



心房顫動與抗血栓治療

林盈利¹ 陳清埤² 余昭宏³ 林益卿⁴



前言

心房顫動(Atrial fibrillation, AF)是臨床上最常見的一種心律不整，一般族群的盛行率為1%-2%，心房顫動的盛行率隨著年齡的增加而增加，男性族群多於女性。Lee CH et al 針對台灣的住院患者，從1997年至2002年全民健保資料庫分析，顯示心房顫動的平均年齡為73.8歲，81%的患者超過65歲且55.3%為男性，新診斷的心房顫動從1997年每十萬人有91人，上升至2002年每十萬人有150人。心房顫動的患者發生中風的機會是一般族群的5倍，且發生中風的患者中，每5個就有1個是導因於心房顫動。Yu HC et al 研究1,211位心房顫動的台灣患者，在確立診斷後3年，有46.2%患者發生缺血性腦中風，而所有心房顫動患者僅有53.3%有接受抗血栓治療，可見台灣族群使用抗血栓治療的比例遠低於西方國家。此篇文章參考2010年歐洲心臟學會

(European Society of Cardiology)心房顫動治療準則，內容著重在心房顫動的診斷與抗血栓治療的選擇與建議。

心房顫動的診斷

心房顫動在體表心電圖上的特性為不規則的RR intervals及P波不規則，患者不一定有明顯的臨床症狀，亦有患者因中風或短暫性腦缺氧發作意外發現心房顫動，預防心房顫動相關併發症的發生是臨床醫師的治療重點。臨床上不規則的脈搏都要懷疑心房顫動的可能性，建議安排12導程心電圖來確定診斷。心房顫動可依型態及時間分為5個類型(圖1)。

1. 初診斷的心房顫動(first diagnosed AF)：所有初次診斷的患者，不管症狀的有無及嚴重度，都歸在此類。
2. 陣發性心房顫動(paroxysmal AF)：此種心律不整通常在48小時內會自動停止，雖然少數陣發性心房顫動會持續7天，然而48小時這個時間切點是很重要的，持續超過48小時的心房顫動，自我恢復的可能性很低且需考慮使用抗凝血藥物。
3. 持續性心房顫動(persistent AF)：心房顫動的時間超過7天，或是需要接受心

1彰化基督教醫院 社區醫學部 家庭醫學科 主治醫師

2彰化基督教醫院 內科部 心臟血管內科 主任

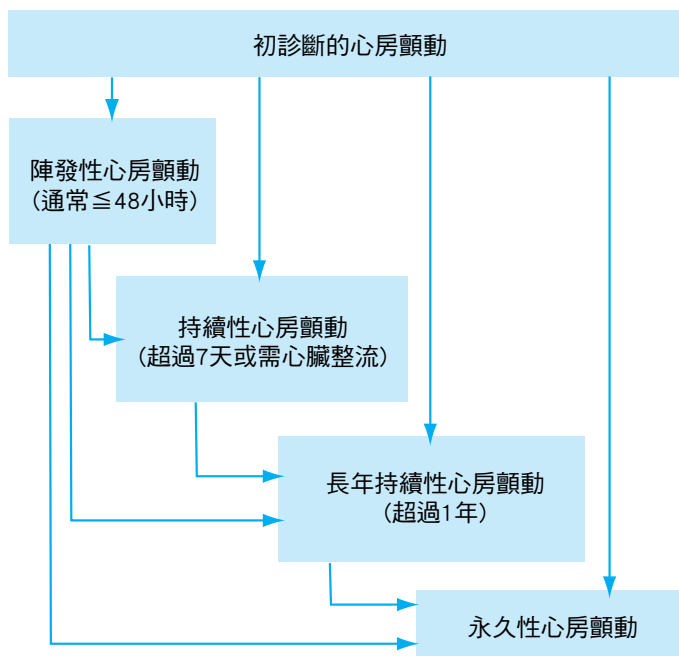
3彰化基督教醫院 內科部 心臟血管內科 主治醫師

4彰化基督教醫院 社區醫學部 家庭醫學科 主任

關鍵字：Atrial fibrillation, antithrombotic therapy, CHADS2 score, CHA2DS2VASC score



圖1 心房顫動的分類



(資料來源：2010年歐洲心臟學會心房顫動治療準則)

臟整流或是電氣燒灼手術才能終止的心房顫動。

4. 長年持續性心房顫動(long-standing persistent AF)：當決定要接受心律控制時，心房顫動的時間已超過1年以上。
5. 永久性心房顫動(permanent AF)：患者及醫師均接受此類心房顫動的長期存在，患者不追求心律控制(rhythm control)。

心房顫動的處置

心房顫動的治療目標在於減輕病患的症狀及預防心房顫動相關的併發症，這些治療目標在心房顫動診斷後需同時進行，因此，心房顫動的治療原則包括預防血

栓的形成、心跳速率的控制及其他共存心臟疾病的治療。這些治療可減輕臨床症狀，但仍需配合心律控制(如心臟整流、抗心律不整藥物或電氣燒灼術)，維持正常心律以達到症狀解除的目標。

中風及血管栓塞發生機率的評估

對於心房顫動患者，評估中風及血管栓塞的發生機率最簡單的方式是使用CHADS2 score。CHADS2 score由各危險因子的第一個字母所組成，其中評分1分的項目包括心臟衰竭(heart failure)、高血壓(hypertension)、年齡(age ≥ 75歲)及糖尿病(diabetes)，而中風/短暫性腦缺氧發作病史(stroke/TIA)則評分2分，CHADS2



score的分數愈高，發生中風的機率也愈高。CHADS2 score為0分者定義為低風險，CHADS2 score為1至2分者為中度風險，CHADS2 score大於2分者為高度風險，其中CHADS2 score大於等於2分者，除非有禁忌症，否則應長期服用口服抗凝血藥物。為了更完備的評估中風的發生機率，新版歐洲心臟學會(European Society of

Cardiology)心房顫動治療準則建議採用更精確的CHA2DS2VASC score(表1)，危險因子分為主要危險因子與臨床相關非主要危險因子，CHA2DS2VASC score分數為1分時，中風的年發生機率为1.3%，分數大於等於2分時，中風的年發生機率为2.2%~15.2%(表2)。治療方面，若CHA2DS2VASC score大於等於2分者，建

表1 CHA2DS2VASC score

主要危險因子	臨床相關非主要危險因子	危險因子	分數
腦中風/短暫性腦缺氧發作/血栓栓塞疾病 年齡≥75歲	1. 心臟衰竭或心室收縮不良(如LV EF≤40%) 2. 高血壓 3. 糖尿病 4. 血管疾病(包括心肌梗塞、週邊血管疾病及主動脈斑塊) 5. 年齡介於65-74歲 6. 女性	心臟衰竭或心室收縮不良	1
		高血壓	1
		年齡≥75歲	2
		糖尿病	1
		腦中風/短暫性腦缺氧發作/血栓栓塞疾病	2
		血管疾病	1
		年齡介於65-74歲	1
		性別-女性	1

資料來源：2010年歐洲心臟學會心房顫動治療準則

表2 CHA2DS2VASC score與中風的發生率

CHA2DS2VASC score	患者(n=7329)	中風發生率(%/年)
0	1	0%
1	422	1.3%
2	1230	2.2%
3	1730	3.2%
4	1718	4.0%
5	1159	6.7%
6	679	9.8%
7	294	9.6%
8	82	6.7%
9	14	15.2%

資料來源：2010年歐洲心臟學會心房顫動治療準則

議服用口服抗凝血藥物，分數為1分者建議使用抗血小板藥物或抗凝血藥物，而0分者則使用抗血小板藥物或不治療(表3)。

抗血栓治療建議

對於基層醫療醫師，CHADS2 score可做為評估中風及血管栓塞發生機率的簡單工具，CHADS2 score大於等於2分者，除非有禁忌症，建議應長期服用口服抗凝血藥物，且將INR值控制在2.0-3.0；CHADS2 score為0或1分者，建議採



表3 心房顫動患者的血栓預防

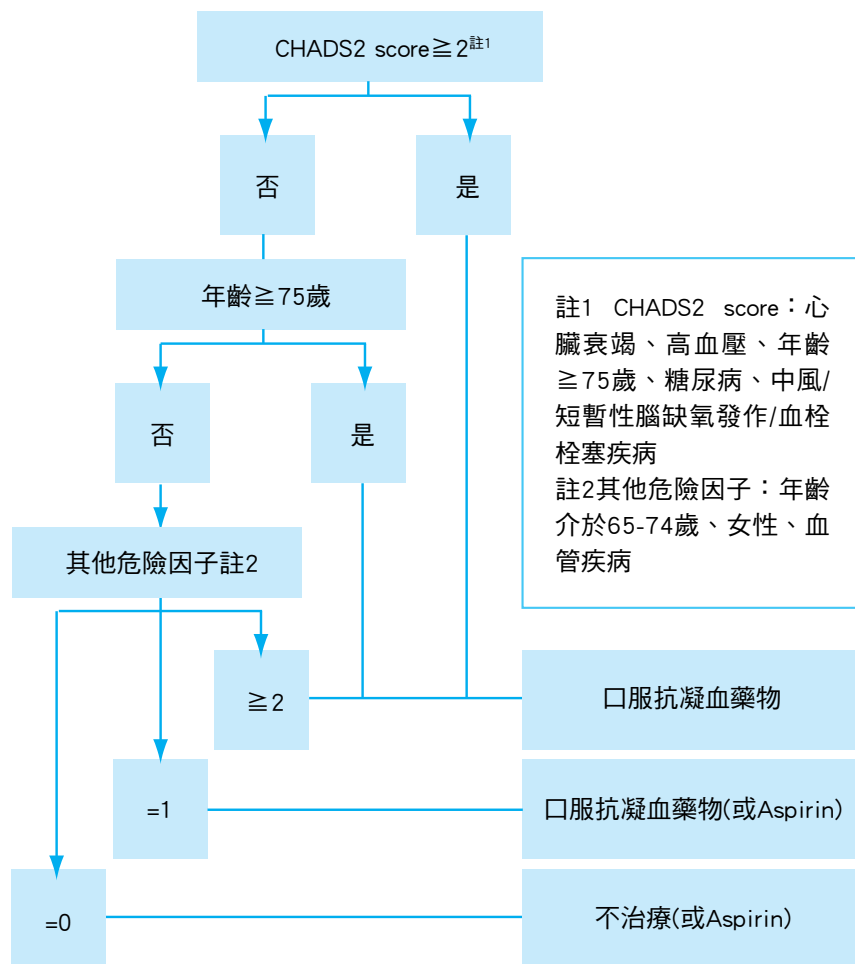
危險因子類別	CHA2DS2VASC score	抗血栓治療建議
1項主要危險因子或2項臨床相關非主要危險因子	≥ 2	口服抗凝血藥物
1項臨床相關非主要危險因子	1	口服抗凝血藥物或Aspirin 75-325mg (較傾向使用口服抗凝血藥物)
無危險因子	0	Aspirin 75-325mg或不治療 (較傾向不治療)

資料來源：2010年歐洲心臟學會心房顫動治療準則

用更精確的CHA2DS2VASC score來評估中風及血管栓塞的發生機率，因為CHA2DS2VASC score比較sensitive，主要目的在於更進一步區分風險，與傳統的

CHADS2 score比較，血管疾病(包括心肌梗塞、週邊血管疾病及主動脈斑塊)、年齡介於65-74歲及女性皆算入新的危險因子。(圖2)。

圖2 心房顫動患者抗血栓的治療流程圖



資料來源：2010年歐洲心臟學會心房顫動治療準則



出血風險評估

病人開始服用抗凝血藥物前必需評估出血風險，雖然年紀較大的心房顫動患者接受抗凝血治療，顱內出血的發生機率遠比過去低很多，發生率約為0.1%~0.6%。當INR值>3.5-4.0，顱內出血的發生率增加；INR值介於2.0-3.0與更低的INR值比較，沒有明顯增加顱內出血的發生。HAS-BLED為簡單評估出血風險的方式(表4)，大於等於3分者為高風險族群，一旦接受抗血栓治療，必需小心謹慎及定期追蹤。

表4 HAS-BLED出血風險評估分數

字母	危險因子	分數
H	高血壓(Hypertension)	1
A	肝功能或腎功能異常 (Abnormal renal and liver function)	各1分
S	中風(Stroke)	1
B	出血(Bleeding)	1
L	不穩定INR值(Labile INRs)	1
E	年老：年齡大於65歲(Elderly)	1
D	藥物(如抗血小板藥物或NSAID)或酒精(Drugs or alcohol)	各1分

資料來源：2010年歐洲心臟學會心房顫動治療準則

結語

心房顫動是臨床上最常見的心律不整，病患容易導致嚴重的心血管併發症。心房顫動的治療原則在於預防血栓的形成、心跳速率及心律控制，本篇文章提供臨床醫師中風及血管栓塞發生機率的評估方式，從過去常用的CHADS2 score至目前建議使用更精確的CHA2DS2VASC score，以評估病患是否應長期服用抗凝血藥物；HAS-BLED為簡單評估出血風險的方式，大於等於3分者為高風險族群，醫師需注意臨床上出血的風險。

參考資料

1. Lee CH, Liu PY, Tsai LM et al.: Characteristics of hospitalized patients with atrial fibrillation in Taiwan: A nationwide observation. *Am J Med.* 2007; 120: e1-7.
2. Yu HC, Tsai YF, Chen MC, Yeh CH: Underuse of antithrombotic therapy caused high incidence of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation. *Int J Stroke.* 2012; 7:112-7.
3. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY et al.: Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2010; 31:2369-429.
4. Wasmer K, Eckardt L: Management of atrial fibrillation around the world: a comparison of current ACCF/AHA/HRS, CCS and ESC guidelines. *Europace.* 2011; 13:1368-74.