

快速性心律失常的药物治 疗及现代观念

一、循证医学 与心律失常

何谓循证医学？

“积极而小心应用已有的最佳证据为个别患者制定治疗决策”
Sackett et al., 1997.

1. 科学证据
2. 普遍患者数据



随机对照
研究



临床决策

1. 临床经验
2. 过往病者资料



以往临床
经验

个别患者



二、抗心律失常药物 基本知识

心律失常的治疗学分类

- 快速性心律失常：早搏、过速、扑动、颤动
- 缓慢性心律失常：过缓、停搏、阻滞、逸搏

室性心律失常的分类

- 恶性室性心律失常：指有器质性心脏病，其心律失常为持续室速或心室颤动
- 潜在恶性室性心律失常：指有器质性心脏病，其心律失常为室早或无症状的短阵室速
- 良性室性心律失常：指无器质性心脏病者发生的室性心律失常，一般为室早或短阵室速

心律失常治疗方法

- 药物治疗
- 电学方法：电复律、起搏器、超速抑制、适时早搏刺激、ICD
- 导管消融：射频、直流电、超声、微波、激光、冷冻、酒精
- 机械方法：颈动脉窦按摩、眼球按压、冷水刺激、Valsalva动作
- 手术治疗

抗心律失常药物分类

类别	作用通道和受体	APD或QT间期	代表药物
I _A	阻滞 I _{Na} ++	延长 +	奎尼丁、丙吡胺 普鲁卡因胺
I _B	阻滞 I _{Na} +	缩短 +	利多卡因、苯妥英 美西律、妥卡尼
I _C	阻滞 I _{Na} +++	不变	氟卡尼、普鲁帕酮
I _B /I _C	阻滞 I _{Na} +++	缩短 +	莫雷西嗪
II	阻滞 β ₁	不变	醋丁洛尔、阿替洛尔 美托洛尔、艾司洛尔
	阻滞 β ₁ β ₂	不变	纳多洛尔、普萘洛尔 索它洛尔

III	阻滞 I_{kr}	延长 +++	奎尼丁、多非利特 索它洛尔、司美利特 阿莫兰特
	阻滞 I_{kr} I_{to}	延长 +++	替地沙米、氨巴利特
	阻滞 I_{kr} 激活 I_{Na-S}	延长 +++	伊布利特
	阻滞 I_{kr} I_{ks}	延长 +++	胺碘酮、Azimilide
	阻滞 I_K 交感末梢排空 去甲肾上腺素	延长 +++	溴苄胺
IV	阻滞 I_{Ca-L}	不变	维拉帕米, 地尔硫卓
其他	开放 I_K	缩短 ++	腺苷
	阻滞 M_2	缩短 ++	阿托品
	阻滞 Na/K 泵	缩短 ++	地高辛

三、抗心律失常药物

的选

择

早搏抗心律失常药物选择

1.心脏无结构异常

(1)房性—无需用药

(2)室性—QT正常者随访，无需用药

QT延长者纠正病因，补钾、补镁

先天者 β -阻滞剂

2.心脏有结构异常

(1)房性—可能房颤先兆， β -阻滞剂、Sotalol、胺碘酮等 (2)

室性—心功能正常者，无猝死高危者，随访不治疗

心功能异常者，猝死可能者，胺碘酮

房颤抗心律失常药物选择

- 1.阵发性房颤：可自动转复，有复发倾向，预防采用
 - (1)特发性—普鲁帕酮、索他洛尔、氟卡尼、 β -阻滞剂
 - (2)器质性心脏病— β -阻滞剂、索他洛尔、胺碘酮
- 2.持续性房颤：需电或药物转复，随访复发
 - (1)特发性—普鲁帕酮、索他洛尔、氟卡尼
 - (2)器质性心脏病—胺碘酮、索他洛尔
- 3.持久性房颤：不再转复，终身房颤，控制心室率
 β -阻滞剂、地高辛、地尔硫卓、维拉帕米

室上速抗心律失常药物选择

心律失常类型	首选	次选	最好避免
无并发症的			
AVNRT	异搏定、心律平、ATP	氟卡胺、氯卡胺	
AVRT	病人既往对药物的反应	乙吗噻嗪	
WPW+	心律平、氟卡胺、	胺碘酮	西地兰、异搏定
定			
心功不全	胺碘酮、西地兰	ATP、乙吗噻嗪	心律平、氟卡胺、
胺、			
			异搏定
COPD	异搏定	心律平、氟卡胺	ATP

室速/室颤抗心律失常药物选择

1. 单形性室速

(1) 血液动力学不稳定—电复律

(2) 血液动力学稳定

a. 特发性-普鲁帕酮→有效

└ 无效→电复律

b. 器质性心脏病—利多卡因→有效

└ 无效→胺碘酮→有效

└ 无效→电复律

2.多形性室速

(1)已知长QT者

a.特发性：补钾、普萘洛尔 Nadolol→有效
└ 无效→电复律

b.继发性：纠正病因、补K⁺、补Mg²⁺ →有效

(2)QT正常者→利多卡因→有效

└ 无效→溴苄胺→有效
胺碘酮

└ 无效→电复律

3.室扑/室颤→电复律→有效

└ 无效 →利多卡因→电复律→有效

└ 无效

└ 胺碘酮

└ 电复律

常用抗心律失常物的应用

胺碘酮(可达龙)的历史

1961年合成

1967年用于心绞痛治疗

1970年用于心律失常治疗

1990年确立在心律失常治疗中地位

静脉应用胺碘酮

适应症：室性、室上性快速型心律失常
危及生命的快速心律失常
宽QRS波心动过速，性质不明
器质性心脏病，心功能不全并快速心律失常
已用过Ⅰ类药物无效

用法：
15mg/min×10min
1mg/min ×6h
0.5mg/min ×18h
24h总量不超过2000-3000mg

静脉胺碘酮具体用法

- 静注 3mg/Kg/次 (150mg) ,总量 9mg/Kg(450mg)
NS or GS 20ml
Cordarone 150mg / Iv 10min
连续2~3次,每次间隔10min
- 静滴总量600~900mg/24h, 连续均匀滴入
NS or GS 250ml
Cordarone 300mg / Iv drip
连续2 ~ 3次
- 静脉应用1 ~ 3天即可, 静脉用药首日即可同时开始口服

口服应用胺碘酮

负荷量 0.2 Tid × 1~2w

0.2 Bid × 1~2w

维持量 0.2 QD

抗室律不齐>抗房律不齐

静注胺碘酮不良反应

- 不良反应：
- (1)短时无静注，几无促心律失常
 - (2)低血压反应—多巴胺纠正
 - (3)心衰加重？—多巴胺等正性肌力药
 - (4)心率减慢—必要时起搏
 - (5)静脉炎—采取中心静脉给药

- 机制：
- (1)不清楚
 - (2)可能与抗交感有关
 - (3)部分与多通道阻滞有关

长期应用胺碘酮副作用(1)

肺纤维化 0.4 QD

发生率 5.7% (33/573)

病死率 10% (3/33)

服药第一年 胸片/3个月

服药第二年 胸片/6个月

长期应用胺碘酮副作用(2)

甲状腺功能异常

胺碘酮抑制	$T_4 \rightarrow T_3$	
治疗病例	$T_3 \downarrow$	正常反应
甲亢反应	$T_3 \uparrow$	发生率 1-2%
甲减反应	TSH \uparrow	发生率 2-4%

胺碘酮禁忌症

窦性心动过缓和窦房阻滞

病窦综合症未安置起搏器者

高度传导障碍未安置起搏器者

甲状腺功能障碍

已知碘过敏

与可致尖端扭转型室速的药物合用

妊娠，除非特殊情况

哺乳

胺碘酮合并用药注意

- (1)与华发令合用 增加华发令浓度
100%
- (2)与地高辛合用 增加地高辛浓度
70%
- (3)与普鲁卡因胺合用 增加普胺浓度55%
- (4)与苯妥英钠、氟卡胺合用 也能增加血浓度

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/128072003105006073>