



普罗帕酮与胺碘酮治疗室上性心律失常效果对比

宾勇斌 (湘潭县人民医院 湖南湘潭 411200)

摘要:目的 临床分析室上性心律失常, 给予患者实施普罗帕酮与胺碘酮治疗, 对比疗效。方法 本组探究共计选取 62 例患者, 疾病类型是室上性心律失常, 选取时间段: 2016 年 5 月开始, 2017 年 4 月停止, 包括 44 例心房颤动、心房扑动患者以及 18 例房室结内折返性心动过速患者。62 例患者分组时利用随机数字表法且分别命名为研究组 (31 例; 普罗帕酮治疗) 和对照组 (31 例; 胺碘酮治疗)。结果 研究组中心房颤动、心房扑动患者临床总有效率对比对照组患者不存在统计学意义 ($P > 0.05$); 研究组中房室结内折返性心动过速患者临床总有效率对比对照组患者存在统计学意义 ($P < 0.05$), 2 组患者不良反应发生率对比结果是 $P > 0.05$ 、不存在统计学意义。结论 给予心房颤动、心房扑动患者实施普罗帕酮与胺碘酮, 临床疗效接近, 但是在治疗房室结内折返性心动过速患者时, 明显普罗帕酮疗效更佳。

关键词: 室上性心律失常 普罗帕酮 胺碘酮 疗效

中图分类号: R541.7 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 12-165-02

室上性心律失常属于急诊科常见疾病且常见疾病类型是心房颤动、心房扑动^[1], 阵发性室上性心动过速的常见类型是房室结内折返性心动过速, 紧急治疗方法是使用迷走神经按摩法来抑制信号传入房室结、纠正心律失常, 对于初次尝试复律失败的患者来说, 需要给予患者静脉注射抗心律失常药物, 药物选择维拉帕米以及腺苷, 给予血流动力学不稳定宽 QRS 波、心动过速患者紧急治疗时采用直流电复律终止宽大畸形^[2], 但是, 为了争取临床抢救时间, 目前临床上主要利用普罗帕酮与胺碘酮等药物进行抗房性心律失常、抗室性心律失常。本组共计选取 62 例患者入组且深入分析了给予室上性心律失常患者实施普罗帕酮与胺碘酮的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 资料

入组患者例数是 62 例, 疾病类型是室上性心律失常, 均选自我院, 自 2016 年 5 月开始至 2017 年 4 月停止, 共计 2 组 (分组方法是随机数字表法; 每组 31 例): 研究组、对照组。研究组患者 (43 岁-81 岁) 平均年龄是 (58.47±5.64) 岁, 男女患者比例是 20:11, 包括 22 例心房颤动、心房扑动患者以及 9 例房室结内折返性心动过速患者; 对照组患者 (44 岁-80 岁) 平均年龄是 (58.14±5.25) 岁, 男女患者比例是 21:10, 包括 22 例心房颤动、心房扑动患者以及 9 例房室结内折返性心动过速患者。排除标准: 不稳定型心绞痛、呼吸衰竭、心脏衰竭、冠心病等患有其他心脏基础性疾病的患者。利用统计学软件比较分析 2 组患者入组时组间数据, 结论是: 无统计学意义且 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组 (31 例; 胺碘酮治疗): 首次用药剂量是 5-7mg/kg, 用药途径是静脉注射, 将注射时间控制在 0.5h-1h, 然后进行持续静脉滴注或者口服, 用药剂量是 1.2-1.8g/d, 总量达到 10g 后停药, 若治疗有效, 将用药途径更改为口服给药, 100-400mg/次, 每天需要治疗 1 次, 连续给予患者 15d 治疗;

研究组 (31 例; 普罗帕酮治疗): 首次用药剂量是 1.0-1.5mg/kg, 用药途径是缓慢静脉注射, 然后进行静脉滴注维持治疗, 用药剂量是 0.5-1.0mg/次, 若治疗有效, 将用药途径更改为口服给药, 100-200mg/次, 每天需要治疗 3 次至 4 次, 连续给予患者 15d 治疗。

2 组患者用药后, 给予患者实施心电监护, 时间约在 24h 至 72h。

1.3 疗效判定^[3]

患者经过治疗后转为窦性心律且短期内复发率为 0 则判定为显效; 患者经过治疗后仍可转为窦性心律且短期内复发、心律失常时间缩短及次数减少则判定为有效; 患者经过治疗

后不符合以上标准则判定为无效。临床总有效率是 100.00% 与无效率之差。

1.4 统计学办法

利用 SPSS19.0 软件分析, 计量资料经 t 检验、表示方法是 (均数±标准差), 计数资料经 χ^2 检验、表示方法是 (率), 存在统计学意义评定标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

经过临床分析可发现治疗房室结内折返性心动过速患者时疗效明显最佳的是普罗帕酮, 对比胺碘酮, 统计学结论: $P < 0.05$ 且意义存在; 在治疗心房颤动、心房扑动患者方面, 研究组患者临床总有效率对比对照组患者不存在统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组患者不良反应发生率 (丙氨酸转氨酶升高至正常参考值 2 倍以上、低血压、窦性心动过缓或者房室传导阻滞等) 对比结果是 $P > 0.05$ 、不存在统计学意义, 研究组不良反应发生率是 48.38 (15/31), 对照组不良反应发生率是 54.83% (17/31), $\chi^2=0.2583$ 。

表 1: 心房颤动、心房扑动患者采用普罗帕酮与胺碘酮治疗的疗效对比

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 临床总有效率 |
|----------|----|----|----|----|--------|
| 研究组 | 22 | 10 | 8 | 4 | 81.81% |
| 对照组 | 22 | 11 | 6 | 5 | 77.27% |
| χ^2 | | | | | 0.1397 |
| P | | | | | > 0.05 |

表 2: 房室结内折返性心动过速患者采用普罗帕酮与胺碘酮治疗的疗效对比

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 临床总有效率 |
|----------|----|----|----|----|--------|
| 研究组 | 9 | 5 | 3 | 1 | 88.88% |
| 对照组 | 9 | 2 | 2 | 5 | 44.44% |
| χ^2 | | | | | 4.0000 |
| P | | | | | < 0.05 |

3 讨论

心律失常的独立发病因素包括低氧血症^[4], 对于存在心脏基础疾病的患者而言, 心脏缺氧耐受能力变差, 因此, 本组探究排除不稳定型心绞痛、呼吸衰竭、心脏衰竭、冠心病等疾病患者。

普罗帕酮、胺碘酮均属于抗心律失常药物且临床疗效接近。普罗帕酮作为 Ic 类抗心律失常药物可通过阻断钠通道来降低动作电位 0 相上升最大速率^[5], 可促使传导减慢并对动作电位时程轻微延长, 临床作用是减慢心率, 同时, 可轻度

(下转第 167 页)



如果要预防术后血管再狭窄的发生,则需在神经介入后实施抗血栓治疗^[4]。本研究对西洛他唑片在老年脑血管疾病神经介入后抗血栓治疗中的应用效果做了探讨,并与阿司匹林、氯吡格雷进行对比。研究表明,与采用阿司匹林、氯吡格雷的患者相比,在阿司匹林、氯吡格雷的基础上加用西洛他唑片的患者其血小板聚集率、全血黏度切变率、血浆黏度、相对血液黏度切变率、血细胞比容、纤维蛋白原均明显更低;不良反应方面则对比无明显差异。阿司匹林是一种非甾体抗炎药,具有抑制血小板聚集、防止血栓形成的作用,临床中一般将其用于治疗心肌梗死、脑缺血发作等疾病。氯吡格雷也是一种血小板聚集抑制剂,可抑制非ADP引起的血小板聚集。西洛他唑同为血小板聚集抑制药,具有抗血小板、抗血栓、扩张血管等作用,临床中多将其用于预防脑梗死复发以及改善缺血性症状^[5]。本研究中,阿司匹林与氯吡格雷联用虽取得了一定的治疗效果,患者的血小板聚集率有所降低,血流动力学指标有所改善,但是其效果仍不理想。在阿司匹林、氯吡格雷的基础上加用西洛他唑的患者取得了更好的治疗效果,究其原因,可能是因为西洛他唑具有保护血管内皮细胞、

抑制血管内皮细胞增生的作用,可有效协调控制血流,预防血管再狭窄。此外,患者加用西洛他唑之后不良反应未增加,可能是因为西洛他唑停药后药效维持时间较短,药物蓄积较少。

综上,西洛他唑片在老年脑血管疾病神经介入后抗血栓治疗中的应用效果良好,可有效改善血流动力学指标,预防血栓形成,值得推广使用。

参考文献

- [1] 胡俊杰. 探讨溶栓治疗对心脑血管病的疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2014(13):169.
- [2] 任更朴, 刘义庆, 张炳昌. 阿司匹林、氯吡格雷、西洛他唑抗血栓形成作用及其机制的研究[J]. 山东医药, 2014(42):14-16.
- [3] 宋丽艳, 翟万庆, 唐甲凡, 等. 西洛他唑联合阿司匹林对老年腔隙性脑梗死患者脑血管功能及血流循环的影响[J]. 中国老年学, 2016, 36(21):5328-5330.
- [4] 石海涛, 方凯. 西洛他唑对血管性痴呆患者认知能力和血流速度的影响[J]. 健康研究, 2015(4):400-402.
- [5] 张卫涛, 王健. 西洛他唑片对老年脑血管疾病神经介入后抗血栓作用的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(3):209-212.

(上接第164页)

钛夹应用日渐广泛,其原理为:在操作中借助机械力量,紧箍病灶及其附近组织,将血液流动截断,但是整个操作创伤性较低,不会对病灶或周围组织造成严重损害,促进病灶快速愈合,再出血风险较低^[4]。但是此技术操作较为复杂,容易出现金属夹脱落等问题,在具体操作时应数量操作方法,并结合患者实际情况,可对金属夹推送器进行改良,进而达到良好的止血效果。并且在具体指治疗中应对适应证进行重点确认,通常情况下,对于直径超过3mm动脉出血或溃疡出血部位周边组织质脆的患者,不适宜进行内镜钛夹治疗,但随着内镜钛夹治疗方式的推广,内镜钛夹型号不断增加,进一步扩展了其治疗范围^[5]。此外,在治疗过程中,操作人员的技能水平发挥着重要的作用,在具体操作时必须保证病灶与钛夹之间形成90度夹角,此时牢固性最佳,且钳夹必须精准迅速,力度不宜过大。

综上,上消化道出血严重影响患者日常饮食和生活,给

予其内镜钛夹联合抑酸剂治疗效果较为理想,患者临床症状明显改善,临床推广意义显著。

参考文献

- [1] 沈永祥, 陈军贤. 内镜下金属钛夹治疗上消化道出血的效果比较[J]. 中国医药导报, 2014, 11(9):51-53.
- [2] 范光学, 孙玉娟, 宋孝辉, 等. 内镜下金属钛夹治疗上消化道出血疗效及安全性研究[J]. 中华全科医学, 2015, 13(3):390-392.
- [3] 郭峰兴, 王绥标. 内镜下钛夹与质子泵抑制剂用于非静脉曲张性上消化道出血的随机对照研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(6):882-884.
- [4] 黄晓春. 床旁内镜钛夹钳夹治疗急性上消化道出血患者的效果及护理[J]. 河北医药, 2013, 35(14):2233-2234.
- [5] 王志英, 赖春进, 李凤荷, 等. 内镜下注射止血与金属钛夹止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效比较[J]. 海南医学, 2016, 27(14):2360-2362.

(上接第165页)

阻滞 β 受体以及钙通道并导致PR间期及QRS波延长,可有效抑制阵发性房室交界性心动过速,但是,需要注意,可导致部分患者心律失常恶化。胺碘酮作为III类抗心律失常药物可治疗恶性室性心律失常,作为多通道阻断剂可具有I-IV类抗心律失常药物作用^[6],可对钠通道、钾通道以及L型钙通道起到同时阻断作用且可以非竞争性阻断 α 、 β 受体,可通过抑制窦房结构、房室交界区自律性并促使心肌传导减慢,可促使复极延长并增加有效不应期时程,可有效治疗房性、房室交界性、室性心律失常,但是,具有轻微负性肌力作用且可导致患者心衰症状加重,不得与其他负性肌力药物联合使用,以避免不良反应明显。

本组研究结果:治疗房室结内折返性心动过速患者时,研究组患者临床总有效率88.88%明显更优于对照组患者44.44%。

综上,给予心房颤动、心房扑动患者实施普罗帕酮与胺碘酮,临床疗效接近,但是在治疗房室结内折返性心动过速

患者时,明显普罗帕酮临床疗效更佳,2种药物不良反应发生率接近,本组探究由于病例限制,仅研究了房室结内折返性心动过速、心房颤动、心房扑动患者,后期还可针对病种进行细分,以便于进一步对比临床疗效。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 李军. 老年快速室上性心律失常药物治疗的临床研究[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(31):158-159.
- [3] 黄妍. 用西地兰、普罗帕酮、胺碘酮治疗快速室上性心律失常的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(6):89-90.
- [4] 卢有魁. 对比用普罗帕酮与胺碘酮治疗阵发性室上性心动过速的临床效果[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(12):103-104.
- [5] 石陆泉. 胺碘酮普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速88例临床分析[J]. 实用医技杂志, 2014(12):1328-1329.
- [6] 魏淑岩. 胺碘酮与普罗帕酮用于阵发性室上性心动过速的疗效分析与安全性评价[J]. 医学美容(中旬刊), 2014(8):97-97.