

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2010.05.016

# 房颤住院患者抗凝治疗现状及其影响因素分析

林 琳<sup>1</sup> 包金丽<sup>2</sup> 徐丽娟<sup>2</sup>

(<sup>1</sup> 枣庄市立四院, 山东 枣庄 277100; <sup>2</sup> 枣庄市立医院, 枣庄 277164)

**摘要 目的** 通过对 300 例心房颤动(房颤, AF)住院患者的病例资料进行回顾性分析, 旨在评价房颤患者接受指南推荐的抗凝剂应用状况及其影响因素。**方法** 对我院 2004 年 10 月至 2010 年 5 月出院诊断为持续性房颤的 300 例病人进行详细记录及回顾性总结分析, 研究房颤病人的临床特点, 统计临床抗凝剂应用情况及其特征, 建立患者数据库, 利用 SPSS 统计软件进行分析。**结果** 1)300 例 AF 患者中, 有 73% 未进行抗凝治疗, 而仅有 27% 进行抗凝治疗。其中合并高血压病者占 60.7%; 合并冠心病者占 38.7%; 合并心功能不全者占 31.7%; 合并糖尿病者占 21.3%; 既往梗死病史者占 14%。2)年龄 >75 岁、高血压、冠心病、临床医师的治疗策略以及患者对治疗的选择都是影响华法林使用的影响因素。3)所有入选病人有 31 例发生脑卒中, 其中未抗凝组中的脑卒中发生率为 64.6%; 抗凝治疗组为 35.4%, 两组比较  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。**结论** 目前我国基层医院住院的房颤病人抗凝现状仍不乐观, 多数未接受指南推荐的抗凝剂, 尤其是房颤脑卒中高危。

**关键词** 心房颤动; 住院; 抗凝治疗

**中图分类号:** R541.7+5 **文献标志码:** B **文章编号:** 1000-9760(2011)10-345-03

心房颤动(房颤, AF)是临床上常见的心律失常, 其发病率约占总人群的 1%, 且是发生脑血管病变的独立危险因素之一<sup>[1]</sup>, 临床指南建议为有效降低脑中风事件发生, 应长期口服华法林。虽然华法林抗凝治疗可明显降低房颤患者的动脉栓塞的发生率, 但目前对有高危因素的房颤患者进行规范性抗凝治疗的并不多。本研究通过对 300 例房颤住院患者的病历资料进行回顾性分析研究, 旨在评价目前房颤患者的抗凝治疗情况, 分析抗凝治疗的影响因素。

## 1 资料与方法

**病例入选:** 选择 2004 年 10 月至 2010 年 5 月, 我院住院诊断为持续性房颤的患者 300 例, 其中男 186 例, 女 114 例, 年龄 35~90 岁, 平均年龄(57.9 ± 16.3)岁; 瓣膜性房颤 86 例, 非瓣膜性房颤 214 例。其中按照临床指南进行抗凝治疗的患者为抗凝组, 未进行抗凝治疗的患者为未抗凝组。对患者姓名、性别、年龄、疾病的诊断、华法林的用药史、既往有无动脉栓塞史、血压波动、冠心病史、糖尿病史、出院用药情况、未用抗凝药原因等进行详细的记录及回顾性总结分析。所有患者房颤心电图诊断明确, 但排除人工心脏瓣膜术后患者。持续性房颤: 房颤不能自动转复, 持续时间大于 7d<sup>[1]</sup>。

**统计学处理:** 所有资料均应用 SPSS11.0 统计软件统计分析, 计数资料比较采用  $\chi^2$  检验。采用

Logistic 回归分析影响华法林使用及出血事件发生的因素。  $P$  值 < 0.05 统计学有显著性差异。

## 2 结果

### 2.1 房颤患者的临床特点及抗凝情况

300 例 AF 患者中, 有 219 例(占 73%)未进行抗凝治疗, 而仅有 81 例(占 27%)进行抗凝治疗。其中年龄 ≤ 75 岁者占总人数的 73.6%, 仅有 20% 的病人进行了抗凝治疗; 年龄 > 75 岁者占总人数 26.4%, 仅有 21.2% 的病人进行抗凝治疗; 有 38.7% 的患者合并冠心病, 其中仅有 11.2% 的病人进行抗凝治疗; 有 21.3% 的患者合并糖尿病, 其中仅有 21.3% 的病人进行抗凝治疗; 有 31.7% 的患者合并心功能不全, 其中仅有 18.9% 的病人进行抗凝治疗; 其中既往有栓塞史的病人占 14%, 其中仅有 35.7% 的病人进行抗凝治疗; 有 60.7% 的患者合并高血压, 其中仅有 17% 的病人进行抗凝治疗, 见表 1。

表 1 房颤患者的临床特点及抗凝情况

分组因素	抗凝治疗		未抗凝治疗	
	人数	%	人数	%
n	81	27	219	63
年龄 ≤ 75	44	20	176	80
> 75	17	21.2	63	78.8
冠心病	13	11.2	103	88.8
糖尿病	13	20.3	51	79.7
高血压	31	17.0	151	83.0
心功能不全	18	18.9	77	81.1

## 2.2 影响华法林应用的因素分析

年龄>75岁、高血压、冠心病、临床医师的治疗策略以及患者对治疗的选择都是影响华法林使用的影响因素。但只有年龄、冠心病和患者对治疗的选择具有统计学意义,见表2。

表2 华法林使用情况影响因素分析

自变量	回归系数	OR值	P
年龄(0= $\leq$ 75岁,1= $\geq$ 75岁)	1.89	7.11	<0.05
高血压	2.52	12.44	>0.05
冠心病	2.67	13.65	<0.05
糖尿病	-0.97	0.89	>0.05
心功能不全	-1.28	0.31	>0.05
医师治疗策略	26.41	7.89	>0.05
患者选择治疗因素	28.3	4.8	<0.05

## 2.3 房颤患者脑卒中发生率比较

所有入选的房颤患者,有31例发生脑卒中,脑卒中发生率为10.3%。其中未进行抗凝治疗的219例患者,有20例发生脑卒中,发生率为64.6%,而抗凝治疗的81例患者,有11例发生脑卒中,发生率为35.4%,两组的脑卒中发生率比较( $P<0.05$ ),差异有统计学意义,见表3。

表3 房颤患者脑卒中发生率比较

	脑卒中发生人数	脑卒中发生率
未抗凝组	20	64.6a
抗凝组	11	35.4
$\chi^2$	5.64	
P	<0.05	

## 3 讨论

随着人口的老齡化,高血压、糖尿病、心肌梗死患病率的增加,房颤患者人数还会越来越多,据统计目前我们有将近1000万人口患病<sup>[2]</sup>。而动脉血栓栓塞是房颤的最常见并发症,其中以脑栓塞较多见,是目前临床上房颤致死致残的最主要原因。近年随着风湿病的发病率的逐年下降,在我国非瓣膜性房颤已经成为脑卒中的主要病因。因此对非瓣膜性房颤患者脑卒中的预防已经成为房颤治疗的重要目标之一。

临床荟萃分析表明,应用剂量调整的华法林抗凝,保持INR在2.0~3.0之间,可以使AF患者血栓栓塞事件下降68%,而用阿司匹林仅能使栓塞率降低22%,因此欧美国家的治疗指南均一致将华法林而不是阿司匹林列为AF的标准抗凝药物。尽管如此,大量研究报道AF患者实际采用华

法林抗凝的比例却不足50%<sup>[3]</sup>。2003年中华医学会心血管病分会组织对多家医院的房颤住院患者进行回顾性调查显示,仅有6.6%患者在长期应用华法林<sup>[4]</sup>。虽然随着各种关于房颤诊治知识的讲座和培训,华法林的利用率貌似有了很大的提高,本研究结果也表明,AF患者给予华法林抗凝的比例仅仅27%,这表明房颤治疗指南正在越来越多的影响我们临床的规范用药,但从这些分析结果上我们同时也看到了房颤抗凝治疗还存在很多的认识不足。

本研究对入选房颤病人的临床特点进行分析,其中年龄 $\leq$ 75岁者占73.6%;年龄>75岁者占26.4%;有38.7%的患者合并冠心病,仅有11.2%的病人进行抗凝治疗;有21.3%的患者合并糖尿病,仅有21.3%的病人进行抗凝治疗;有31.7%的患者合并心功能不全,仅有18.9%的病人进行抗凝治疗;其中既往有栓塞史的病人占14%,仅有35.7%的病人进行抗凝治疗;有60.7%的患者合并高血压,仅有17%的病人进行抗凝治疗。结果显示,AF最常见的基础病因依次为高血压病(60.7%)、冠心病(38.7%)、心功能不全(31.7%)、糖尿病(21.3%)、既往梗死病史(14%)。综上所述,AF患者的发病与原有基础疾病,特别是合并有风心病、高血压病、冠心病、心衰、糖尿病、既往梗死病史的患者更容易发病,因此临床治疗工作中,应提高对合并上述疾病的AF患者的抗凝风险评估。

近年来多项预防房颤患者血栓栓塞的临床试验结果显示华法林抗凝治疗使脑卒中的发生率明显下降,因而建议有脑卒中高危因素(包括年龄>75岁,合并高血压、糖尿病、既往栓塞病史、心功能不全等)的患者应长期口服华法林抗凝治疗。本研究却发现华法林抗凝的治疗率较低,分析其原因首先是华法林药物本身存在的很多缺点,如治疗剂量范围偏小,剂量反应关系很难预测等。其次,临床医师的抗凝意识不强也是造成华法林使用率偏低的主要影响因素。在权衡临床治疗获益与风险比上,过度重视出血风险发生,造成当前医疗环境下医生为规避医疗风险,从而不建议患者使用抗凝药物,对此我们应加强学习临床治疗指南,客观准确评估患者动脉血栓和出血风险的高危因素,制定安全合理有效的抗凝治疗方案。另外高龄也不是服用华法林的禁忌症,但由于年龄大于75岁的老年人出血的危险性增加,华法林的剂量应降低,可使INR控制在1.5~2.5<sup>[5]</sup>。另外,患者及家属受教育程度的影响,缺乏对房颤疾病转归的(下转第348页)

响治疗效果。内口切除时一般要向上扩大 0.3~0.5cm,连同周围炎性、坏死组织一并切除结扎。部分找不到内口的病例特别是耻骨直肠肌上的高位肛瘘或蹄铁型肛瘘,可将肛管后正中肛窦及其两旁临近肛窦一并切除,以切除相应肛腺,去除病因。

**合理选择切口及术式** 术式选择:脓肿位置距肛门直肠较近,内口在齿状线位且只有一个脓肿者,选择脓肿一次性切开根治术;距肛门直肠较远,脓腔较深,或半蹄铁型脓肿者,选择切开挂线对口引流术;骨盆直肠间隙脓肿,选择后位切口脓肿切开胶管引流术;直肠后间隙脓肿,选择切开挂紧线术,切口选择后位偏向一侧,以避免损伤肛尾韧带,造成肛门向前移位。

**胶管引流的适应症和及时冲洗:**适用于肛提肌上高位直肠周围脓肿,挂线引流困难者。通过引流,可使脓肿内氧分压升高,PH 改变,电解质浓度变化,细菌量减少,并排除细菌的代谢产物和补体缺乏的脓液,破坏炎症部位的生态平衡,多种机制对抗细菌入侵,从而达到治疗的目的<sup>[6]</sup>。术后 3~5d 胶管冲洗每日 2 次,确保胶管引流通畅。

**正确换药和适时紧线:**紧线时机一定要把握好,普遍认为炎症浸润范围越大,脓腔越深,挂线越松,反之宜紧,距肛门较近挂线宜松,挂线尽量在脓腔最高点,最深最薄处,掌握好松紧度,使组织边切开边修复,使括约肌与周围组织发生粘连,防止出血及肛门失禁等。如挂线太紧,则脱落较快,达不到慢性切割的作用,不利于创面愈合,还有假愈合

可能,且易产生肛门失禁;挂线太松,则切割作用弱,影响疗效。对于脓腔较大的脓肿,可推迟紧线时间,利于挂线的持续性引流作用,使炎症范围相对缩小,待脓腔缩小后再分次紧线。对于脓腔较大,浸润范围较广的脓肿,术后引流液多,可每日换药 2 次。换药时引流条一定要填到创腔深部,使肉芽组织从深部向外生长,但不能太紧,太紧易引起厌氧菌感染,只有待深部脓腔的肉芽组织生长至与挂线内口基本平齐时再紧线,才能使整个创面同时生长愈合。

**适当应用抗生素** 肛门直肠周围脓肿是以革兰阴性杆菌感染为主的混合感染,故应选用抗革兰阴性杆菌为主的药物,联用抗厌氧菌药物。

#### 参考文献:

- [1] 喻德洪. 肛肠外科疾病问答[M]. 2 版. 上海:上海科学技术出版社,1998:507-520.
- [2] 张庆荣. 肛肠大肠手术图谱[M]. 天津:天津科技翻译出版公司,1999:95-110.
- [3] 张东铭. 肛肠外科解剖学的现代进展[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(11):682-685.
- [4] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,1996:2. 167.
- [5] 黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1996:724-740.
- [6] 凌宝存,郭金龙. 现代外科引流技术[M]. 北京:人民军医出版社,1996:2. 64.

(收稿日期 2011-09-12)

(上接第 346 页)认识,对华法林出血风险发生的掌握,且很难定期进行 INR 的化验检测,也较大程度上影响房颤患者华法林的应用。因此,我们应加强对患者及家属的健康宣教,提高患者对房颤抗凝治疗重要性的认识,让患者积极参与到治疗与随访中,从而提高房颤并发症的治疗质量。

本研究结果提示,目前基层医院房颤患者的抗凝治疗显著不足,而未使用华法林抗凝的主要原因是医生过分担心出血并发症发生、患者依从性差,对此加强医生有关房颤患者正确使用华法林抗凝知识的继续教育、提高患者的用药依从性以及开发应用更方便、更安全的新抗凝药是提高房颤患者抗凝治疗率的有效措施。

#### 参考文献:

- [1] 吴兆苏,姚崇华,赵冬. 我国多省市心血管病趋势及决定因素的人群监测(中国 MONICA 方案)发病率、死亡率监测结果[J]. 中华心血管病杂志,1997,25(1):6-8.
- [2] 胡大一,杨进刚. 心房颤动的现代观点[J]. 中国循环杂志,2004,19(5):323-324.
- [3] As CE, Veloso HH, De Paola AA. Anticoagulation for atrial fibrillation: underutilization in a brazilian tertiary outpatient clinic[J]. Clin Cardiol, 2004, 27(11):592-593.
- [4] 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(11):913-916.
- [5] Gallus AS, Baker RI, chong BH, et al. Consensus guidelines for warfarin therapy. Recommendations from the Australasian Society of thrombosis and Haemostasis[J]. Med J August, 2000, 172(12):600-605.

(收稿日期 2011-09-15)