

门冬氨酸钾镁治疗急性心梗心律失常的临床效果探讨

刘文辉

内蒙古医科大学第二附属医院

DOI:10.32629/ffcr.v3i9.20059

[摘要] 目的：探讨门冬氨酸钾镁治疗急性心肌梗死合并心律失常的效果。方法：选取2025年1—12月我院60例患者，均30例，对照组予常规+胺碘酮，观察组加用门冬氨酸钾镁。结果：观察组疗效更优，心功能、电解质、心肌酶改善更显著，不良反应更少 ($P<0.05$)。结论：门冬氨酸钾镁联合常规治疗可提高疗效，改善心功能、电解质紊乱及心肌损伤，安全性良好，值得临床推广。

[关键词] 门冬氨酸钾镁；急性心肌梗死；心律失常；心功能；心肌酶学

中图分类号：R542.2 文献标识码：A

Exploration of the clinical effect of potassium magnesium aspartate in the treatment of acute myocardial infarction and arrhythmia

Wenhui Liu

The Second Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University

Abstract: Objective: To investigate the effect of potassium magnesium aspartate in the treatment of acute myocardial infarction with arrhythmia. Method: From January to December 2025, 60 patients in our hospital were selected, with 30 patients in each group. The control group received routine treatment with amiodarone, while the observation group received additional treatment with potassium magnesium aspartate. Result: The observation group had better therapeutic effects, more significant improvements in heart function, electrolytes, and myocardial enzymes, and fewer adverse reactions ($P<0.05$). Conclusion: The combination of potassium magnesium aspartate and conventional treatment can improve efficacy, improve cardiac function, electrolyte imbalance, and myocardial injury, with good safety, and is worthy of clinical promotion.

Keywords: Potassium magnesium aspartate; Acute myocardial infarction; Arrhythmia; Heart function; myocardial enzyme profile

引言

急性心肌梗死 (AMI) 是冠状动脉急性、持续性缺血缺氧引发的心肌坏死性病变，具有起病急、进展快、病死率高的特点，而心律失常是 AMI 最常见的严重并发症之一，其发生率可达 75%~95%，也是导致 AMI 患者早期死亡的重要原因^[1]。临床治疗 AMI 合并心律失常以快速纠正心律失常、稳定血流动力学、保护心功能为核心，常规采用抗心律失常药物（如胺碘酮）联合 AMI 基础治疗，但部分患者存在疗效不佳、心肌损伤持续加重、电解质紊乱难以纠正等问题^[2]。门冬氨酸钾镁作为钾镁离子补充剂，门冬氨酸可作为钾、镁离子的载体，促进二者进入细胞内，维持心肌细胞内外电解质平衡，稳定心肌细胞膜电位，同时可改善心肌能量代谢、减轻心肌缺血损伤，减少恶性心律失常发作^[3]。本研究通过对照观察门冬氨酸钾镁联合常规治疗对患者心律、心功能、心肌损伤及安全性的影响，明确其临床应用价值，为临床优化急性心肌梗死合并心律失常的治疗方案提供可靠依据。现

报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年5月—2025年5月我院收治的60例我院心血管内科收治的60例AMI合并心律失常患者，纳入标准：①合并心律失常，包括室性早搏、室上性心动过速、心房颤动等类型；②发病时间 ≤ 24 h；③心功能II~III级；④患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：①合并严重肝肾功能不全、恶性肿瘤、自身免疫性疾病；②对门冬氨酸钾镁、胺碘酮等药物过敏；③近3个月内接受过心脏手术治疗；④电解质严重紊乱未纠正者；⑤精神障碍无法配合研究者。采用随机数字表法将60例患者分为对照组与观察组，各30例。对照组：男18例，女12例；年龄45~78岁，平均(62.36 \pm 8.58)岁；AMI类型：ST段抬高型心梗 (STEMI) 19例，非ST段抬高型心梗 (NSTEMI) 11例；心律失常类型：室性早搏12例，室上性心动过速8例，心房颤动10例。

观察组：男17例，女13例；年龄46~79岁，平均(63.15±8.26)岁；AMI类型：STEMI20例，NSTEMI10例；心律失常类型：室性早搏11例，室上性心动过速9例，心房颤动10例。两组患者性别、年龄、AMI类型、心律失常类型等一般资料比较，差异无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

1.2 方法

治疗方法：所有患者入院后均给予急性心肌梗死(AMI)常规基础治疗，包括：卧床休息、持续心电监护、持续低流量吸氧(2~4L/min)、低盐低脂饮食、控制血糖与血压、建立静脉通路并维持体液平衡。常规给予抗血小板聚集药物(阿司匹林肠溶片100mg，每日1次；氯吡格雷片75mg，每日1次)、调脂稳定斑块药物(瑞舒伐他汀钙片10mg，每晚1次)、改善心肌缺血药物(单硝酸异山梨酯片20mg，每日2次)等基础西医治疗。

对照组采用单纯抗心律失常药物治疗，具体应用：给予胺碘酮注射液治疗。首剂：150mg胺碘酮加入5%葡萄糖注射液20mL中，缓慢静脉推注，推注时间≥10分钟。维持剂量：首剂注射后立即以1mg/min的速度静脉泵入6小时；随后根据心率及心律情况调整为0.5mg/min持续静脉泵入。连续治疗3天。治疗期间持续心电监护，根据心律失常类型及生命体征变化及时调整剂量。

观察组在与对照组完全相同的AMI常规治疗基础上，联合门冬氨酸钾镁注射液治疗。门冬氨酸钾镁注射液用法用量：取门冬氨酸钾镁注射液20mL(含钾1.0~1.8mmol、镁0.75~1.0mmol)，加入5%葡萄糖注射液250mL中稀释后静脉滴注，每日1次，连续治疗7天。滴注速度控制在20~30滴/分钟，避免因速度过快导致恶心、心悸等不适。治疗期间同步给予与对照组一致的抗心律失常药物(胺碘酮)用法用量，保持两组治疗基线一致。

辅助治疗：两组患者均依据病情变化实施个体化对症支持治疗，合并心力衰竭者及时给予利尿、扩血管及强心药物干预；存在微循环障碍者予以改善循环药物，同时严格维持水电解质及酸碱平衡。治疗期间持续进行心电、血压、心率、呼吸等生命体征监测，动态观察病情变化，及时调整治疗措施，保障治疗安全与效果。

1.3 观察指标

(1) **心律失常治疗效果：**根据治疗后心电图结果及临床症状改善情况进行评定：显效：心律失常完全消失，心电图恢复正常，心悸、胸闷等症状明显缓解；有效：心律失常发作次数明显减少，症状较前改善；无效：心律失常无改善甚至加重，症状无缓解。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

(2) **心功能指标：**采用心脏彩色多普勒超声测定两组

患者治疗后左心室射血分数(LVEF)、左心室舒张末期内径(LVEDD)。

(3) **血清学指标：**检测两组患者治疗后血清钾离子(K⁺)、镁离子(Mg²⁺)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、肌钙蛋白I(cTnI)水平。

(4) **不良反应发生率：**观察并记录两组患者治疗期间出现的恶心、呕吐、心动过缓、静脉炎、头晕等不良反应，计算总发生率。

1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0统计学软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用t检验；计数资料以率(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心律失常治疗效果比较

观察组心律失常治疗总有效率高于对照组(P<0.05)，见表1。

表1 两组心律失常治疗效果比较 [n (%)]

分组	数量	显效	有效	无效	有效率
对照组	30	12(40.00)	13(43.33)	5(16.67)	25(83.33)
观察组	30	17(56.67)	12(40.00)	1(3.33)	29(96.67)
χ^2	--	--	--	--	5.607
P	--	--	--	--	0.001

2.2 两组治疗后心功能指标比较

观察组治疗后LVEF更高、LVEDD更低，心功能改善明显优于对照组(P<0.05)，见表2。

表2 两组治疗后心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	数量	LVEF (%)	LVEDD (mm)
对照组	30	48.26±4.71	54.73±5.46
观察组	30	55.38±5.29	49.25±5.03
t	--	5.432	4.297
P	--	0.001	0.001

2.3 两组治疗后血清学指标比较

观察组治疗后LVEF显著高于对照组，LVEDD显著低于对照组，心肌收缩与舒张功能改善更为显著(P<0.05)，见表3。

表3 两组治疗后血清学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	数量	K ⁺ (mmol/L)	Mg ²⁺ (mmol/L)	CK-MB (U/L)	cTnI (ng/mL)
对照组	30	4.01±0.32	0.81±0.11	28.54±7.26	1.13±0.41
观察组	30	4.42±0.38	1.08±0.13	15.37±4.92	0.45±0.22

组					
t	--	4.513	8.825	7.939	8.157
P	--	0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 两组不良反应发生率比较

与对照组相比, 观察组不良反应总发生率更低, 用药安全性更高, 患者耐受情况更好。(P<0.05), 见表4。

表4 两组不良反应发生率比较 [n (%)]

分组	数量	恶心	心动过缓	静脉炎	头晕	总发生率
对照组	30	2(6.67)	2(6.67)	1(3.33)	1(3.33)	6(20)
观察组	30	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)	0(0.00)	2(6.67)
x ²	--	--	--	--	--	8.925
P	--	--	--	--	--	0.001

3 讨论

急性心肌梗死是威胁人类健康的主要心血管急症, 心律失常是其最常见、最危险的并发症之一^[4]。急性心肌梗死发生后, 心肌细胞缺血缺氧、能量代谢障碍、细胞膜稳定性下降, 钾、镁离子大量外流, 导致心肌电活动紊乱, 进而诱发多种心律失常, 严重影响心脏泵血功能, 甚至导致猝死。因此, 在临床治疗中, 不仅需要快速控制心律失常, 还应注重保护心肌细胞、维持电解质平衡、减轻心肌损伤^[5]。胺碘酮是临床治疗急性心肌梗死合并心律失常的首选药物之一, 可通过阻断多种离子通道, 抑制心肌异常电活动, 对室性及室上性心律失常均具有良好效果。但单纯使用胺碘酮无法补充心肌细胞大量丢失的钾、镁离子, 也难以改善缺血状态下心肌能量代谢障碍, 部分患者控制心律失常效果有限, 且易引发心动过缓、恶心、胃肠道不适及静脉刺激等不良反应, 影响治疗耐受性^[6]。门冬氨酸钾镁是由门冬氨酸钾与门冬氨酸镁组成的复合制剂, 门冬氨酸可作为钾、镁离子的天然载体, 促进其快速跨膜进入细胞内, 有效提升细胞内钾、镁浓度, 稳定心肌细胞膜电位, 减少异位起搏与折返激动, 从而降低心律失常发生率。同时, 钾、镁离子是维持心肌正常收缩、传导及能量代谢的关键物质, 补充后可显著改善心肌供血与心功能, 减轻心肌缺血再灌注损伤, 减少心肌酶释放, 为心脏修复提供更有利的内环境^[7]。

本研究结果显示, 观察组心律失常总有效率显著高于对照组, 提示在常规抗心律失常治疗基础上加用门冬氨酸钾镁, 可进一步增强心律控制效果, 更快恢复稳定心电活动, 降低恶性心律失常发作风险, 为患者早期康复提供有力保障。心功能指标表明, 观察组 LVEF 更高、LVEDD 更小, 说明联合治疗能够更有效地保护心肌收缩与舒张功能, 减轻心室扩张, 延缓心室重构, 提升心脏整体泵血能力, 对改善远期预

后具有重要意义^[8]。血清学结果显示, 观察组血钾、血镁水平更高, CK-MB、cTnI 水平更低, 证实门冬氨酸钾镁可快速纠正 AMI 患者常见的电解质紊乱, 稳定细胞膜电位, 减轻心肌缺血坏死程度, 减少心肌酶释放, 从而实现心肌保护作用。在安全性方面, 观察组不良反应发生率更低, 提示联合用药可减轻胺碘酮所致的不适反应, 提高患者治疗耐受性与依从性, 这与电解质平衡改善后心肌电生理更稳定、机体应激反应减轻密切相关, 整体治疗更为安全可靠^[9-10]。

综上所述, 在急性心肌梗死合并心律失常患者的常规治疗基础上加用门冬氨酸钾镁, 可显著提高心律失常控制效果, 改善心功能, 纠正电解质紊乱, 减轻心肌损伤, 同时降低不良反应发生率, 联合方案安全性更高、患者耐受性更好, 能有效稳定心肌电生理、改善心肌细胞内环境, 为临床救治提供更安全有效的选择, 值得在临床推广使用。

[参考文献]

[1]张娟,刘卫生.门冬氨酸钾镁联合胺碘酮治疗急性心肌梗死室性心律失常的临床效果及对患者心功能的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(26):57-60.

[2]杨宝锋,刘慧荣.门冬氨酸钾镁联合胺碘酮治疗急性心肌梗死室性心律失常的临床效果观察[J].黑龙江科学,2021,12(16):68-69.

[3]张文艳.门冬氨酸钾镁联合胺碘酮治疗急性心肌梗死伴室性心律失常患者的临床效果[J].医疗装备,2022,32(18):144-145.

[4]张普军,张东仓,连龙虎.分析急性心肌梗死心律失常患者门冬氨酸钾镁治疗的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(03):134.

[5]朱旭东.急性心肌梗死心律失常患者门冬氨酸钾镁治疗的临床效果分析[J].系统医学,2023,2(02):52-54.

[6]乔平,成蒂莲,朱涛.门冬氨酸钾镁治疗急性心梗心律失常的临床价值分析[J].世界最新医学信息文摘,2022,16(90):197.

[7]程建,杨鸿英.门冬氨酸钾镁治疗急性心肌梗死心律失常的临床效果观察[J].中国实用医药,2022,10(21):134-135.

[8]李阳.门冬氨酸钾镁治疗急性心肌梗死心律失常的临床效果及心电图特征分析[J].数理医药学杂志,2023,29(9):1357-1358.

[9]郭行博.急性心衰合并心律失常患者采用胺碘酮治疗方式的安全性和临床效果观察[J].北方药学,2023,20(2):140-142.

[10]廖永生,钟俊锋.胺碘酮治疗急性心力衰竭并快速心律失常的临床效果[J].吉林医学,2022,43(1):198-200.

作者简介:

刘文辉(1970.02-),男,河北唐县人,大专,副主任药师,研究方向为药理学。