多卡因展开治疗, 急性心肌梗死伴室早时患者首次剂量为 50 ~ 100mg, 静脉缓注, 如需再次给药剂量为 50mg, 静脉点滴的维持剂量为 1 ~ 3mg/min, 持续 24 ~ 48 小时。护理人员注意患者的给药浓度, 密切观察患者是否出现口腔麻木、头晕、视物模糊、听力下降等不良反应。

研究组: 研究组患者使用胺碘酮进行治疗, 胺碘酮首剂 150mg (1 ~ 3mg/kg) 稀释于生理盐水 20ml, 通过静脉推注给药推注事件为 10 分钟, 若 30 分钟后成效不满意可再给予 150mg 胺碘酮静脉推注。

对比两组患者临床疗效及并发症发生率。治疗显效为室性早搏数量减少 $\geq 90\%$, 短阵室性心动过速完全消失或数量减少 $\geq 90\%$, NYHA 心功能分级改善 II 级或恢复至 I 级; 有效为室性早搏数量减少 $\geq 70\%$ 或介于 60% ~ 90% 之间, 成对室性早搏数量减少 $\geq 80\%$, NYHA 心功能分级改善达 I 级; 无效为室性早搏数量减少程度未达上述有效标准, 成对室性早搏及短

阵室性心动过速频发, 未见明显改善, 心功能及临床症状未见改善或进一步恶化。

1.3 统计学分析

运用 SPSS20.0 软件, 计数、计量资料分别以 %、($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 χ^2 、t 检验, $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比

研究组的临床疗效好于常规组, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1: 两组临床疗效对比 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
常规组	35	17	10	8	27 (77.14)
研究组	35	22	12	1	34 (97.14)
χ^2 值					6.248
P 值					0.012

2.2 两组并发症发生率对比

研究组的并发症发生率低于常规组, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2: 两组临床疗效对比 [n(%)]

组别	例数	心源性休克	室壁瘤	栓塞	总发生率
常规组	35	2	3	2	7 (20.00)
研究组	35	0	1	0	1 (2.86)
χ^2 值					5.081
P 值					0.024

3 讨论

急性心肌梗死是一种严重的心血管事件, 是由于冠状动脉发生急性且持续性的缺血缺氧, 进而导致心肌组织遭受损害直至坏死, 此疾病具有起病急骤、病情进展迅速的特点, 若未能得到及时有效的治疗将极大地威胁患者的生命安全。同时合并恶性室性心率失常会导致患者眩晕、胸痛、心慌等症状进一步加剧, 严重者可能突发室颤或室扑, 导致休克甚至猝死, 加重心肌缺血和坏死, 增加心力衰竭、心源性休克等其他并发症发生可能^[2]。

在本次研究中, 应用胺碘酮展开治疗的研究组患者的临床疗效好于常规组患者, $P < 0.05$; 究其原因可得胺碘酮 (Amiodarone) 作为一种广谱抗心律失常药物, 能有效抑制钾通道, 延长钙通道和动作电位时程, 降低房室结与窦房结的功能, 降低患者的心率, 并抑制心房和心肌传导纤维的钠离子内流, 减少磷脂损害, 保护细胞膜和细胞结构, 从而推进临床治疗^[3]。相较于利多卡因等传统药物而言, 胺碘酮适合于心功能不全的心律失常患者, 其半衰期长, 药物作用持久, 药效显著, 且出现不良反应可能性较低, 有效提高临床治疗成效。

研究组患者的并发症发生率低于常规组患者, $P < 0.05$ 。剖析其中原因可明晰胺碘酮在抗心律失常方面的效果显著, 其机制涉及通过提升迷走神经的兴奋性, 进而延长心肌细胞的动作电位, 这种作用导致窦房结及结间组织的自律性降低, 进而使房室结的传导时间与不应期得到延长。这些综合效应有效地提高了心室致颤的阈值, 从而降低了治疗过程中不良反应发生的可能性。相比较之下, 利多卡因虽然也能抑制心律失常, 但其作用时间较短, 并可能导致意识模糊、感觉异常等症状, 从而限制了其应用范围并增加了不良反应的风险。对于药物安全性而言, 胺碘酮在服用期间并不出现负性肌力反应, 提高了治疗的安全性, 胺碘酮的半衰期长, 药物作用持久, 且不良反应发生率较低, 适合长期治疗, 而利多卡因在某些情况下可能导致血压降低、心动过缓等不良反应^[4]。胺碘酮的半衰期长, 药物作用持久, 且不良反应发生率较低, 适合长期治疗。对于急性心肌梗死合并恶性室性心率失常患者而言, 其病情一般较为严重, 需要快速且安全的治疗, 而胺碘酮安全性较高, 更为适配患者需求^[5]。

综上所述, 急性心肌梗死早期合并恶性室性心率失常是一

种严重的心血管并发症, 应用胺碘酮可获得较好的临床治疗成效, 减少不良反应发生可能, 临床应用成效良好, 可采纳、运用。

参考文献

- [1] 刘妹昉. 胺碘酮对急性心肌梗死后室性心律失常患者的治疗效果观察 [J]. 甘肃科技, 2021, 37(09):127-129.
- [2] 杜艳. 分析循证护理应用在急性心肌梗死后心率失常患者临床护理中的应用效果 [J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(02):402-403.
- [3] 李翠英, 赵菊馨. 入院时患者 CRP 水平与急性心肌梗死患者并发恶性心律失常的相关性分析 [J]. 四川解剖学杂志, 2020, 28(04):37-38.
- [4] 徐锋毅. 老年心肌梗死合并心律失常患者早期康复护理干预对其心功能及预后的效果观察 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(17):250-251.
- [5] 范杜珍. 对急性心肌梗死急诊介入治疗中心率失常的有效护理干预临床效果进行分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(08):111+119.

(上接第 16 页)

氧氟沙星较阿莫西林抗菌谱广、抗菌作用更强, 左氧氟沙星术喹诺酮类药物, 其主要通过抑制细菌 DNA 旋转酶的活性而阻碍细菌 DNA 的复制以达到抗菌作用, 对大多数肠杆菌科细菌以及革兰阴性菌 (铜绿假单胞菌、流感嗜血杆菌、淋球菌) 等有较强的抗菌活性作用, 通过与奥美拉唑和呋喃唑酮联合给药可获得更好的长期疗效^[3]。本文中使用的奥美拉唑是特异性地抑制壁细胞顶端膜构成的分泌性微管和胞浆内的管状泡上的 H^+ 、 K^+ -ATP 酶的质子泵抑制剂, 从而有效地抑制胃酸的分泌, 所以奥美拉唑有强大的抑酸能力。呋喃唑酮属硝基呋喃类抗生素, 其作用机制是干扰细菌氧化还原酶而阻断细菌的正常代谢, 对革兰阳性及阴性菌均有较好的抗菌作用, 如沙门菌属、大肠杆菌、肠杆菌属、金葡菌、粪肠球菌、化脓性链球菌等。目前采用左氧氟沙星+奥美拉唑+呋喃唑酮在临床治疗消化性溃疡已经成为经典三联用药方法之一^[4]。本文内容的研究结果也充分证实采用该方法治疗不但可获得

较为理想的临床效果, 而且对患者治疗后的复发有着显著的抑制作用, 充分表明该用药方式的显效性和可行性。

综上所述, 采用左氧氟沙星三联疗法对消化性溃疡进行治疗具有更高的药用价值, 值得临床应用的推广。

参考文献

- [1] 黄文静. 比较左氧氟沙星三联疗法与阿莫西林三联疗法治疗消化性溃疡的疗效差异 [J]. 中国继续医学教育, 2022, 8(26):185-186.
- [2] 敬谭. 左氧氟沙星三联疗法与阿莫西林三联疗法治疗消化性溃疡的疗效对比 [J]. 医学信息, 2023, 29(15):238.
- [3] 周永静. 对比分析左氧氟沙星三联疗法与阿莫西林三联疗法治疗消化性溃疡的疗效差异 [J]. 中国实用医药, 2021, 11(9):160-161.
- [4] 张兴华. 左氧氟沙星三联疗法与阿莫西林三联疗法治疗消化性溃疡的疗效对比观察 [J]. 大家健康旬刊, 2023, 10(9):126-127.

(上接第 17 页)

位效果显著, 而定性效果仍待提升。采取 CT 诊断时, 显像清晰, 可显现患者微小病灶, 且其可显示肿瘤与周边脏器之间的包绕、推压状况, 因此定位诊断效果显著^[5]。临床诊断肿瘤恶性多采取肿瘤边界、包膜、周边血管及组织、肿瘤内部状况实施判定。本次研究中, 3 种类型肿瘤患者 CT 图像显示部分患者存在不同程度的肿瘤密度、钙化、周边组织侵犯状况, 可辅助患者的肿瘤定性判定。而采取 CT 诊断原发性腹膜后肿瘤无特异性, 因此对患者肿瘤原发组织类型诊断具有一定限制, 诊断效果不佳, 但采取 CT 诊断时, 不同类型肿瘤患者的肿瘤大小、密度、钙化、脂肪、转移等状况均存在一定差异, 因此可通过图像辅助肿瘤类型诊断^[6]。综上, 原发性腹膜后恶性肿瘤采取 CT 诊断效果显著, 可有效辅助患者的肿瘤定位, 且在肿瘤定性中也具有一定价值, 可辅助患者治疗方案制定, 推广运用价值高。

参考文献

- [1] 丁重阳, 李天女, 吉爱兵, 等. 原发性腹膜后恶性肿瘤的 18F-FDG PET/CT 显像特征 [J]. 中国临床医学影像杂志, 2023, 25(9):674-676.
- [2] 代茂良, 苟文静, 周翰, 等. 原发性腹膜后恶性肿瘤的 CT 表现及其应用价值 [J]. 医学影像学杂志, 2022, 25(12):2184-2188.
- [3] 代茂良, 苟文静, 高新, 等. 原发性腹膜后恶性肿瘤的 CT 诊断价值 [J]. 四川医学, 2021, 35(4):563-566.
- [4] 刘克勤, 全冠民, 袁涛, 等. CT 征象分析对原发性腹膜后肿瘤鉴别诊断的价值 [J]. 放射学实践, 2023, 29(9):1067-1071.
- [5] 冯京京 (综述), 滑炎卿 (审校). CT、MRI 在原发性腹膜后肿瘤诊断中的应用 [J]. 实用放射学杂志, 2021, 32(4):632-634.
- [6] 徐宏刚, 罗浩, 杨蕊梦, 等. 多层螺旋 CT 在原发性腹膜后肿瘤术前评估中的应用 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2024, 21(2):90-93.