

心跳为何频“失控”？

你可能患上房颤了

你有没有感受过突如其来的“心慌”，慌得就像心脏快要跳出来一样，胸闷气短，持续几十分钟甚至几个小时才能平静下来。如果这种情形时常出现，你就要高度警觉患上“房颤”的可能性。

与其他类型的心律失常相比，房颤最大的特点就是“乱”：发作没有固定的诱因；发作时间没规律，发作一次持续时间的长短也没规律；发作时心跳的快慢更没规律。也就是说，房颤会表现为“失控”的心跳。

诊断房颤需做心电图

房颤是心房颤动的简称，是一种十分常见的快速性心律失常。房颤时，人的心房激动快且不规律，导致心房有效的收缩功能丧失。患者可出现心慌、气短、胸闷等症状，症状严重程度受心率快慢的影响。当心率特别快时，患者可以感到心跳快并且紊乱，容易疲劳、头晕、胸痛，甚至可诱发心肌缺血或心力衰竭。

房颤可以称得上是21世纪的心血管流行病。预计到2050年，中国房颤患者中男性为520万人、女性为310万人。研究数据显示，40岁以上人群中，男性一生中患房颤的风险为26%，女性为23%。换言之，每个人一生中可能有四分之一的概率会患上房颤。

如何发现房颤征兆呢？当感觉出现心慌、心跳不整齐、乏力等症状时，可自测脉搏，如果脉搏不整齐，且这种不整齐持续时间较长，则高度提示可能是房颤。如果不会自测脉搏，可用血压计替代，发现测血压时水银柱下降不规律，或者电子血压计中显示的心跳图标跳动不规律，也提示可能是房颤。

然而，要确诊房颤还需在症状发作时进行心电图检查，这是最准确的诊断方法。如果患者的症状发作时间短，来不及到医院做心电图，但又发作频繁，这种情况下可选择做24小时，甚至48小时动态心电图监测来确诊房颤。

室性早搏、房性早搏患者，脉搏也可不整齐，也有患者觉得心慌、心悸，但往往表现为规律的心跳中夹杂着不规律的期前收缩，同样可以通过检查心电图来鉴别诊断。



三分之一的房颤发作时没症状

房颤按照发作时间长短，简单分为阵发性房颤和持续性房颤。前者是每次发作持续时间均小于7天，可以自行终止的房颤；后者是发作一次持续时间超过7天或电复律/药物复律等干预后方可终止的房颤。

没房颤的症状，也不代表没有房颤的存在。大约有三分之一的房颤在发作时是没有症状的，这使得这种疾病具有极大的隐匿性。很多患者是在体检时

做心电图才偶然发现患上房颤，更有甚者是因为房颤导致的严重并发症就诊，寻找病因时才发现房颤。所以，体检时不要忘了进行心电图检查，以便及时发现房颤。

房颤本身不是短期致命性疾病，但会影响患者的生活和工作质量，还会导致多种并发症影响寿命。房颤患者中，缺血性卒中的发生率是非房颤患者的2倍至7倍。房颤导致的卒中占有卒

中的20%，且致残率和致死率更高。此外，房颤可使心力衰竭的发生率增加3倍，死亡率增加2倍，还可显著增加认知功能障碍和阿尔茨海默病发生率。

更为重要的是，房颤带来的危害，并非一定和症状明显程度成正比。没有症状的房颤患者，仍可以有很高的血栓栓塞、心力衰竭等风险，却比有症状的患者更易忽视和拖延治疗，无形中更加危险。



阿司匹林不能预防房颤血栓

对于房颤的预防和治疗，现在普遍存在着一些误区。

一是用阿司匹林来“预防”房颤导致的血栓栓塞。房颤患者中的血栓高危人群是应该接受抗凝药物治疗，以预防血栓栓塞。但这里所说的抗凝药物主要指华法林和新型口服抗凝药（达比加群酯、利伐沙班等），不包括阿司匹林。

阿司匹林仅能预防动脉粥样硬化导致的相关血栓，而房颤血栓属于静脉系统的血栓，在形成

机制上有区别。另外，阿司匹林的副作用会导致胃肠道出血和颅内出血风险，没有医嘱也不可擅自服用。同时，房颤卒中高危患者应用阿司匹林也无效，低危患者应用阿司匹林风险大于获益。

另外，要注意硝酸甘油不是万能急救药。硝酸甘油因其起效迅速、扩张冠状动脉作用强，常常作为冠心病患者心绞痛发作时的急救药品使用。然而硝酸甘油不具备缓解或终止房颤发作的作用，因此很多房颤患者即使服用

硝酸甘油仍感觉“没有效果”。

需要重点提醒的是，房颤患者对于抗心律失常药物要合理、慎重使用。目前国内常用的抗心律失常药物包括胺碘酮、普罗帕酮、索他洛尔等，药物副作用大，长期服用可导致心脏或心脏外副作用。如胺碘酮长期服用可导致甲状腺功能亢进或减退、肺间质纤维化、心动过缓等，发生率非常高。因此要尽量少用抗心律失常药物，尤其避免长期使用胺碘酮。



卒中高危者应规律服抗凝药

房颤治疗最重要的是预防卒中。抗凝治疗可使卒中风险降低60%至70%。国际上公认的CHA2DS2-VASc积分可以用来指导患者抗凝治疗。CHA2DS2-VASc积分是指：心力衰竭、高血压、糖尿病、血管病、女性、年龄65岁至74岁任意一条分别积1分，既往栓塞史、年龄75岁及以上任意一条分别积2分。总分≥2分的患者，就是卒中高危患者，应该规律服用抗凝药物。

华法林作为口服抗凝药物有久远的应用历史，但是该药和很多食物、药物有相互作用从而可能影响药效。因此，在服用华法

林期间需要经常抽血化验，以监测国际标准化比值(INR)调整剂量，控制INR在2.0至3.0之间，才能既减少出血风险，又能有效抗凝。不过正因为这一弊端，导致患者对华法林的服药依从性不佳，统计发现接受华法林治疗房颤的患者在1年内停药的约有30%。

与华法林相比，新型口服抗凝药物（达比加群酯、利伐沙班等）具有起效迅速，剂量固定，与食物、药物相互影响小等优点。目前研究表明，新型口服抗凝药物相比华法林出血风险小，尤其是颅内出血风险可降低50%以

上。

虽然抗凝药物是把双刃剑，存在出血风险，但是对于卒中高危患者而言抗凝药利大于弊。全球房颤患者抗凝药物应用率平均约为34.4%，中国仅为13.5%。让我们房颤患者尽早建立抗凝意识，迫在眉睫。

此外，患者还可选择介入治疗的手段预防房颤导致的脑卒中。由于房颤的血栓90%以上来自左心耳，选择经皮左心耳封堵术，可预防左心耳血栓形成，进而达到预防卒中的目的。这可作为抗凝药物因出血等原因不能坚持的替代治疗。（马长生）