

· 临床药师交流园地 ·

# 对 1 例频发室性期前收缩伴室性并行心律患者的药物治疗分析

胡萍<sup>1,2</sup>, 韩勇<sup>1</sup>

(1. 华中科技大学同济医学院附属协和医院卫生部临床药师培训基地, 武汉 430022; 2. 湖北省荆州市第一人民医院药剂科, 434000)

**摘要** 临床药师参与 1 例频发室性期前收缩伴室性并行心律患者治疗用药方案的制定与用药监护。探讨临床药师参与心律失常患者个体化治疗方案和在用药监护中的工作要点。确定符合患者的用药方案, 减少不良反应的发生, 减轻患者的痛苦是临床药师药学服务的重要内容。个体化用药方案的设计与用药监护是临床药师开展药学服务的工作重点。

**关键词** 期前收缩, 室性; 并行心律, 室性; 临床药师

**中图分类号** R972.2; R969.3 **文献标识码** A

**文章编号** 1004-0781(2012)09-1221-02

室性期前收缩是一种较常见的室性心律失常, 但频发的室性期前收缩是引起心肌缺血甚至心源性猝死的主要原因, 所以对其有效治疗是防止猝死、降低病死率的主要措施。室性并行心律是指心室内的异位起搏点与窦房结各自独立发出激动引起的双重心律<sup>[1]</sup>, 是较少见的室性心律失常, 因其异位起搏点周围存在保护性阻滞, 药物复律及电复律治疗均难以奏效, 对确有症状而无器质性心脏病患者的治疗目的在于减轻症状, 而不是期前收缩的完全控制。笔者通过探讨分析医生与临床药师共同管理的 1 例频发室性期前收缩伴室性并行心律患者的用药调整过程, 体现临床药师在参与临床个体化用药方案制定中所发挥的作用。

## 1 入院情况

患者, 男, 31 岁, 体质量 71 kg。因“手术前检查发现心电图异常 1 周”于 2011 年 8 月 26 日入住心内科。体检: 体温 36.8℃, 血压 120/100 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 心率 59 次·min<sup>-1</sup>, 双肺呼吸音清晰, 心律不齐, 可闻及期前收缩。辅助检查: 肝肾功能、电解质、甲状腺功能、尿常规、血常规、凝血功能无异常。病毒系列: 柯萨奇病毒全套 B5 抗体阳性。肠道病毒 RNA 阳性, 巨细胞病毒抗体阳性, 24 h 动态心电图示频发室性期前收缩, 室性期前收缩总数 12 104 次, 室

性并行心律; 常规心电图示窦性心动过缓, 频发室性期前收缩。诊断: 病毒性心肌炎, 心律失常, 频发室性期前收缩, 室性并行心律。既往无高血压、冠心病、糖尿病病史, 有彻夜玩电脑游戏史。入院后给予抗心律失常药物、抗病毒药物及输注极化液进行治疗, 患者症状缓解。

## 2 药物治疗方案

**2.1 治疗经过** 患者初入院时予胺碘酮 0.3 g, po, tid。6 d 后患者仍感胸闷、心悸, 听诊可闻及期前收缩, 复查心电图示窦性心动过缓, 频发室性期前收缩, 改为盐酸美西律, 100 mg, po, tid。4 d 后仍可闻及期前收缩, 约 26 次·min<sup>-1</sup>, 复查心电图示频发室性期前收缩, 遂将药物改为普罗帕酮 100 mg, po, tid。3 d 后, 期前收缩次数明显减少, 约 13 次·min<sup>-1</sup>, 胸闷、心悸等症状减轻, 复查心电图示偶发室性期前收缩。说明治疗药物有效, 出院后维持治疗。

**2.2 治疗药物的确定** 胺碘酮是 III 类抗心律失常药物, 通过临床疗效对照试验证明胺碘酮治疗室性期前收缩有效, 无明显不良反应<sup>[2]</sup>。胺碘酮是《2008 抗心律失常药物治疗指南》推荐的首选药物, 是目前应用最广泛的一个抗心律失常药物, 能终止各种室上性和室性快速心律失常<sup>[3]</sup>。首先给予患者胺碘酮口服治疗, 治疗 6 d, 期前收缩次数每分钟仍有 26 次, 临床药师与医生讨论认为该药主要在各种器质性心脏病中抗心律失常, 而且胺碘酮引起心动过缓是其不良反应之一, 尤其对窦性心动过缓的患者应慎用<sup>[4]</sup>。该患者各项心脏检查未发现器质性改变, 选用胺碘酮治疗 6 d 后效果不佳, 且心电图示窦性心动过缓, 为避免产生严重心动过缓, 遂予停用胺碘酮, 改用盐酸美西律治疗。

**收稿日期** 2011-11-17 **修回日期** 2012-02-08

**作者简介** 胡萍 (1971-), 女, 湖北荆门人, 副主任药师, 学士, 专业方向: 临床药学, 电话: 027-85351703, E-mail: 39129935@qq.com。

**通讯作者** 韩勇 (1978-), 男, 山东日照人, 主管药师, 硕士, 专业方向: 药物新剂型和临床药学。电话: 027-85351703, E-mail: xhanyong@yahoo.com.cn。

4 d 后,听诊发现期前收缩次数仍无减少迹象,医生建议加大盐酸美西律剂量,但药师认为该药治疗窗小,剂量不宜盲目加大<sup>[5]</sup>,建议医生停用美西律,换用普罗帕酮,因普罗帕酮多用于无器质性心脏病或心功能较好的患者,对室性期前收缩的疗效较房性期前收缩显著<sup>[4]</sup>。该患者并无器质性心脏病,心功能较好,因此此时选用普罗帕酮治疗是较优化的方案。治疗 3 d 后,患者期前收缩次数由原来的每分钟 26 次减少至 13 次,复查心电图示窦性心律,偶发室性期前收缩。说明患者个体对普罗帕酮药物较敏感,药物治疗效果明显,继续该药物治疗。

### 3 药学监护点

**3.1 普罗帕酮的不良反应** 不良反应有口干、唇舌麻木、头痛、眩晕、眼闪光、嗜睡、恶心、呕吐、便秘等,在减量或停药后消失。用量较大时极个别患者出现手指震颤、心动过缓、窦性静止、窦房或房室传导阻滞、精神障碍或低血压、血清丙氨酸氨基转移酶升高及胆汁淤积性肝炎。心血管系统最常见的是诱发或加重室性心律失常、房室或束支传导阻滞、诱发或加重充血性心力衰竭、心绞痛发作增多。也可出现窦房结功能失调如严重的窦性心动过缓、窦性停搏,以及较严重的低血压。不良反应与剂量相关。

**3.2 药物相互作用** 普罗帕酮与华法林钠合用时可增加华法林钠血药浓度和凝血酶原时间;与西咪替丁合用可使普罗帕酮血药稳态水平提高;与地高辛合用可使地高辛的清除率降低,血浆浓度增高,作用增加。若需与这些药物合用应在医生指导下调整药物剂量。与其他抗心律失常药物如维拉帕米、普萘洛尔、胺碘酮及奎尼丁等联用,可能增加本药的不良反应。

**3.3 患者教育** 因外界刺激因素也是引起心律失常的因素之一,临床药师嘱患者调整作息时间,减少电脑游戏时间,并保证每天足够的睡眠,患者听从劝说。临床药师向患者及家属讲解普罗帕酮可能产生的不良反应,用药期间应注意检查心电图、血压、心功能、肝肾功能及血药浓度,因剂量与血药浓度不成比例增加,如出现心动过缓,一般应减量或停药,若需换用其他抗心律失常药,应先停本品 1 d,因其他抗心律失常药可能增

加本药的不良反应。由于普罗帕酮有局部麻醉作用,宜在饭后或与饮料或食物同时服用,不得嚼碎。

患者出院时,嘱咐患者继续抗心律失常及抗病毒药物治疗,注意休息,不能劳累,减少刺激因素,以恢复正常心律,并提供联系方式便于药师随访。

### 4 讨论

室性并行心律多发生于患有器质性心脏病的老年人<sup>[6]</sup>,其中 50% 以上患者有心力衰竭。但是近年来的资料显示,健康人也常见此现象<sup>[7]</sup>。该患者为病毒性心肌炎引起的心律失常,其特点就表现为心脏无器质性改变,心功能正常,因此,遇到室性期前收缩伴室性并行心律患者,尤其是年轻患者,临床药师应协助医生,运用所掌握的知识与临床经验辨证施治,仔细探查患者有无器质性心脏病,不能不加区分,一概选用胺碘酮等药物。另外,由于室性并行心律的复律治疗难以奏效,故治疗目标及治疗侧重点应放在减轻症状上,而不是期前收缩的完全控制。

另外,在协助医生调整好治疗方案之后,临床药师更为重要的工作是做好药学监护,如该病例中,临床药师对该患者长期使用抗心律失常药的安全性、药物相互作用等问题做了详细分析,对患者的教育做了详细记录,体现了临床药师系统全面的药学服务内容。

#### 参考文献

- [1] 王深明. 心血管内科疾病临床诊断与治疗方案[M]. 北京:科学技术文献出版社,2010:92.
- [2] 王萍,袁昌隆. 胺碘酮治疗频发室性期前收缩的临床疗效观察[J]. 重庆医学,2011,40(21):2154.
- [3] 中华医学会心血管病学分会. 胺碘酮抗心律失常治疗应用指南(2008)[J]. 中华心血管病杂志,2008,36(9):769-777.
- [4] 解斌,董震海,王建忠,等. 实用新药学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2007:325-329.
- [5] 马爱群,吕毅. 心血管内科手册[M]. 北京:科学出版社,2008:214.
- [6] 张文博,李跃荣. 心电图诊断手册[M]. 3 版. 北京:人民军医出版社,2011:377.
- [7] 黄华敏,齐晓红,梁另双. 发热后出现室性并行心律 1 例[J]. 人民军医,2010,53(12):949.

DOI 10.3870/yydb.2012.09.040