

房颤导致的卒中及体循环栓塞事件，常可危及生命并严重影响患者生活质量。其预防及治疗方式与脑动脉粥样硬化所致卒中不同。为更好指导临床做好房颤患者卒中防治，近日，国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会制订了《中国心房颤动患者卒中防治指导规范》，并于2015年脑卒中大会上发布，以下为其中部分要点，以飨读者。

中国房颤患者卒中防治指导规范发布

二成卒中由房颤所致 合理抗凝是关键

血栓栓塞性并发症是房颤致死、致残的主要原因，而卒中则是最为常见的表现类型。房颤所致卒中占有所有卒中的20%，房颤相关卒中与非房颤相关卒中相比：症状更严重，常为致死性卒中；更容易复发，死亡率2倍于非房颤相关的卒中，医疗费用1.5倍于非房颤相关卒中。

房颤抗凝

权衡卒中及出血风险是关键

对于非瓣膜病房颤卒中，目前，CHADS₂评分系统是临床应用最为广泛的评估工具（表1），分数越高，房颤患者发生缺血性卒中的风险越高。

若无禁忌证，所有CHADS₂评分≥2分，具有中-高度卒中风险患者，应进行长期口服抗凝药治疗；若房颤患者CHADS₂评分为1分，优先考虑抗凝治疗，也可应用阿司匹林治疗；CHADS₂评分为0分时一般无需抗栓治疗。但在部分低危患者，如果接受抗凝治疗，仍能获益。

表1 CHADS₂评分系统

危险因素	评分
心衰	1
高血压	1
年龄>75岁	1
糖尿病	1
卒中或TIA历史	2
总分	6

表2 HAS-BLED出血风险评分系统

危险因素	评分
高血压	1
肾或肝功能异常	1或2
卒中史	1
出血	1
INR波动大	1
老年(>65岁)	1
合并用药或酗酒	1或2
最高累计分	9

虽然已有确凿研究证据表明，血栓栓塞事件风险高的房颤患者，进行规范化抗凝治疗可以显著改善患者预后，但我国大多数房颤患者并未应用抗凝治疗。即使应用华法林的患者中，多数未系统监测国际标准化比值（INR），或INR保持在无效的低水平（<2.0）。

合理的抗凝治疗是预防房颤患者卒中的有效措施，但同时亦将增加出血风险。因此，应评估其获益与风险，只有预防栓塞事件的获益明显超过出血的风险时，方可启动抗凝治疗。

有条件可使用CHA₂DS₂-VASc评分进一步评估。

瓣膜心脏性房颤具有明确抗凝指征。

抗凝治疗可增加出血风险，在治疗前及治疗过程中，应注意对患者出血风险动态评估。临床中，HAS-BLED评分系统被认为是更为简便可靠的方案（表2）。评分为0~2分者属于出血低风险患者，评分3分出血风险增高。

出血风险增高者亦常伴栓塞事件风险增高，若患者具备抗凝治疗适应证（CHADS₂评分≥2分），但HAS-BLED评分增高时，需对其进行更为审慎的获益风险评估，纠正增加出血风险的可逆性因素，严密监测，制定适宜的抗凝治疗方案。这些患者接受抗凝治疗仍能净获益，因而不应将HAS-BLED评分增高视为抗凝治疗的禁忌证。





房颤卒中预防的总体治疗建议

I 类推荐

- ☆根据发生血栓栓塞风险选择抗栓治疗（B）。
- ☆CHADS₂评分≥2或有卒中或短暂性脑缺血发作（TIA）病史，在充分风险评估并与患者沟通后可选择：
（1）华法林（INR 2.0~3.0）（A）；（2）达比加群酯（B）；（3）利伐沙班（B）；（4）阿哌沙班（B）。
- ☆有抗凝治疗适应证，在使用华法林治疗时难以控制INR达到目标治疗范围（2.0~3.0）或不能常规监测INR（每月至少一次）、或华法林严重不良反应及其他禁忌时，可选用新型口服抗凝药（B）。
- ☆机械瓣术后，建议应用华法林抗凝，INR目标值根据瓣膜类型及部位来决定（B）。
- ☆使用直接凝血酶抑制剂或Xa因子抑制剂前应评估肾功能，此后每年至少一次重新评估（B）。
- ☆定期再评估卒中和出血的风险及药物的不良反应，并据此调整原抗凝治疗方案（C）。

II a 类推荐

- ☆有抗凝治疗适应证，颅内出血风险较高的患者，可选用新型口服抗凝药（B）。
- ☆有抗凝治疗适应证，伴终末期肾病（肌酐清除率<15 ml/min）或透析治疗的患者，可用华法林抗凝（B）。
- ☆有抗凝治疗适应证，拒绝应用抗凝药物（包括华法林及新型口服抗凝药），可选用抗血小板药物（B）。

III 类推荐

- ☆服用华法林后，INR控制较好，且无明显不良反应，应推荐继续使用华法林而无必要更换为新型口服抗凝药（C）。
- ☆对严重肾功能损害（肌酐清除率15 ml/min）者，不应使用新型口服抗凝药（C）。

华法林是瓣膜病性房颤的标准治疗药物

华法林是房颤卒中预防及治疗的有效药物，华法林在瓣膜病性房颤中已成为标准治疗。

应用华法林需密切监测凝血指标，并反复调整剂量。建议中国人的

初始剂量为1~3 mg，可在2~4周达到目标范围。某些患者如老年、肝功能受损、充血性心衰和出血高风险患者，初始剂量可适当降低。

抗凝治疗可增加患

者出血风险，因此在治疗前以及治疗过程中应注意对患者出血风险进行评估，并确定相应的治疗方案。除出血外，华法林还有急性血栓形成等罕见不良反应。

新型口服抗凝药 弥补华法林不足

由于华法林在药代动力学和使用方面的特点，在非瓣膜病房颤中的应用始终不甚理想。新型口服抗凝药的研发，主要是为了克服华法林的缺点。在疗效和安全性方面取得满意结果，且使用简单，不需常规凝血指标的监测，较少食物和药物相互作用。

适用人群 （1）所有新型口服抗凝药仅适用于具有危险因素的非瓣膜病房颤患者。凡是具有抗凝指征的非瓣膜病房颤患者，都可使用新型口服抗凝药。可优先于华法林使用；

（2）对于CHADS₂或CHA₂DS₂-VASc评分为1分的患者，应根据出血风险的评估和患者的意愿，决定是否应用；（3）尚无用于瓣膜病房颤的证据；（4）原则上不可用于严重肾功能不全的患者。

出血的处理 发生出血后，应立刻了解患者前次口服抗凝药的时间和种类。目前所有的新型口服抗凝药都没有直接的拮抗剂。如果是小出血，可延迟或暂停一次药物，观察出血情况，确定以后是否继续服用。注意是否同时应用具有

相互作用的药物。发生非致命性大出血，应立即采用压迫止血或外科止血，补充血容量，必要时给予补充红细胞、血小板或新鲜血浆。对达比加群酯还可采用利尿和透析。发生危及生命的大出血，除上述措施外，可考虑给予凝血酶原复合物浓缩剂，活化因子VIIa等药物。出血以后是否恢复抗凝治疗要因人而异。要仔细评估血栓栓塞和出血的风险。原则上，如果发生了危及生命的大出血，将视为抗凝治疗的禁忌证。

抗血小板治疗 备受争议

阿司匹林在房颤患者的卒中预防的疗效一直备受争议。但在临床实践中应用比例较高，尤其在老年患者。

瓣膜病性房颤卒中预防 应选择抗凝药物，而不建议应用抗血小板制剂。对已规范口服抗凝药物的风湿性瓣膜病或人工瓣膜置换术后患者，仍出现复发性栓塞事件，而无出血高风险，可在华法林基础上加阿司匹林每日100 mg。

非瓣膜病房颤卒中预防 非瓣膜病房颤患者CHA₂DS₂-VASc评分≥1分，应优先选择新型口服抗凝药物或华法林。拒绝应用抗凝药物的患者，可考虑应用抗血小板制剂，对于出血风险小的患者可应用阿司匹林每日75~150 mg联合氯吡格雷每日75 mg，如出血风险高，可单用阿司匹林每日75~325 mg（疗效相对差）。

（整理 董杰）