

药物治疗快速型室上性心律失常 引起阿斯综合征 3 例

陈叶芳

(靖江市人民医院, 靖江, 214000)

我院 1989~1996 年在对 80 例快速型室上性心律失常药物复律过程中, 有 3 例导致阿斯综合征发作, 现将引起的原因和药物治疗经验教训总结如下。

1 临床资料

例 1, 男, 43 岁, 因阵发性心悸、胸闷 4 年再发 13h 入院。体检: 心率 186 次/分, 血压 13.3/9.3kPa, 心界不扩大, 心脏无杂音, EKG 示阵发性室上性心动过速、完全性右束支传导阻滞。入院后给予心律平 70mg 加入 5%葡萄糖液 20ml 静脉缓注, 每隔 15min 1 次, 共 3 次, 总量 210mg, 未能复律。用异搏定 5mg 加入 5%葡萄糖液 20ml 静脉缓注, 每隔 10min 1 次, 共 3 次, 总量 15mg, 仍未复律。给西地兰 0.4mg 加入 5%葡萄糖液 20ml 静注无效, 心电监护示心率增至 200 次/min。再给予心律平 35mg 静注, 约 5min 后, 心电监护示窦性停搏 15s, 患者四肢抽搐, 神志丧失, 即给予心脏按压, 人工呼吸、异丙肾上腺素 0.5mg、阿托品 0.5mg、地塞米松 10mg 静注。用药 20s 后, 心电监护示结性逸搏, 40s 窦性心律恢复, 心率 50 次/min, 病情稳定后赴外地电生理检查确诊为隐匿性预激综合征 (简称预激)。

例 2, 女, 46 岁, 因阵发性心悸、胸闷反复发作 10 年, 再发 10h 入院。心率 220 次/min, 血压 14/10kPa, EKG 示阵发性室上性心动过速、预激综合征 B 型。给予心律平 70mg 加入 5%葡萄糖液 20ml 静脉缓注, 15min 后再次给予心律平 70mg 后, 心电监护示窦性停搏 2s, 结性逸搏。20s 后窦性心律恢复, 心率 50 次/min, 2h 后室上速再发, 用心律平 70mg 加入 5%葡萄糖液 20ml, 每 15min 1 次, 连用 3 次, 总量 210mg。当注射完毕时, 心电监测窦性停搏 17s, 四肢抽搐, 意识丧失,

口唇紫绀, 即给予心脏按压、人工呼吸、吸氧、阿托品 1mg、异丙肾上腺素 1mg、地塞米松 5mg 静注, 25s 时心电监护示结性逸搏心律, 30s 后窦性心律恢复, 心率 48 次/min。

例 3, 男, 40 岁, 因阵发性心悸 10 年、心前区隐痛 24h 入院。血压 15/9kPa, 心率 240 次/min, EKG 示预激综合征合并快速型房颤, 用心律平 70mg 加入 5%葡萄糖液中每 15min 1 次, 总量 210mg, 未能复律。给予乙胺碘呋酮 75mg 加入葡萄糖液 20ml 静脉缓注, 30min 后无效, 再给予 75mg 静注, 当注射至 20mg 时, 患者突然呼吸停止, 继之心跳停止, 心电监护示窦性停搏 20s, 即给予心前区拳击、心脏按压、人工呼吸、气管插管, 异丙肾上腺素 1mg、阿托品 1mg、地塞米松 10mg 静注, 30s 心电监护示室性逸搏, 10s 结性逸搏出现, 50s 窦性心律恢复, EKG 示 Q-T 间期延长, 心肌供血不足。

2 讨论

本组 3 例阵发性室上性心动过速合并预激或房颤, 虽然复律成功, 但在复律过程中均出现窦性停搏, 发生阿斯综合征。因此, 对这类患者的治疗, 作者体会是:

(1) 要确定有否隐匿性预激的存在。例 1 阵发性室上速发作时, EKG 隐匿性预激未能显示出时, 在常规用心律平无效情况下, 选用异搏定、西地兰, 加速旁道下传, 使心率由 186 次/min 增加至 200 次/min, 持续时间长, 给复律带来危险。因此, 对于频率 > 180 次/min, 首先要考虑是否有预激或者隐匿性预激存在, 在遇有室上速或快速房颤, 又不能明确有否预激存在时, 应避免使用加速旁道药物如西地兰、异搏定等。

(下转 34 页)

素，而血压水平越高，通常血压波动也越大^[1~3]。24h 动态血压监测注意到，在醒来时血压显著增高，临床和流行病学观察显示，此时心肌缺血、心肌梗塞、心脏性猝死以及脑血管意外等的发生率在醒来时增多。因此，如能在 24h 或更长时间内持续发挥降压疗效，则可减少在清晨苏醒时刻血压的波动，从而减少发生心血管意外的危险性。

值得注意的是，抗高血压治疗本身可能由于不恒定的药理作用，以至对血压控制也不稳定，这种影响在每日多次用药中更易发生，从而产生明显的血压峰谷现象。过去已建立的显示抗高血压药物效能及其可比性的方法未能考虑到血压波动因素，而是依赖于对剂量间隔末期血压的观察，其结果是不必要地加大一些短效药物的用量，以保证剂量间隔末期的抗高血压效能，服药后其结果也必然立即会达到较高的血药浓度，以致有导致极度低血压的潜在危险^[1]。

评价抗高血压药物效能的方法，不仅要考虑到血压降低的绝对值，又要考虑到 24h 血压波动的情况，1988 年美国在“降压药临床评价指南”的报告中对剂量——效应关系问题首次提出用谷/峰比值作为临床评价降压作用的一项指标。建议

中指出一种抗高血压药物应在其谷效应时保持其大部分的峰效应为主旨，可避免过大剂量的用药以及因此而导致的不良后果。目前理想的高血压治疗，谷/峰比值不应 < 50%，否则意味着在用药间隔末期血压降低幅度达峰值期的一半，反映 24h 中被控制血压会有明显的波动。故谷/峰比值应越高越好，它意味着该药物在用药间期内（即 24h 内）均能保持较平稳的抗高血压疗效。本资料表明硝苯地平控释片比硝苯地平普通片更能达到上述平稳的抗高血压疗效。

参考文献

- 1 Dr. Meredith PA. 降压谷/峰比率及其 24 小时血压控制的临床关系. 中华心血管病杂志, 1995; 23: 50
- 2 Wang L, Lee DP, Lu ZW, et al. Nifedipine GITS and Enalapril Lower blood pressure and proteinurea effectively in elderly hypertension. Eur Heart J, 1994; (15) (suppl): 532
- 3 Udelhoven P. second International Nifedipine GITS symposium. Paris; 1994: 1
- 4 Dr Herve Hayoun. 降压治疗与靶器官损害. 中华心血管病杂志, 1995; 23: 51
- 5 诸骏仁. 降压谷峰值比率及其对药物评价的作用. 中华心血管病杂志, 1994; 22 (5): 324

(收稿日期: 1996-11-21)

(上接 32 页)

(2) 了解药物半衰期，避免频繁更换药物。药物在体内须经过 5 个半衰期后，才能考虑更换其它药物。本组例 1 在治疗中盲目频繁更换其它药物，造成多种抗心律失常药物浓度高峰重叠，使窦房结和房室结完全被抑制，引起心跳骤停。所以，当某一种药物常规治疗无效时，应冷静观察，待 5 个半衰期结束后，再试换其它药物。

(3) 重复用药应仔细观察。例 2 复律前窦房结功能被严重抑制，停搏 2s 复律后，窦房结功能恢复差，心率 50 次/min，当再次发作时，同样的药物及剂量应小心慎用，如果不能复律，增加药量时应小剂量静滴，以免大剂量、高浓度对窦房结的抑制。

(4) 注意患者个体差异。由于患者对药物敏感性不一致，有时认为安全的半量并非安全。如乙胺碘呋酮虽为广谱抗心律失常药，但由于副作用多且严重，甚至半量静注也可引起阿斯综合征。国内外已有人报告静脉注射中可发生猝死。一般主张以 150mg 乙胺碘呋酮稀释后缓慢静注，需重复用药至少间隔 30~60min^[1]。本组例 3 半剂量静注也导致心跳、呼吸骤停。因此，用药过程中要严密观察，及时做好心肺脑复苏准备工作。

参考文献

- 1 高春瑞, 等. 阵发性室上性心动过速治疗的经验. 中国实用内科学杂志, 1994; 8 (4): 459

(收稿日期: 1996-12-16)