

# 心房颤动 420 例临床分析

蔡录

武威市第二人民医院神经心血管内科, 甘肃 武威 733009

**摘要:** **目的** 了解心房颤动(房颤)患者的病因分布特点与临床类型。**方法** 对 2009 年 1 月至 2013 年 12 月因房颤住院诊治的 420 例患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 房颤主要病因:高血压病(36.9%)、冠心病(27.6%)、风湿性心脏瓣膜病(10.7%)。分型及治疗结果:阵发性房颤 80 例(19.1%),其中 23 例自动转复为窦性心律,32 例经药物转复为窦性心律,转复成功率 68.8%。持续性房颤 108 例(25.7%),其中 36 例转复为窦性心律,转复成功率 33.3%。持久性房颤 232 例(55.2%),其中 30 例接受建议转上级医院拟行射频消融等治疗。房颤并发缺血性脑卒中的发生率为 26.7%,且有明显随年龄增加趋势( $P < 0.05$ )。**结论** 高血压、冠心病、风湿性心脏瓣膜病是房颤的主要病因,关注房颤的病因及临床分型,对治疗具有指导意义。

**关键词:** 心房颤动; 病因; 临床类型; 高血压; 冠心病; 风湿性心脏瓣膜病; 脑卒中

**中图分类号:** R 541.7<sup>+</sup>5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)01-0030-03

心房颤动(房颤)是成人最常见的心律失常之一,据统计,我国 30 岁以上人群房颤患病率为 0.77%<sup>[1]</sup>,且国内外文献报道其发生率随年龄增加而上升。房颤发作除导致常见的心悸、呼吸困难、胸痛、疲乏、头晕和黑矇等症状外,其更大危害是诱发和加重心力衰竭,促进血栓栓塞事件的发生,增加病死率和致残率。为探讨房颤的病因分布特点,指导房颤的治疗,本文对我院 420 例房颤患者做了回顾性调查分析,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2009 年 1 月至 2013 年 12 月我院住院的房颤患者共 420 例,其中男性 208 例,女性 212 例;年龄 20~89(62.6±13.2)岁。对反复住院患者以最近一次住院资料为准。

**1.2 方法** 420 例房颤患者均经常规 12 导联心电图和(或)24 h 动态心电图检查确诊。冠心病、高血压病、风湿性心脏瓣膜病等疾病的诊断均符合第 7 版《内科学》临床诊断标准。根据房颤持续时间和治疗原则<sup>[2]</sup>,将其分为初发房颤、阵发性房颤、持续性房颤和持久性房颤。初发房颤:为首次发现的房颤,不论有无症状和能否自行复律。阵发性房颤:指持续时间 < 7 d 的房颤,一般可自动转复。持续性房颤:持续时间 ≥ 7 d 的房颤,一般不能自动转复,药物复律成功率低,常需电复律。持久性房颤:复律失败或复律后 24 h 内又复发的房颤,或持续性房颤其持续时

间 > 1 年、不适合复律或患者不愿复律的房颤。房颤发生在无心肺疾病的中青年(年龄 < 60 岁),称为孤立性房颤。有高血压、冠心病及风湿性心脏瓣膜病等基础疾病者均给予基础疾病的治疗,同时给予阿司匹林或华法林抗血小板或抗凝治疗,如需电复律者需签知情同意书。初发房颤给予临床观察或胺碘酮复律;阵发性房颤给予胺碘酮或普罗帕酮等药物复律,如未转复行电复律。持续性房颤给予胺碘酮等药物复律或电复律,不能恢复窦律者给予胺碘酮或 β-受体阻滞剂控制心室率。持久性房颤则给予胺碘酮、β-受体阻滞剂或地高辛控制心室率。

**1.3 统计学方法** 采用 Excel 表录入数据,对年龄、病因、房颤分型的分布情况采用构成比进行描述性统计。计数资料的比较采用  $\chi^2$  检验,取  $\alpha = 0.05$  为检验水准。

## 2 结果

**2.1 房颤患者的年龄构成及病因分布** 各年龄段的患病构成和病因分布见表 1。高血压病引起的房颤占据病因构成的首位(36.9%),其后依次是冠心病(27.6%)、风湿性心脏瓣膜病(10.7%);非瓣膜性房颤构成比合计为 89.3% 明显高于瓣膜性房颤( $P < 0.01$ )。420 例房颤患者中并发缺血性脑卒中 112 例(26.7%),80 岁以上房颤并发缺血性脑卒中的患病率高达 36.4%,有明显随年龄增加趋势( $P < 0.05$ )。各年龄段房颤合并脑卒中患病率见表 2。

表 1 房颤患者各年龄段发病例数和病因分布 (例)

年龄(岁)	风心病	冠心病	高血压	心肌病	甲亢	孤立性	预激	先心病	肺心病	病窦	其他*	合计
20~39	5	0	0	0	2	8	4	0	0	0	0	19
40~59	26	16	13	6	6	16	5	1	0	1	3	93
60~79	14	62	94	14	3	0	0	2	8	3	9	209
80~89	0	38	48	2	2	0	0	0	3	0	6	99
总计[例(%)]	45(10.7)	116(27.6)	155(36.9)	22(5.2)	13(3.1)	24(5.7)	9(2.1)	3(0.7)	11(2.6)	4(1.0)	18(4.3)	420(100.0)

注: \* 其他表示: (1) 年龄 < 60 岁, 无上述病因, 但超声心动图示左心房前后径扩大 ( $\geq 40$  mm); (2) 无心肺疾病证据, 但年龄 > 60 岁; (3) 病史不详者。

表 2 各年龄段房颤合并脑卒中患病率

年龄(岁)	房颤例数	合并脑卒中(例)	合并脑卒中发生率(%)
20~39	19	0	0
40~59	93	14	15.1
60~79	209	62	29.7
80~89	99	36	36.4
P 值			< 0.05

2.2 房颤分型构成 420 例房颤中, 阵发性房颤 80 例(19.1%), 持续性房颤 108 例(25.7%), 持久性房颤 232 例(55.2%)。

2.3 治疗结果 阵发性房颤 80 例, 其中 23 例自动转复为窦性心律, 32 例经药物转复为窦性心律, 转复成功率 68.8%。持续性房颤 108 例, 其中 36 例转复为窦性心律, 转复成功率 33.3%。持久性房颤 232 例, 其中 30 例接受建议转上级医院拟行射频消融等治疗。

### 3 讨论

3.1 房颤病因 房颤的发生机制包括快速的局灶异位活动、单环路折返机制、多环路折返机制; 也包括炎症介质以及自主神经系统活动参与等, 部分机制已被动物实验和临床所证实。房颤在各类人群中均可发生, 既见于器质性心脏病患者, 也见于无临床心肺疾病的“正常人”。近若干年, 风湿性心脏瓣膜病的发病率降低, 而老年人群高血压、冠心病的发生率逐渐上升, 导致房颤的病因学发生改变。周自强、戚文航等<sup>[1,3]</sup>对中国房颤现状进行的大规模流行病学研究表明, 在所有房颤患者中, 瓣膜性、非瓣膜性房颤所占比例分别为 12.9%、65.2%, 非瓣膜性房颤发生率明显高于瓣膜性房颤。本次回顾性调查发现, 房颤的病因谱在不同的年龄段可见明显差别。40 岁前房颤发病率低, 主要以风湿性心脏瓣膜病、预激综合征为主; 40~59 岁病因依次为风湿性心脏瓣膜病、冠心病及高血压病; 60 岁以上主要是高血压病和冠心病。病因分布特点与各年龄段心脏疾病的发生率直接相关。以上研究结果表明高血压(36.9%)、冠心病(27.6%)及风湿性心脏瓣膜病(10.7%)是导致房颤的主要病因, 非瓣膜性疾病房颤构成比明显高于瓣膜性疾病, 这与国内报道基本相近。本研究还表明房颤

并发缺血性脑卒中的患病率为 26.7%, 且有明显随年龄增加趋势, 80 岁以上缺血性脑卒中患病率高达 36.4%。在我国已进行的多项临床研究报告, 平均年龄 70 岁房颤患者中缺血性脑卒中患病率为 5.37%, 住院房颤患者中脑卒中患病率 24.8%, 80 岁及以上达 32.9%<sup>[4-5]</sup>。因此, 在房颤患者管理中除重视引起房颤的病因外, 还应对房颤积极干预, 这对预防脑卒中具有重要意义。

3.2 临床分型与治疗 在本组病例中, 阵发性房颤 80 例(19.1%), 持续性房颤 108 例(25.7%), 持久性房颤 232 例(55.2%)。分型与治疗关系密切, 对治疗有指导意义。房颤的治疗包括药物治疗和非药物治疗<sup>[1,6-8]</sup>, 治疗目的包括恢复窦性心律、控制心室率及预防心房内血栓形成。目前药物治疗依然是房颤治疗的重要方法, 药物能恢复和维持窦性心律, 控制心室率以及预防血栓形成。国内临床常用于转复的药物有胺碘酮<sup>[9]</sup>、普罗帕酮、多非利特、依布利特等, 维持窦性心律的药物有胺碘酮、普罗帕酮、 $\beta$ -受体阻滞剂、多非利特及洋地黄制剂等。对于新发房颤因其在 48 h 内自行恢复窦律的几率很高(24 h 内约 60%), 可先观察, 也可采用普罗帕酮(450~600 mg)或胺碘酮(0.2g)顿服的方法。房颤已经持续 > 48 h 而 < 7 d 者, 可用静脉药物转律, 成功率可达 50%。持续性房颤的治疗一是尽可能恢复并维持窦性心律, 但药物转律的效果较低, 二是控制心室率。而持久性房颤则主要是控制心室率。房颤的非药物治疗<sup>[10-11]</sup>包括电转复(转复窦性心律)、射频消融治疗和外科迷宫手术治疗(彻底根治房颤)。电复律是通过除颤仪发放电流, 重新恢复窦性心律的方法, 它主要适用于血流动力学异常的患者。射频消融适用于药物治疗无效或者副作用不能耐受, 且症状严重的阵发性房颤患者; 对于无器质性心脏病的持续性或永久性房颤, 如果抗心律失常药物治疗失败, 亦可考虑采用导管消融治疗。外科迷宫手术目前主要用于因其他心脏疾病需要行心脏手术治疗的房颤患者。房颤是脑卒中的独立危险因素, 当脑卒中合并房颤时, 其病死率及病残率均显著高于窦性心律者。关于房颤的抗血栓治疗, 多项研究表明, 不论用抗血小板或抗凝治

疗均可显著减低脑卒中发生率<sup>[12-14]</sup>,对于无危险因素的患者可用阿司匹林或氯吡格雷,但对于伴有高血压、糖尿病、风心病、心肌病等危险因素的房颤则主张用华法林治疗。

#### 参考文献

[1] 周自强,胡大一,陈捷,等.中国心房颤动现状的流行病学研究[J].中华内科杂志,2004,43(7):491-494.

[2] 黄从新,张澍,马长生,等.心房颤动:目前的认识和治疗建议-2010[J].中华心律失常学杂志,2010,14(5):328-369.

[3] 戚文航.中国部分地区心房颤动住院病例回顾性调查[J].中华心血管病杂志,2003,31(12):913-916.

[4] 胡大一,孙艺红,周自强,等.中国人非瓣膜性心房颤动脑卒中危险因素病例-对照研究[J].中华内科杂志,2003,42(3):157-161.

[5] 马长生,周玉杰,马煜,等.北京地区非瓣膜病心房颤动患者缺血性脑卒中发生率及影响因素的随访研究[J].中华心血管病杂志,2002,30(3):165-167.

[6] 谭琛,崔俊玉.2011年ACCF/AHA/HRS心房颤动治疗更新解读[J].心血管病学进展,2011,32(3):314-317.

[7] 宾晓红,曾晓荣.心房颤动的药物治疗[J].泸州医学院学报,2014,37(1):60-64.

[8] 王业松.慢性心房颤动的治疗[J].新医学,2013,44(1):3-7.

[9] 尚伶俐,李玉霞,阎晓恒.胺碘酮联合美托洛尔治疗阵发性房颤的疗效及安全性评价[J].中国临床研究,2014,27(5):537-538.

[10] 吴永全,沈絮华.心房颤动导管射频消融的临床应用及发展前景[J].中华老年心脑血管病杂志,2013,15(9):897-898.

[11] 蓝县武,李自成,张爱东,等.心房颤动的非药物治疗策略[J].临床心血管病杂志,2013,29(12):883-887.

[12] 樊晓寒,张澍.房颤抗凝治疗2011新视点[J].内科急危重症杂志,2011,17(3):129-132.

[13] 蹇在金,刘岁丰.老年房颤患者的抗栓治疗[J].中华老年心脑血管病杂志,2013,15(8):785-786.

[14] 苏蕊雅.华法林与阿司匹林预防非瓣膜病性心房颤动栓塞发生的疗效评价[J].中国临床研究,2014,27(1):26-27.

收稿日期:2014-08-27 修回日期:2014-09-30 编辑:石嘉莹

(上接第26页)

报道 DFPP 的抢救成功率达 66.67% (12/18), DFPP 治疗停止后,多数患者仍需使用药物(降脂药、激素和/或免疫抑制剂)常规维持治疗<sup>[9]</sup>。由于目前很多医院没有成立专门的血浆净化中心或因 DFPP 治疗费用较高等原因使部分患者没能得到及时的治疗。我院 18 例患者中就有 1 例急性高脂血症性胰腺炎及 3 例 SAID(1 例重症狼疮性肾炎、1 例重叠综合征、1 例 ANCA 相关性血管炎)患者最终因病情过重死亡。

另外,需要特别注意的是 DFPP 治疗在清除大分子致病物质同时也会清除部分血液中有用的物质,如凝血因子纤维蛋白原(FIB)、血管性血友病因子等。有报道单次 DFPP 治疗可使 FIB 下降 30%~50%<sup>[11]</sup>。FIB 的恢复需要 3~4 d 的时间由肝脏来合成,因此在 DFPP 治疗期间和结束后 3~4 d 内应尽量避免创伤性操作并注意观察是否有出血倾向。

目前 DFPP 技术主要由肾科医生掌握,但患者却常来自其他各学科,因此可能部分患者未能得到及时治疗,并缺乏治疗后远期疗效的观察。今后若能多学科(肾科、神经科、皮肤科、风湿免疫科、传染科和重症医学科等)共同参与血浆净化治疗,以达到资源共享、优势互补,一定可使更多相关危重患者得到及时有效的救治。

#### 参考文献

[1] 陈香美.血液净化标准操作规程[M].北京:人民军医出版社,

2010:94-98.

[2] 顾勇.重视各种特殊血液净化疗法在多学科中的应用[J].中华肾脏病杂志,2005,21(4):175-176.

[3] Nakanishi T, Suzuki N, Kuragano T, et al. Current topics in therapeutic plasmapheresis[J]. Clin Exp Nephrol, 2014, 18(1):41-49.

[4] Gong D, Ji D, Xu B, et al. More selective removal of myeloperoxidase-anti-neutrophil cytoplasmic antibody from the circulation of patients with vasculitides using a novel double-filtration plasmapheresis therapy[J]. Ther Apher Dial, 2013, 17(1):93-98.

[5] 李昂,李非.近年急性胰腺炎发病的病因学分析[J].实用医学杂志,2006,22(8):918.

[6] 陈浩雄,陈林,刘日光,等.单次二重滤过血浆置换治疗急性高脂血症性胰腺炎[J].实用医学杂志,2012,28(2):246-248.

[7] Bambauer R, Bambauer C, Lehmann B, et al. LDL-apheresis: technical and clinical aspects[J]. The Scientific World Journal, 2012(12):19-23.

[8] 于浩,邹忠东,王烈.高脂血症性胰腺炎的诊治进展[J].医学综述,2010,16(16):2449-2451.

[9] Zhang YY, Tang Z, Chen DM, et al. Comparison of double filtration plasmapheresis with immunoadsorption therapy in patients with anti-glomerular basement membrane nephritis[J]. BMC Nephrol, 2014, 15:128-134.

[10] 任彬,杨敏.双重滤过血浆置换对类风湿关节炎 RF、C-RP、ESR 影响的研究[J].黑龙江医学,2011,35(3):218-219.

[11] 程叙扬,金其庄,毛微波,等.双重血浆置换清除抗肾小球基底膜抗体效果研究[J].中国血液净化,2009,8(3):147-151.

收稿日期:2014-09-01 修回日期:2014-09-18 编辑:石嘉莹