

· 临床经验 ·

高风险高龄心房颤动患者抗凝与联合抗栓疗效及安全性比较

王 燕

[摘要] 目的 探讨高风险高龄心房颤动(房颤)患者抗凝与联合抗栓疗效及安全性。方法 选择 5 所军队干休所 75~80 岁房颤患者 72 例,采用查阅历年体检资料及健康档案,向患者本人或家属及干休所医师咨询等方法,将 72 例高风险高龄房颤患者根据治疗情况分为阿司匹林联合氯比格雷组(联合组)和华法林组,每组各 36 例,比较 2 组的疗效及安全性。结果 联合组脑梗死的终点事件发生率(13.8%)明显高于华法林组(2.7%),差异有统计学意义($P<0.05$);不良反应发生上联合组消化道出血发生率(36.1%)明显高于华法林组(13.8%),差异有统计学意义($P<0.05$);2 组微量出血(牙龈少量出血、皮肤黏膜出现瘀斑)的并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 高风险高龄房颤患者合理应用华法林,可达到显著抗凝疗效,而出血并发症不明显,安全性好。

[关键词] 高风险;房颤;抗凝;联合抗栓

[中图分类号] R541.75

[文献标志码] B

[文章编号] 1672-271X(2017)05-0522-02

[DOI] 10.3969/j.issn.1672-271X.2017.05.019

心房颤动(房颤)是临床最常见的一种心律失常,而房颤的致死和致残风险主要来源于脑卒中及系统栓塞等并发症,尤其对于高风险高龄房颤患者,抗凝或抗栓治疗防治脑栓塞而又尽可能减少出血风险是一难题^[1-2]。针对这一点,2016 年 3~10 月,我们对某市 5 所军队干休所离休干部 72 例高风险高龄房颤患者抗凝及联合抗栓治疗情况进行了调查,并加以比较分析,探讨其临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择 72 例高风险冠心病合并房颤者为研究对象,均为男性,年龄 75~80 岁,平均 77.9 岁,其中 75~77 岁 24 例,78~79 岁 38 例,80 岁 10 例,均经心电图或动态心电图证实。所有房颤均经栓塞风险评估法(CHADS₂)评估,评分均为 3~6 分;经出血风险评估法(HAS-BLED)评估,评分均>2 分。排除标准:①对血小板药或抗凝药有禁忌者;②其他疾病需长期服用非甾体类药物或抗凝药物者;③风湿性心脏瓣膜病;④6 个月内有短暂性脑缺血发作(TIA)或脑卒中发作史;⑤严重肝肾疾病者;⑥恶性肿瘤。

1.2 方法 采用查阅历年体检资料及健康档案,向患者本人或家属及干休所医师咨询(对不能来医院体检者上门体检)等方法获取结果。根据调查统计结果,将 72 例患者根据治疗情况分为阿司匹林联合氯比格雷组(联合组)和华法林组,每组各 36 例。华法林组用药前均测定国际标准化比值(INR),以后依患者病情及 INR 目标值(2.0~3.0)调整剂量,维持合适的 INR 值。具体方法:首次剂量 2.5 mg/d,1 次/d,为使 INR 目标值始终保持在 2.0~3.0,每次剂量调整控制在 0.5~1.25 mg。联合组治疗使用阿司匹林和氯比格雷进行联合抗栓治疗,每日晨起饭后口服阿司匹林 100 mg,氯比格雷 75 mg,1 次/d。

1.3 观察指标 将 2 组患者治疗情况进行对比,分析比较脑梗死、TIA、外周动脉栓塞、急性心肌梗死、死亡等终点事件发生率及消化道出血、牙龈少量出血、皮肤黏膜出现瘀斑等不良反应发生率,探讨其用药安全性。

1.4 统计学分析 采用 SPSS17.0 软件进行统计学处理,计数资料以例数(百分率)[$n(\%)$]表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

联合组脑梗死的终点事件发生率(13.8%)明显高于华法林组(2.7%),差异有统计学意义($P<0.05$);2 组 TIA、外周动脉栓塞发生率差异无统计学意义($P>0.05$),均未出现急性心肌梗死和死亡。见表 1。不良反应发生上联合组消化道出血发生率(36.1%)明显高于华法林组(13.8%),差异有统计

作者单位: 310004 杭州,浙江省军区杭州第四干休所门诊所

引用格式: 王 燕.高风险高龄心房颤动患者抗凝与联合抗栓疗效及安全性比较[J].东南国防医药,2017,19(5):522-523.

学意义($P<0.05$);2 组微量出血(牙龈少量出血、皮肤黏膜出现瘀斑)的并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。消化道出血经加用抑酸药物未再发生出血,牙龈少量出血、皮肤黏膜出现瘀斑停药后好转。

表 1 2 组高龄房颤患者临床终点事件发生率比较[n(%)]

组别	n	脑梗死	TIA	外周动脉栓塞	急性心肌梗死	死亡
华法林组	36	1(2.7)	3(8.3)	0	0	0
联合组	36	5(13.8)*	2(5.5)	2(5.5)	0	0

与华法林组比较,* $P<0.05$

表 2 2 组高龄房颤患者不良反应发生率比较[n(%)]

组别	n	消化道出血	牙龈出血	皮下出血
华法林组	36	5(13.8)	2(5.5)	2(5.5)
联合组	36	13(36.1)*	3(8.3)	2(5.5)

与华法林组比较,* $P<0.05$

3 讨论

心房颤动是指规则有序的心房电活动丧失,代之以快速无序的房颤波,是最严重的心房电活动紊乱,也是最常见的快速性心律失常之一。房颤的治疗包括:①危险评估;②抗凝治疗;③率律控制治疗;④上游治疗。临床研究表明,有效的抗凝治疗可使栓塞的危险性下降,对房颤患者尤其是对 65 岁以上合并高血压、冠心病、糖尿病和有栓塞史的患者抗凝治疗非常必要^[3-4]。

华法林抗凝治疗可以使脑卒中发生的危险性降低 68%^[5],作用机制主要是通过干扰维生素 K 与 2,3 环氧化维生素 K 之间的转化循环而产生抗凝效应。为确保华法林抗凝治疗的有效性(抗凝)和安全性(血栓形成或出血),目前国内外公认的血液检测指标是国际化标准比值(INR)^[1],据文献表明,华法林抗凝治疗的规范 INR 值为 2.0~3.0^[6]。根据相关资料显示,华法林在治疗非瓣膜病房颤患者的抗凝效果上明显优于阿司匹林抗栓^[7]。但现实中,因华法林起效慢,安全有效窗口窄,需要长期监测并调整剂量,代谢受药物或食物影响等因素限制了其抗凝应用,故而出现了阿司匹林单独或联合氯比格雷抗栓。

阿司匹林是环氧化酶抑制剂,使其失活后,抑制血栓素 A₂(TXA₂)形成,来阻止血栓形成。阿司匹林的剂量通常为 100 mg/d,主要用于低危患者或不适于应用华法林的患者,但对于有消化性溃疡

患者最好不用。高血压患者 CHADS₂ 评分和 CHA₂DS₂-VASc 评分为 2 分者,指南建议选华法林抗凝治疗。对于拒绝或不适合抗凝治疗的患者可选择阿司匹林或氯比格雷联合阿司匹林双联抗血小板治疗。根据 ACTIVE-W 试验表明,在降低卒中风险方面,华法林抗凝治疗优于氯比格雷联合阿司匹林抗血小板治疗(可使卒中相对风险降低 40%)。

在本次调查中,华法林组 36 例,发生脑梗死 1 例(2.7%),TIA 3 例,外周动脉栓塞 0 例,急性心肌梗死 0 例,死亡 0 例;阿司匹林联合氯比格雷者组 36 例,发生脑梗死 5 例(13.8%),TIA 2 例,外周动脉栓塞 2 例,急性心肌梗死 0 例,死亡 0 例。联合组脑梗死的终点事件发生率明显高于华法林组($P<0.05$)。不良事件发生上华法林组发生消化道出血 5 例(13.8%),经加用抑酸药物未再发生出血,牙龈少量出血 2 例,皮肤黏膜出现瘀斑 2 例,停药后好转;阿司匹林联合氯比格雷组发生消化道出血 13 例(36.1%),经加用抑酸药物未再发生出血,皮肤黏膜出现瘀斑 2 例,牙龈少量出血 3 例,停药后好转。联合组消化道出血的发作明显高于华法林组($P<0.05$),但 2 组微量出血的并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

综上所述,相对于联合应用阿司匹林和氯比格雷抗栓,高风险高龄房颤患者合理应用华法林抗凝,更可达到显著降低血栓栓塞疗效,而出血并发症不明显,安全性好。

【参考文献】

- [1] 魏永燕,汤日波. 达比加群酯在心房颤动抗凝治疗中的研究进展[J]. 实用医学杂志,2013,29(5):683-685.
- [2] 蔡美莲. 房颤的治疗进展[J]. 当代医学,2013,19(4):24-27.
- [3] 吴桦. 华法林治疗非瓣膜病房颤患者的抗凝疗效及安全性的对比分析[J]. 中国医药指南,2014,12(5):100-101.
- [4] 齐玉琴,魏国,葛才荣. 老年人心房颤动的临床分析[J]. 医学研究生学报,2004,17(2):182-183.
- [5] 姚郑,蔡健,朱建军,等. 我院心内科心房颤动患者华法林治疗的国际标准化比值监测的依从性分析[J]. 中国药物与临床,2014,14(4):207-209.
- [6] 黄建. 房颤患者华法林治疗服药依从性的研究进展[J]. 中国医药指南,2012,28(36):714-716.
- [7] 平广豫,周四光,凌淑芬,等. 华法林抗凝治疗非瓣膜病心房颤动的安全性及疗效分析[J]. 中国医药指南,2013,11(15):485-486.

(收稿日期:2017-05-22; 修回日期:2017-08-11)

(本文编辑:叶华珍)