

房颤卒中危险分层：CHADS2 还是 CHADS-VASC 评分？

周玉杰

首都医科大学附属安贞医院

心房颤动（房颤）是卒中强烈的独立危险因素，可使卒中的风险增加近 5 倍，且房颤相关缺血性卒中的致死率几乎是无房颤卒中的 2 倍。抗凝治疗是房颤治疗策略的重要部分，尤其是卒中高危患者。自 2006 年 ACC/AHA/ESC 颁布房颤指南推荐 CHADS2 评分后，该评分一直被广泛用于房颤患者卒中风险的评估，被认为是房颤抗凝治疗策略的基石。2012 年欧洲更新房颤指南推荐应用 CHA2DS2-VASc 评分系统替代 CHADS2 评分。2014 年美国 AHA/ACC/HRS/STS 在时隔 8 年后联合发布了《2014 年心房颤动患者管理指南》，该指南在卒中预防策略上也推荐 CHA2DS2-VASc 评分评估卒中风险。CHA2DS2-VASc 评分在原有 CHADS2 评分的基础上将患者年龄 ≥ 75 岁改为 2 分，增加了血管疾病、年龄 65~74 岁、女性三个危险因素，最高评分为 9 分。

CHADS2 评分	得分
充血性心力衰竭	1
高血压病	1
年龄 > 75 岁	1
糖尿病	1
卒中或短暂性脑缺血发作病史	2
最高评分	6

CHADS2 评分	得分
充血性心力衰竭或 LVEF $\leq 40\%$	1
高血压病	1
年龄 ≥ 75 岁	2
糖尿病	1
卒中/短暂性脑缺血发作/血栓栓塞	2
血管疾病	1
年龄 65~74 岁	1
女性	1
最高评分	9

两种评分孰优孰劣，那个更适合中国的国情，目前尚有争议。因为两种评分产生的背景不尽相同，主要目的也不相同。CHADS₂产生于非瓣膜性房颤抗凝治疗理念的早期，多数患者没有接受抗凝治疗，因此主要目的是筛选出卒中的高危人群，给予高危患者抗凝治疗。而CHA₂DS₂-VASc产生于抗凝治疗普及化和标准化程度很高的欧洲，与CHADS₂评分相比，有利于界定真正的卒中低危患者，避免过度抗凝；同时扩大了高危患者人群，有利于提高整体的抗凝率。

房颤患者在接受卒中预防药物治疗方面存在巨大的地区差异。与欧美发达国家房颤抗凝治疗的高普及率不同，我国房颤治疗面临的主要问题是抗凝严重不足。2012年Rely注册研究数据显示我国房颤抗凝率约为10%，2014年世界心脏病学大会学术年会上，首批来自GLORIA-AF登记研究计划的全球数据显示，中国房颤患者华法林使用率最低仅20.3%。不仅是患者，医生对于房颤抗凝治疗的认知水平也存在很大的差异。因此在现阶段，对于普通的综合性医院可以推荐使用CHADS₂评分，比较简单容易操作，筛查出的高危患者，医生和患者给予和接受抗凝治疗的意愿可能相对较高。而对于大城市的三级甲等医院的心脏专科医生，应该掌握CHA₂DS₂-VASc评分，筛查出真正的低危患者，提高整体抗凝率。新指南推荐抗栓治疗应为基于全面评估卒中和出血风险以及患者偏好后的共同决策的个体化治疗，而用哪一种评分策略也要依据不同地区、不同医疗水平和人群的健康教育水平来决定。