

药理学抗心律失常药物种类执业药师考试 PDF转换可能丢失
图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/644/2021_2022__E8_8D_AF_E7_90_86_E5_AD_A6_E2_c23_644591.htm id="wang"

class="chao"> 药物治疗缓慢心律失常一般选用增强心肌自律性和（或）加速传导的药物，如拟交感神经药（异丙肾上腺素等）、迷走神经抑制药物（阿托品）或碱化剂（克分子乳酸钠或碳酸氢钠）。治疗快速心律失常则选用减慢传导和延长不应期的药物，如迷走神经兴奋剂（新斯的明、洋地黄制剂）、拟交感神经药间接兴奋迷走神经（甲氧明、苯福林）或抗心律失常药物。目前临床应用的抗心律失常药物已有50种以上，常按药物对心肌细胞动作电位的作用来分类

（VaughanWilliams法）。第一类抗心律失常药物又称膜抑制剂。有膜稳定作用，能阻滞钠通道。抑制0相去极化速率，并延缓复极过程。又根据其作用特点分为三组。 a组对0相去极化与复极过程抑制均强。 b组对0相去极化及复极的抑制作用均弱； c组明显抑制0相去极化，对复极的抑制作用较弱。 1.奎尼丁（Ia）：是最早应用的抗心律失常药物，常用制剂为硫酸奎尼丁（0.2g/片）。主要用于房颤与心房扑动（房扑）的复律、复律后窦律的维持和危及生命的室性心律失常。因其不良反应，且有报道本药在维持窦律时死亡率增加，近年已少用。应用奎尼丁转复颤或房扑，首先给0.1g试服剂量，观察2h如无不良反应，可以两种方式进行复律：（1）0.2g1次/8h，连服3d左右，其中有30%左右的患者可恢复窦律；（2）首日0.2g、1次/2h，共5次，次日0.3g、1次/2h，共5次，第三日0.4g、1次/2h、共5次。每次给药前测血压和QT间

期，一旦复律成功，以有效单剂量作为维持量，每6~8h给药一次。在奎尼丁复律前，先用地高辛或 β 受体阻滞剂减慢房室结传导，给了奎尼丁后应停用地高辛，不宜同用。对新近发生的房颤，奎尼丁复律的成功率为70%~80%左右。上述方法无效时改用电复律。复律前纠正心力衰竭（心衰）低血钾和低血镁，且不得存在QT间期延长。奎尼丁晕厥或诱发扭转型室速多发生在服药的最初3d内，因此复律在医院进行。

2. 普鲁卡因胺（procainamide）（Ia）：有片剂和注射剂，用于室上性和室性心律失常的治疗，也用于预激综合征房颤合并快速心率，或鉴别不清室性或室上性来源的宽QRS心动过速。它至今还是常用药物，但在我国无药供应。治疗室速成先给负荷量15mg/kg，静脉注射（静注）速度不超过50mg/min，然后以2~4mg/min静脉滴注（静滴）维持。为了避免普鲁卡因胺产生的低血压反应，用药时应有另外一个静脉通路，可随时滴入多巴胺，保持在推注普鲁卡因胺过程中血压不降。用药时应有心电图监测，应用普鲁卡因胺负荷量时，可产生QRS增宽，如超过继续使用。静注普鲁卡因胺应取平卧位。口服曾用于治疗室性或房性期前收缩，或预防室上速或室速复发，用药为0.25~0.5g、1次/6h，但长期使用可出现狼疮样反应，已很少应用。

3. 利多卡因（Ib）：对短动作电位时程的心房肌无效。因此仅用于室性心律失常。给药方法：负荷量1.0mg/kg，3~5min内静注，继以1~2mg/min静滴维持，如无效，5~10min后可重复负荷量，但1h内最大量不超过200~300mg（4.5mg/kg）。连续应用24-48h后半衰期延长，应减少维持量。在低心排血量状态，70岁以上高龄和肝能障碍者

医学知识网（hope.net.cn）提醒您为了您的健康安全请到正规

医院来看病，可接受正常的负荷量，但维持量为正常的1/2。毒性反应表现语言不清、意识改变、肌肉搐动、眩晕和心动过缓。应用过程中随时观察疗效和毒性反应。

4.美西律（慢心律）（Ib）：利多卡因有效者口服美西律变可有效，起始剂量100～150mg、1次/8h，如需要，2～3d后可增减50mg。宜与食物同服，以减少消化道反应。语音不清、视力模糊等。有效血浓度与毒性血浓度接近，因此剂量不宜不定过大。

5.莫雷西嗪（monricizine）（Ic）：房性室性心律失常都有效，剂量150mg、1次/8h。如需要，2～3d后可增量50mg/次，但不宜超过250mg、1次/8h。副作用包括恶心、呕吐、眩晕、焦虑、口干、头痛、视力模糊等。

6.普罗帕酮（心律平）（Ic）：适用于室上性和室性心律失常的治疗。口服初始剂量150mg、1次/8h，如需要，3～4d后加量到200mg、1次/8h。最大200mg、1次/6h。如原有QRS波增宽者，剂量不得>150mg、1次/8h。静注可用1～2mg/kg，以10mg/min静注，单次最大剂量不超过140mg。副作用为室内传导障碍加重，QRS波增宽，出现负性肌力作用，诱发或使原有心衰加重，造成低心排血量状态，进而室速恶化。因此，心肌缺血、心功能不全和室内传导障碍者相对禁忌或慎用。

第二类抗心律失常药物即 β 肾上腺素受体阻滞剂，其间接作用为 β -受体阻断作用，而直接作用系细胞膜效应。具有与第一类药物相似的作用机理。这类药物有：心得安，氨酰心安，美多心安，心得平，心得舒，心得静。

1.艾司洛尔（esmolol）：为静脉注射剂，250mg/ml，系25%乙醇溶液，注意药物不能漏出静脉外。主要用于房颤或房扑紧急控制心室律，常用于麻醉时。用法：负荷量 $0.5\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 静滴4min，在5min内未获得有效反应，重复上

述负荷量后继以 $0.1\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 滴注4min.等重复一次，维持量增加 $0.05\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ ，一般有超过 $0.2\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ ，连续静滴不超过48h.用药的终点为达到预定心率，并监测血压不能过于降低。

2.其他 β 受体阻滞剂：用于控制房颤和房扑的心室率，也可减少房性和室性期前收缩，减少室速的复发。口服起始剂量如美托洛尔 25mg 、2次/d，普萘洛尔 10mg 、3次/d，或阿替洛尔（atenolol） $12.5 \sim 25\text{mg}$ 、3次/d，根据治疗反应和心率增减剂量。

第三类抗心律失常药物系指延长动作电位间期药物，可能系通过肾上腺素能效应而起作用。具有延长动作电位间期和有效不应期的作用。其药物有：溴苄铵、乙胺碘呋酮。

1.胺碘酮：适用于室上性和室性心律失常的治疗，可用于器质性心脏病、心功能不全者，促心律失常反应少。静注负荷量 150mg （ $3 \sim 5\text{mg}/\text{kg}$ ），10min注入，10-15min后可重复，随后 $1 \sim 1.5\text{mg}/\text{min}$ 静滴6h，以后根据病情逐渐减量至 $0.5\text{mg}/\text{min}$ 。24h总量一般不超过 1.2g ，最大可达 2.2g 。主要副作用为低血压（往往与注射过速有关）和心动过缓，尤其用于心功能明显障碍或心脏明显扩大者，更要注意注射速度，监测血压。口服胺碘酮负荷量 0.2g 3次/d，共5~7d， 0.2g ，2次/d，共5~7d，以后 0.2 （ $0.1 \sim 0.3$ ）g，1次/d，1次/d，维持，但要注意根据病情进行个体化治疗，此药含碘量高，长期用的主要副作用为甲状腺功能改变，应定期检查甲状腺功能。在常用的维持剂量下很少发生肺纤维化，但仍应注意询问病史和体检，定期摄胸片，以早期发现此并发症。服药期间QT间期均有不同程度的延长，一般不是停药的指征。对老年人或窦房结功能低下者，胺碘酮进一步抑制窦房结，窦性心率 11.2mg ；或地高辛 $0.125 \sim 0.25\text{mg}$ 、1次/d口服，用于控制房

颤的心室率，洋地黄类适用于心功能不全患者，不足之处为起效慢，对体力活动等交感神经兴奋时的心室率控制不满意。必要时与 β 受体阻滞剂或钙拮抗剂同用，但要注意调整地高辛剂量，避免过量中毒。除以上几类抗心律失常药物外，还有司巴丁、卡泊酸、门冬氨酸钾镁、阿马灵、安地唑啉、常咯啉、醋丁酰心安、心得宁等。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com