

## • 经验交流 •

## 静脉注射胺碘酮治疗宽 QRS 型心动过速 45 例分析

张学频 郭来敬

宽 QRS 型心动过速 (wide QRS complex tachycardia, WRT) 可能为室性心动过速 (室速), 预激综合征 (Wolff-Parkinson-White syndrome, W-P-W) 伴室上性心动过速 (室上速), W-P-W 伴心房扑动 (房扑), W-P-W 伴心房颤动 (房颤), 是心内科经常遇到并需要紧急处理的危重症, 北京大学首钢医院 2003—2005 年采用胺碘酮静脉注射治疗 45 例宽 QRS 型患者, 取得满意疗效, 报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者均在心血管病房经心电图确诊为宽 QRS 型心动过速 (QRS 间期  $> 120\text{ms}$ , 心率为  $160 \sim 220$  次/min)。其中男 33 例, 女 12 例, 年龄  $17 \sim 75 (56.3 \pm 11.5)$  岁。高血压病 6 例, 冠心病 26 例, 扩张型心肌病 10 例, 无器质性心脏病 3 例; 所有患者有心悸、头晕、胸痛 11 例, 喘憋 8 例; 无低血压、黑蒙、晕厥; 心脏杂音 12 例。最后明确心律失常类型为: 室速 35 例; W-P-W 伴室上速 3 例, 伴房扑 1 例, 伴房颤 2 例, 室上速伴左右束支传导阻滞 (束支阻滞) 1 例, 伴室内差异性传导 (差异传导) 3 例。

1.2 治疗方法 均予胺碘酮首剂 150mg 加生理盐水 20ml 稀释后 15min 内静脉注入, 后以  $1.0\text{mg/min}$  持续静脉泵入, 观察 30min 无效再给予 150mg 负荷量, 胺碘酮总量不超过  $1.2\text{g/d}$ 。在治疗同时持续心电监护, 并观察其不良反应。

1.3 疗效判断标准 显效: 第 1 次注射时或注射后 30min 内复律; 有效: 第 2 次注射时或注射后 30min 内复律; 无效: 第 2 次注射 30min 后仍不见复律。

## 2 结果

本组总有效率为  $89\% (40/45)$ , 其中室速有效率为  $91\% (32/35)$ , 室上速有效率为  $80\% (8/10)$ , 具体结果见表 1。45 例静脉注射胺碘酮后观察 24h, 明显血压下降 1 例, 占  $2\%$ , 用多巴胺  $10\text{mg}$  静脉注射后恢复正常; 显著心动过缓 2 例 (心率 42 次/min 及 44 次/min), 占  $4\%$ , 未见促心律失常及其他不良反应。上述不良反应均随药物作用消失而逐渐好转。

## 3 讨论

不同机制 W-R-T 对某些抗心律失常药物疗效不同, 如用药不当导致病情恶化, 甚至危及生命, 如果将室速误诊为室上速伴室内差异性传导, 而错误应用维拉帕米静推, 可导致血压下降, 使室速进一步恶化, 甚至发生心室颤动, 特别是对经房室附加束下传的房颤、房扑, 维拉帕米因加速旁路传导, 缩短其前传不应期, 加速心率, 可很快转为心室颤动<sup>[1]</sup>, 极为危险。所以, 正确鉴别 W-R-T 非常重要, 但在实际临床工作中, 经心电图检查仍难以明确心律失常类型者相当多见, 临床上常犯的错误是将室速误诊为室上速伴室内差异性传导, 而应用胺碘酮可以克服上述困难。

胺碘酮是一种具有 I、II、III、IV 类作用的广谱抗心律失常药物, 静脉推注胺碘酮后首先不表现其 III 类抗心律失常的作用, 而只有 I 类药物的频率依赖性钠通道阻滞作用, II 类药物的抗肾上腺素能作用以及 IV 类药物的钙通道阻滞作

表 1 45 例宽 QRS 心动过速治疗结果

心律失常类型	例数	显效		有效		无效	
		例数	%	例数	%	例数	%
室速	35	13	37.1	19	25.7	3	6.67
预激伴室上速	3	1	33.3	2	66.7	0	0.0
预激伴房颤	2	0	0.0	1	50.0	1	50.0
预激伴房扑	1	0	0.0	1	100.0	0	0.0
室上速伴束支阻滞	1	0	0.0	1	100.0	0	0.0
室上速伴差异传导	3	1	33.3	1	33.3	1	33.3
合计	45	15	33.3	25	55.6	5	33.3

(下转第 567 页)

收稿日期: 2009-01-09

作者单位: 100041 北京市, 北京大学首钢医院心内科。Tel: 13911033359, E-mail: xuepinzhang@yahoo.cn

症出现。术后恢复乙胺碘呋酮抗心律失常治疗、卡维地洛、硝酸酯类、ACEI、地高辛、间断利尿等药物治疗,未再出现心前区不适或夜间阵发性呼吸困难,可平卧,双下肢浮肿消失。手术1个月后,复查超声心动图显示室内不同步状态较术前略有改善,各房

室腔大小无明显变化,左室射血分数46%;24h动态心电图显示室性早搏明显减少至1552次。

(参加讨论医师:张丽 杨庭树 陈伟任 曹剑)  
(张丽 整理)

(上接第559页)

用<sup>[2]</sup>,它对心肌有广泛的电生理作用,除明显延长心肌复极过程外,对窦房结 AVN-HPS 和房室旁路均有明显抑制作用;临床电生理研究提示胺碘酮可明显抑制 AVN-HPS 和房室旁路的双向传导<sup>[3]</sup>,故适用于室速及室上速,也适用于 W-P-W 伴室上速,房扑、房颤。本研究结果显示,静脉注射胺碘酮对 WRT 的总有效率为 80%,室速总有效率为 91%。笔者认为,无论是室性或室上性 WRT,应用胺碘酮是比较理想的,尤其是抢救患者时,短时间内难以明确是室性或室上性或难以明确是否伴有 W-P-W 的宽 QRS 心动过速,故可作为首选药物应用。本研究结果显示,5 例静脉注射胺碘酮无效,以室速为多,1 例静脉注射维拉帕米,4 例电转复成功,说明胺碘酮也有一定的局限性。胺碘酮也有导致肺间质纤维化、肝损害、甲状腺功能亢进或减退、心动过缓、尖端扭转型室速等不良反应,在应用胺碘酮过程中,监测其可能出现的

不良反应,如胸部 X 光片,甲状腺功能五项,Q-T 间期等检查,静脉输入时心电图监护,监测心率,心律,血压,Q-T 间期,注意药物剂量,输入速度(150mg 快速静脉注射,之后以 1mg/min 持续 6h,再改为 0.5 mg/min 维持,总量 1000~2000 mg/d),一旦发现其不良反应,及时减量或停药,不良反应大多可逆转,说明应用胺碘酮患者总的耐受性好,安全性好。

#### 参考文献

- [1] 王宇,何军,李凤莉. 86 例宽 QRS 心动过速的急诊处理. 中国心血管杂志,2005,10:376-377.
- [2] Siddoway LA. Amiodrone: guidelines for use and monitoring. Am Fam Physician,2003,68:2189-2196.
- [3] 陈新. 临床心律失常学——电生理和治疗. 北京:人民卫生出版社,2000. 874.

(上接第560页)

## 2 讨论

左、右冠状动脉开口绝大多数分别位于主动脉左、右窦内,只是其开口的前后和高低位置略有不同<sup>[1,2]</sup>。冠状动脉畸形包括冠脉起源和分布异常、冠脉支数异常、冠状动脉漏,发生率 0.6%~1.6%<sup>[5]</sup>;最常见的为左前降支和左回旋支双开口畸形,右冠状动脉变异相对少见<sup>[1]</sup>。单冠脉畸形大约占有冠脉畸形的 3.3%,一般认为是在胚胎时期冠状动脉异常发育或未发育完全造成的,其原因不明确<sup>[4]</sup>,多在冠脉造影时偶然发现。本例冠状动脉造影诊断为先天性右冠状动脉缺如,明确为单支左冠状动脉。Yamanaka 等<sup>[5]</sup>报道,大多数右冠状动脉先天性缺如患者可发生劳力型心绞痛,静息时可无症状,本患者具有劳力和自发型心绞痛。单支冠状动脉对心肌灌注有潜在影响,被认为临床上具有潜在危险性,多因年龄、应激、感染、创伤等因素诱发心肌缺血,临床表现类似心绞痛、心肌梗死、心力衰竭、恶性心律失常、猝死等临床和心电图表现,冠状动脉造影是惟一确诊手段<sup>[6]</sup>。本例患者因疑诊“劳力和自发型心绞痛,运动平板试验阳性”住院,冠状动脉造影结果结合临床,综合分析患者心绞痛症状系活动时心肌需氧量增加,引起相对性心肌供血不足和夜间冠脉痉挛所致,一般建议行外科手术矫治,但目前尚缺乏统一的成年人冠状动脉先天性变异治疗标准<sup>[7]</sup>,患者因经济原因暂拒绝行外科手术矫治而出院。本例患者既往无特殊病史及心脏血管造影检查史,此次造影发现右冠状动脉缺如,

进一步明确了患者病情,同时提示心血管介入手术人员应提高对其病理解剖、病理生理和临床表现的认识,在介入手术时应对可能遇到的冠状动脉起源异常类型、发生几率有所了解,以避免漏诊、误诊。药物治疗改善内皮功能和缓解冠脉痉挛尤其重要。

#### 参考文献

- [1] 卢才义. 临床心血管介入操作技术. 北京:科学出版社,2002. 21-26.
- [2] 李占全. 冠状动脉造影与临床. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2002. 115.
- [3] 林兆恒. 右冠脉缺如误诊为心肌梗死 12 年 1 例. 实用诊断与治疗杂志,2008,22:167.
- [4] 吴瑛,姚民,高润霖,等. 成人冠状动脉造影中动脉起源异常分析. 中华心血管病杂志,2004,32:587-591.
- [5] Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126595 patients undergoing coronary arteriography. Cathet Cardiovasc Diagn, 1990,1:28-40.
- [6] 马长生. 介入心脏病学. 北京:人民卫生出版社,北京:1988. 94-98.
- [7] Angelini P. Coronary artery anomalies——current clinical issues; definitions, classification, incidence, clinical relevance, and treatment guidelines. Texas Heart Inst J, 2002, 29:271-278.