

心房颤动与抗凝治疗

马爱群

西安交通大学医学院第一附属医院 心血管内科

房颤是临床上最常见的心律失常。我国人群患病率约为 0.8%。血栓栓塞并发症是房颤致死致残的主要原因。预防卒中已成为房颤患者管理策略中的主要内容。本文就这些更新内容进行探讨。

一、房颤抗凝状况令人担忧

合理应用抗凝药物有助于显著降低缺血性卒中的发生率,然而在我国大多数房颤患者未得到抗凝治疗。2012 年 RELY 注册研究数据显示,我国房颤患者抗凝治疗率仅为 10%。因此,我们临床工作中急需让大多卒中高危的房颤患者得到抗凝治疗。

危险分层: CHADS₂ 还是 CHA₂DS₂-VASc 评分(表 1)?

CHADS₂ 与 CHA₂DS₂-VASc 两种评分系统临床适用情况不尽相同。CHADS₂ 评分能够筛选出真正的卒中高危患者;而 CHA₂DS₂-VASc 评分能筛选出低危的、不需要抗凝治疗的房颤患者,避免过度抗凝治疗。我国目前主要的问题是房颤患者抗凝治疗不足。因此现阶段,我国仍应继续推广 CHADS₂ 评分系统,对于中心性医院或抗凝治疗专科可以推广 CHA₂DS₂-VASc 评分系统。

二、如何权衡房颤抗凝治疗的血栓与出血风险?

抗凝治疗可预防房颤患者血栓栓塞事件,但会增加出血风险。若无禁忌证,所有 CHADS₂ 评分 ≥ 2 分的房颤患者均应长期抗凝治疗。HAS-BLED 评分(表 2)被认为是出血风险评估简便可靠的方案。0~2 分者属于低风险患者,评分 ≥ 3 分时提示患者出血风险增高。出血风险增高者往往血栓栓塞事件的风险会增高,这些患者接受抗凝治疗的获益可能更大。因此,只要 CHADS₂ 评分 ≥ 2 分仍应进行抗凝药物治疗,而不应将 HAS-BLED 评分增高视为抗凝禁忌证。

三、控制心律还是控制心率？

放宽心率控制（<110 次/分）是合理的。在需要急切控制患者的心率时使用钙通道阻滞剂（calcium channel blocker, CCB）还是 β -受体阻滞剂并不确定。地高辛控制心率可能有害，因此在使用时需注意治疗窗。房室结消融和起搏治疗（II a 类）对中重度收缩功能不全的患者有明显获益。

房颤患者的节律控制必须个体化。对于有可逆病因的房颤患者，建议先治疗突发或可逆的病因（I 类）。但肥胖、睡眠呼吸暂停、高血压和代谢综合征等疾病的首选治疗将影响房颤患者药物和消融治疗的比率。

四、房颤导管消融的现状

导管消融作为轻度或无基础心脏病的阵发性房颤患者的一线治疗，较抗心律失常药物在维持窦律、改善生活质量方面有显著优势。在抗心律失常药物治疗基础上的复发的有症状的阵发性房颤患者推荐导管消融作为 I 类治疗（A 级）；对于有并发症的阵发性房颤患者，综合考虑患者的选择、收益、风险时，房颤导管消融亦可作为替代抗心律失常药物的一线治疗。

表1 CHADS2与CHA2DS2-VASc评分系统

危险因素	CHADS2	CHA2DS2-VASc
慢性心衰/左心功能障碍 (C)	1	1
高血压 (H)	1	1
年龄>75岁 (A)	1	2
糖尿病 (D)	1	1
卒中/TIA/血栓栓塞史 (S)	2	2
血管疾病 (V)		1
年龄65~74岁 (A)	—	1
性别 (女性) (Sc)	—	1
最高评分	6	9

表2 HAS-BLED评分系统

字母临床特点计分	危险因素	分值
H	高血压	1
A	肝肾功能异常(各1分)	1或2
S	卒中	1
B	出血	1

L	国际标准化比值易波动	1
E	老年(如年龄>65岁)	1
D	药物或嗜酒(各1分)	1或2

最高值9分
