

静脉注射胺碘酮治疗顽固性恶性心律失常的安全性和护理技巧探讨

王艳玲 陈明卓^(通讯作者) 陈聪 姜欢 党佳楠

吉林大学白求恩第二医院, 吉林长春, 130000;

摘要: 目的: 对静脉注射胺碘酮治疗顽固性恶性心律失常的安全性和护理技巧进行效果评价, 观察其对不良反应发生情况的影响。方法: 将2024年1月-2025年12月于本院进行治疗的130例顽固性恶性心律失常患者按照护理方式的不同分为对照组和观察组各65例, 对应进行常规护理与针对性护理干预, 而后以患者护理满意度、临床疗效、不良反应发生率及心律失常转律时间、生理指标变化为主要指标。结果: 观察组患者96.92%的临床疗效明显比对照组87.69%更高($\chi^2=3.900$, $P=0.048$)。观察组患者护理满意度达96.92%明显比对照组80.00%更高($\chi^2=9.119$, $P=0.003$)。观察组患者低血压、静脉炎、心律失常加重、心动过缓不良反应占比4.62%明显比对照组16.92%更低($\chi^2=5.123$, $P=0.024$)。观察组转律时间明显比对照组短($P<0.05$)。观察组患者心率、血压、QT间期均优于对照组($P<0.05$)。结论: 对于顽固性恶性心律失常患者静脉应用胺碘酮与针对性护理干预协同后, 可显著提升治疗安全性与有效性, 缩短转律时间, 改善整体预后质量, 进而提高患者对临床护理的满意度, 值得临床推广使用。

关键词: 胺碘酮; 顽固性恶性心律失常; 静脉给药; 针对性护理; 安全性

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.060

顽固性恶性心律失常属于心血管急危重症范畴中病情进展迅猛、致死率高的一种疾病, 会影响患者心肌电生理稳定性, 诱发心源性猝死等严重并发症。其发病机制涉及心肌细胞离子通道功能紊乱、自主神经调节失衡及心肌结构重构等多重病理环节, 此时患者因心电活动极度紊乱而频频出现室速或室颤, 若不及时干预, 数分钟内即可导致血流动力学崩溃^[1]。张晓静^[2]等学者指出, 结合该疾病的病理特点与临床危急性, 临床处理时应以快速终止心律失常发作, 稳定电生理状态为首要目标, 借助药物或非药物手段迅速恢复窦性心律, 同时严密监测QT间期、血压及心率动态变化, 避免药物相关不良反应诱发继发性心律失常。胺碘酮作为III类抗心律失常药物, 可在进入细胞后延长心肌动作电位时程与有效不应期, 抑制钠、钾、钙离子跨膜转运, 并兼具 α 与 β 受体阻滞作用, 从多靶点协同抑制异位起搏与折返机制^[3]。另外, 通过静脉给药亦可发挥其起效迅速、生物利用度高的优势, 为危重患者争取黄金干预窗口。然而静脉注射胺碘酮在临床应用中也存在诸多风险, 且用药过程中对剂量、速度、浓度均有严格要求, 稍有不慎可

导致严重后果。因此如何在确保疗效的同时降低用药风险, 成为临床护理工作面临的重要课题。基于此本研究以部分患者为研究对象, 对胺碘酮静脉用药及护理干预策略的临床应用价值展开研究, 具体内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

经伦理委员会审批后将2024年1月-2025年12月于本院进行治疗的130例顽固性恶性心律失常患者按照护理方式的不同分为对照组和观察组各65例。参与本研究的患者必须同时满足以下条件: ①符合恶性心律失常的诊断标准, 并确诊^[4]; ②对常规抗心律失常药物治疗无效或效果不佳; ③意识清楚或经心肺复苏后意识恢复; ④患者或家属签署知情同意书。凡符合下列任一项者, 均不纳入本研究: ①对胺碘酮或碘剂过敏者; ②严重窦性心动过缓(心率 <50 次/min)、II度及以上房室传导阻滞未安装起搏器者; ③甲状腺功能亢进未控制者; ④严重肝肾肾功能不全者; ⑤妊娠或哺乳期妇女。两组患者基线资料均衡可比($P>0.05$), 见表1。

表 1: 患者基线资料对比

分组	n	性别		年龄(岁)	基础病			类型		NYHA			
		男	女		冠心病	心肌病	其他	心动过速	颤动	I级	II级	III级	IV级
对照组	65	43	22	57.47±3.79	23	22	20	38	27	6	22	25	12
观察组	65	38	27	57.40±3.71	26	20	19	34	31	10	13	27	15
t/×2	-	0.819		0.106	0.037			0.498		0.421			
P	-	0.366		0.915	0.848			0.480		0.516			

1.2 研究方法

胺碘酮静脉注射治疗: 选用盐酸胺碘酮注射液(沈阳双鼎制药有限公司; 国药准字 H20244755) 静脉给药, 所有患者均在心电监护下进行, 首剂 150mg 与 0.9%氯化钠注射液 20mL 充分稀释后 20min 内静脉推注, 随后以 1-1.5mg/min 速度持续静脉输注, 6h 后减至 0.5mg/min 维持, 24h 总量 <1200mg。对于首次负荷量后心律失常未控制者, 可于 10-15min 后再次给予负荷量 75-150mg, 用药期间根据心率、血压及心律失常控制情况适时调整输注速度。待心律失常控制稳定后, 逐渐过渡为口服胺碘酮维持治疗。治疗期间根据患者分组情况给予相应护理干预, 对照组给予常规护理, (1) 定期监控患者生命体征及心电图变化, 及时识别并报告心律失常复发或药物不良反应。(2) 遵医嘱准确执行药物治疗, 严格掌握胺碘酮给药剂量、速度及配伍禁忌。对于出现不良反应者, 立即暂停用药并协同医生采取对症处理。(3) 向患者及家属开展基础健康教育, 重点集中于心律失常诱因、药物作用机制及自我监测等要点, 强调按时服药、定期复查及避免咖啡因、酒精等诱发因素。观察组在常规护理基础上实施针对性护理干预: (1) 基于心电监护数据动态评估心律失常风险等级, 对 III 级及以上患者启动分级预警响应机制, 每 30 分钟评估一次 R-R 间期变异度与 QTc 离散度, 并结合多维度心电参数与生理指标进行针对性干预。(2) 用药前详细询问患者过敏史, 评估患者基础生命体征以及心功能状态, 对存在基础疾病患者提高护理敏感性, 加强心电监护频次。同时评估外周静脉条件, 优先选择肘部粗大静脉进行置管, 避免药物外渗。避免选择手背、腕部等细小静脉, 确保药物输注通路安全稳定。期间使用 20-22G 留置针, 确保一次穿刺成功, 避免反复穿刺损伤血管。输注过程中密切观察穿刺部位有无红肿、疼痛、硬结等静脉炎表现, 发现异常及时更换输液部位。(3) 用药期间实施持续心电监护, 每 15-30min 记录一次心率、心律变化, 观察室性早搏次数、室速发作频率及持续时间, 注意有无新发心律失常。每 5-10min 测量一次血压, 血压下降超过基础值 20% 或收缩压 <90mmHg 时立即报告医生。观察有

无呼吸困难、肺部啰音等肺毒性表现, 定期复查心电图, QTc 间期 >500ms 时需警惕尖端扭转型室速风险。(4) 低血压是胺碘酮静脉给药最常见的不良反应, 此时需严格控制负荷量注射速度, 输注期间保持平卧位; 对基础血压偏低者提前备好多巴胺等升压药物。一旦发生低血压, 立即减慢输注速度, 取头低脚高位, 必要时遵医嘱使用升压药物。对于心动过缓者慎用; 用药期间严密监测心率, 心率 <50 次/min 或出现头晕、黑矇等症状时立即暂停给药, 遵医嘱使用阿托品或异丙肾肾上腺素。(5) 强化患者教育与心理支持, 采用图文卡片与短视频相结合的方式讲解胺碘酮药理特性及常见反应, 指导患者识别心悸、气促、视物模糊等早期预警信号, 以 15min/次/d 的频次开展针对性心理疏导, 缓解其对心律失常复发及药物不良反应的焦虑。同步建立个人健康档案, 动态随访用药后患者的疾病状况, 并记录在册。(6) 出院前完成用药依从性评估, 结合患者文化程度与理解能力, 制定个性化用药指导手册, 同时明确标注服药时间、剂量、禁忌及复查节点, 由责任护士一对一演示药物储存条件与漏服补救流程。

1.3 观察指标

1.3.1 患者护理满意度

于患者出院前 1d 让其自行根据感受填写自制满意度调查问卷, 问卷总分 100 分, 以 90 分以上为非常满意, 60-89 分为满意, 60 分以下为不满意。满意度是总数-不满意再除以总数*100%。

1.3.2 临床疗效

显效患者满足心室率控制达到目标范围, 转为窦性心律且维持 ≥24h, 症状明显缓解; 有效患者满足心室率较前下降 ≥30% 或症状部分缓解; 无效患者则心室率无改善或出现新发心律失常等情况。

1.3.3 不良反应发生率

统计用药期间患者出现低血压、静脉炎、心律失常加重、心动过缓的例数, 按发生例数除以总例数*100% 计算发生率。

1.3.4 心律失常转律时间

查看患者从用药开始至首次转为窦性心律的确切时间，并以h为单位进行记录。

1.3.5 生理指标变化

专人监测患者干预后心率、血压、QT间期的变化。

1.4 统计学处理

用SPSS28.0统计学软件对数据进行分析，计量资料用t检验，计数资料行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理满意度对比

观察组患者护理满意度达96.92%明显比对照组80.00%更高 ($\chi^2=9.119, P=0.003$)。见表2

表2：护理满意度对比 (%)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	65	27	25	13	52 (80.00%)

表4：不良反应发生率对比 (%)

组别	n	低血压	静脉炎	心律失常加重	心动过缓	发生率
对照组	65	4	1	2	4	11 (16.92%)
观察组	65	1	0	1	1	3 (4.62%)
χ^2	-	-	-	-	-	5.123
P	-	-	-	-	-	0.024

2.4 心律失常转律时间对比

观察组转律时间明显比对照组短 ($P < 0.05$)。见表5

表5：心律失常转律时间对比 ($\bar{X} \pm s; h$)

组别	n	转律时间
对照组	65	5.15 ± 1.13
观察组	65	3.56 ± 0.84
t	-	9.104
P	-	<0.001

表6：生理指标变化对比 ($\bar{X} \pm s$)

组别	n	心率 (次/min)	血压 (mmHg)	QT 间期 (s)
对照组	65	78.69 ± 5.18	150.78 ± 9.64	0.43 ± 0.02
观察组	65	83.44 ± 8.18	135.47 ± 7.01	0.52 ± 0.03
t	-	3.955	10.356	20.125
P	-	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

顽固性恶性心律失常是临床上亟需突破的危重病症，该病发生后患者会因心室颤动或快速性室性心动过速导致血流动力学急剧恶化，进而影响整体器官灌注，诱发心源性休克甚至猝死^[5]。其本质不仅是电生理紊乱，更是心肌细胞能量代谢失衡、离子通道重构与自主神经调控失调的多重交互失稳结果，所以单纯抗心律失常药物难以逆转这一复杂病理网络，需通过多靶点协同干预，

观察组	65	60	3	2	63 (96.92%)
χ^2	-	-	-	-	9.119
P	-	-	-	-	0.003

2.2 临床疗效对比

观察组患者96.92%的临床疗效明显比对照组87.69%更高 ($\chi^2=3.900, P=0.048$)。见表3

表3：临床疗效对比 (%)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
对照组	65	40	17	8	57 (87.69%)
观察组	65	61	2	2	63 (96.92%)
χ^2	-	-	-	-	3.900
P	-	-	-	-	0.048

2.3 不良反应发生率对比

观察组患者低血压、静脉炎、心律失常加重、心动过缓不良反应占比4.62%明显比对照组16.92%更低 ($\chi^2=5.123, P=0.024$)。见表4

对照组	65	5.15 ± 1.13
观察组	65	3.56 ± 0.84
t	-	9.104
P	-	<0.001

2.5 生理指标变化对比

观察组患者心率、血压、QT间期均优于对照组 ($P < 0.05$)。见表6

重建心肌电-机械耦联稳态。胺碘酮为经典的III类抗心律失常药物，是临床治疗心律失常的一线治疗药物，可在机体内发挥延长动作电位时程，阻滞钾通道，轻度抑制钠钙交换等多重电生理效应，进而有效抑制折返性心律失常。但使用时受多重因素限制，使得其临床疗效受限，故在治疗期间需联合专业护理措施以优化药物代谢动力学、防范静脉炎及低血压等不良反应，确保治疗有效性与安全性^[6-7]。从本研究结果得知，观察组患者96.92%的临床疗效明显比对照组87.69%更高 ($\chi^2=3.900,$

P=0.048)。观察组患者护理满意度达96.92%明显比对照组80.00%更高($\chi^2=9.119$, $P=0.003$)。观察组患者低血压、静脉炎、心律失常加重、心动过缓不良反应占比4.62%明显比对照组16.92%更低($\chi^2=5.123$, $P=0.024$)。观察组转律时间明显比对照组短($P<0.05$)。观察组患者心率、血压、QT间期均优于对照组($P<0.05$)。究其原因,①常规护理侧重于被动执行医嘱和基础生命体征监测,虽可满足基本护理需求,但缺乏对患者个体化病情演变的动态预判与主动干预,无法对药物代谢动力学特点的深入考量使得整体治疗效果受限。而针对性护理则将干预节点前移,用药前即对患者各项情况进行系统评估,有效避免了因血管选择不当导致的药物外渗及静脉炎发生,进而优化了药物输注路径与速度,让患者获得良好的治疗效果^[8]。②胺碘酮静脉给药后易引发血管刺激与血流动力学波动,不仅治疗效果受限,更可能诱发低血压与心律失常恶化等严重不良反应。相较之下,针对性护理通过实时心电监护、精准容量管理及阶梯式给药策略,使护理人员能够根据R-R间期变异度、QTc离散度等心电参数变化提前识别潜在风险,及时调整给药速度或采取预防措施,从而提高了治疗的精准性与安全性。另外针对性护理还注重患者心理应激调控,通过呼吸训练、正念引导与个性化健康教育,显著缓解患者因心悸、濒死感引发的焦虑情绪,降低交感神经过度激活对心律稳定性的影响,从而在神经-内分泌-免疫网络层面协同增强胺碘酮的抗心律失常效应,使心肌电重构进程得以延缓,为心律长期稳定奠定生理基础^[9-10]。

综上所述,对于顽固性恶性心律失常患者静脉应用胺碘酮与针对性护理干预协同后,可显著提升治疗安全性与有效性,缩短转律时间,改善整体预后质量,进而提高患者对临床护理的满意度,值得临床推广使用。

参考文献

- [1]陈燕,梁美琼. 1例急性心肌梗死并发恶性心律失常的护理[J]. 中国科技论文在线精品论文,2025,18(01):235-237.
- [2]张晓静,王宝珠,陈志苑,等. 急性心肌梗死合并恶性心律失常患者治疗后延长重症监护室停留时间的因素研究[J]. 中华保健医学杂志,2024,26(04):403-406.
- [3]陈冰心,王晓,范平. 24h动态心电图在CHF患者恶性室性心律失常诊断中的应用价值分析[J]. 医学理论与实践,2024,37(16):2798-2800.
- [4]朱春雨. 酒石酸美托洛尔联合胺碘酮治疗急性心肌梗死合并恶性心律失常患者的效果[J]. 中国民康医学,2024,36(13):34-36.
- [5]周珏珉,邓学军,谭震,等. 急性心肌梗死患者Tp-Te/QT比值、血清SCUBE1水平与并发恶性室性心律失常的关系[J]. 临床误诊误治,2023,36(10):69-73.
- [6]王翠霞,李升. 胺碘酮联合倍他乐克治疗肥厚性心肌病伴恶性心律失常的疗效探讨[J]. 中国实用医药,2023,18(18):97-100.
- [7]陈日超,韦荣菊,陈华,等. 急性心肌梗死早期恶性室性心律失常风险预测模型的构建[J]. 中国医学工程,2023,31(03):19-25.
- [8]黄艳. 急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗后的心力衰竭发生情况及影响因素[J]. 医疗装备,2022,35(23):118-120.
- [9]陈玉芳. 预见性护理与移情护理对恶性心律失常的效果[J]. 心血管病防治知识,2022,12(20):82-84.
- [10]冯晓芳. 多元化护理干预对扩张性心肌病伴恶性心律失常的临床护理研究[J]. 心血管病防治知识,2022,12(16):35-38.