

# 非瓣膜性房颤的发病机制及抗凝治疗研究进展

李杰

广西科技大学第一附属医院 广西柳州 545002

【摘要】非瓣膜性房颤属于临床较为常见的心律失常，会使得心房频率加快，且会出现不规则情况，使得心脏失去原有的收缩功能，是引起脑卒中最为主要的原因。在流行病学中，房颤发病率也在不断上升，且在老年患者中，年龄越大，发病率与死亡率较高。主要治疗目的在于消除房颤不适症状，预防血栓栓塞，保持窦性心律，提高患者心房排血功能。本文通过综述该疾病的发病机制，并分析抗凝治疗进展，值得应用。

【关键词】非瓣膜性房颤；发病机制；抗凝治疗；进展

【中图分类号】R541.75 【文献标识码】A 【文章编号】2095-7165 (2019) 07-269-02

心房颤动主要是指心房激动频率为 350-600 次/分的快速性心律失常，而房颤的主要类型为非瓣膜性房颤，在房颤发生比例中占据 5% 左右<sup>[1]</sup>。在流行病学中，我国因房颤而住院的患者在心血管住院患者中，逐年上升，随着年龄的增长患者数也在增多。目前关于该疾病发病机制并不清楚，大多认为与患者血栓前状态、血流动力学异常存在关系，容易导致血栓出现，是一种多因素引起的凝血病理过程<sup>[2]</sup>。目前抗凝治疗药物较多，可降低患者平均危险，但抗凝药物在临床应有存在一定限制，本文通过将发病机制进行研究，与抗凝治疗进展，内容如下。

## 1 非瓣膜性房颤的发病状况

房颤属于较为常见的房性心律失常，非瓣膜性房颤是其重要类型，目前逐年出现上升趋势。而非瓣膜性房颤，会出现患者出现心率加快，且不规则，使得心房失去有效的收缩功能，可在心房内出现附壁血栓，严重会使得患者出现死亡。在流行病学显示下，我国 80 岁以上患者患病率已经高达 7.9%，但由于缺乏系统化的流行病学调查，该疾病的变化趋势并不明确，需要进一步研究。但由于生活习惯、遗传、经济水平出现差异，会使得不同危险因素出现差异<sup>[3]</sup>。

## 2 非瓣膜性房颤的发病因素与发病机制

### 2.1 非瓣膜性房颤的发病因素

房颤危险因素在于高龄、高血压、肥胖、吸烟、饮酒、血管疾病等。而血脂水平会对非瓣膜性心房颤动的发病存在一定影响，影响动脉粥样硬化斑块出现<sup>[4]</sup>。而吸烟的患者，尼古丁会对血管内皮纤溶功能存在抑制作用；高血糖会使得局部纤溶活性下降，独立于胰岛素抵抗；高血压患者也存在一定纤溶活性障碍，可通过使用 ACEI 类药物改善纤溶活性。

### 2.2 非瓣膜性房颤的发病机制

目前关于该疾病的发病机制并不明确，但具体机制在于<sup>[5]</sup>：  
①抗凝系统低下：由于非瓣膜房颤患者心房内微血栓形成时，会出现凝血酶，因此使得凝血酶与抗凝血酶结合后，会影响抗凝作用。  
②非瓣膜性房颤患者，在出现房颤后，心房的不规则运动，会使得心房内膜出现损伤，激活外源凝血系统。  
③在出现房颤后，会使得心房内血液流速降低，甚至会出现紊乱的情况，激活血小板功能。  
④在房颤时心房内膜出现损伤，会使得肺静脉内皮细胞功能出现损伤，增加血液粘滞性。  
⑤房颤患者左心房出现异常，会抑制抗利尿激素的正常分泌，增加心钠素的分泌，会使得肾脏排水排钠。  
⑥心房异常运动后，会使得心房收缩功能下降，导致外周血液淤积。

## 3 非瓣膜性房颤患者的抗凝治疗

### 3.1 药物治疗

#### 3.1.1 华法林

华法林是临床中应用较为广泛的抗凝药物，其作用机制在于通过干扰维生素 K 参与的凝血因子，在肝脏合成过程中起到的抗凝血作用<sup>[6]</sup>。而非瓣膜患者使用华法林治疗，可降低卒中危险，死亡率也会随之降低。但作用发生缓慢，最大效应在 3-5d 内产生。叶贞发等学者指出，在老年非瓣膜性房颤患者的治疗过程中采取低强度华法林抗凝治疗，可显著改善患者的肾脏功能，降低出血发生率，用药安全性更高。叶贞发等学者在研究中指出<sup>[7]</sup>，通过分为低强度组、标准强度组与阿司匹林治疗组，结果中经 6、12、24 个月治疗后，低强度组与标准强度组患者的 Ccr 较治疗前提高，低强度组患者与标准强度组患者血栓栓塞发生率低于阿司匹林组，低强度组患者终点事件发生率低于阿司匹林组。因此采取低强度华法林抗凝治疗，可改善患者的肾脏功能，降低出血发生率，用药安全性更高。但为了用药安全，必须常规监测凝血功能，调整用药剂量，患者依从性差，容易因用药不当造成药物疗效下降或者出血不良事件。

#### 3.1.2 达比加群酯

达比加群酯作为新型合成的直接凝血酶抑制剂，是 dabigatran 的前体药物，属非肽类的凝血酶抑制剂。可明确阻断凝血，并抑制血栓出现。口服后胃肠道可快速吸收，在体内阻止纤维蛋白原裂解为纤维蛋白，从而阻断了凝血瀑布网络的最后步骤及血栓形成。在 1 小时左右可产生效果。但药物浓度较高，其抗凝作用随之越强。但与血小板抑制剂联合后，会加大出血风险，因此临床需要合理使用<sup>[8]</sup>。

#### 3.1.3 阿派沙班

阿派沙班属于选择性抑制 Xa 因子，可减少凝血酶出现，阿派沙班吸收迅速，服用后 3~4 小时达到最大浓度。无需常规监测凝血功能，亦无需剂量调整，但仍需严密监测出血征象。而该药物可减少脑卒中、血管性死亡发生，未出现其他严重不良反应，可有效预防缺血性卒中，减少血栓栓塞事件发生<sup>[9]</sup>。

#### 3.1.4 利伐沙班

利伐沙班是具有生物利用度的 Xa 因子抑制剂，通过内源性 & 外源性途径活化 X 因子为 Xa 因子 (FXa)，在凝血级联反应中发挥重要作用。利伐沙班吸收迅速，服用后 2-4 小时达到最大浓度。大部分经过肝脏代谢，药物效果与华法林相似，但颅内出血与致死型出血发生率较低。王汝朋等研究指出<sup>[10]</sup>，通过对比利伐沙班和达比加群酯与传统抗凝药物华法林，利伐他班组和达比加群酯组出血事件发生率亦较华法林组低，华法林组皮疹发生率较利伐沙班组和达比加群酯组高。因此新型口服抗凝药物利伐沙班和达比加群酯对非瓣膜性房颤患者缺血性卒中预防效果优于或等同于华法林，安全性亦较好，值得临床推广应用。

## 4 小结

房颤的出现会直接导致患者出现严重临床症状,而抗凝作为有效的治疗方式,可有效改善患者生活质量,并积极防止血栓,改善患者预后。新型口服抗凝药相对于华法林口服使用无需监测常规凝血指标,可以减少出血不良事件,更安全、有效,起效更快,使用更方便。

[参考文献]

[1] 张清琼, 孙学春, 周晓芳等. 新型口服抗凝药物治疗高龄非瓣膜性房颤患者的疗效分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(4):486-489.  
 [2] 袁诚, 李伟, 朱代荣等. 126 例贵州省少数民族老年非瓣膜性房颤患者血清炎症因子水平变化及意义[J]. 山东医药, 2016, 56(28):70-72.  
 [3] 黎计明, 罗伟良. 60 岁以上非瓣膜性房颤住院患者无症状性脑梗死与轻度认知障碍的临床研究[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42(8):473-478.  
 [4] 尚亮, 马庆, 卫娜等. 利伐沙班抗凝治疗在改善高龄非瓣膜病房颤患者轻度认知功能障碍的价值研究[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2018, 10(4):439-441.

[5] 金鹏, 周琪, 石向明等. 利伐沙班和达比加群酯治疗高龄非瓣膜性房颤病人的安全性及疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(13):1504-1506.  
 [6] 张静, 耿慧, 侯丽萍等. 老年综合评估与干预对高龄非瓣膜性房颤抗凝疗效及安全性影响的研究[J]. 医学与哲学, 2017, 38(12):42-46, 75.  
 [7] 叶贞发, 叶齐饶, 赖心味等. 不同强度华法林抗凝对老年非瓣膜性房颤患者长期疗效及预后的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(9):55-58.  
 [8] 金星星, 林海燕, 高达等. CHADS2 评分和 CHA2DS2VASc 评分预测非瓣膜性房颤患者缺血性卒中风险的价值比较[J]. 浙江临床医学, 2018, 20(2):233-234.  
 [9] 徐英, 陈红, 彭仕凤等. 老年慢性阻塞性肺疾病急性加重合并非瓣膜性房颤患者临床特点和抗栓治疗现状[J]. 四川医学, 2018, 39(5):497-501.  
 [10] 王汝朋, 杨水祥. 利伐沙班和达比加群酯及华法林在非瓣膜性心房颤动患者抗凝治疗的研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(12):1246-1249.

(上接第 266 页)

少胆红素的重吸收,降低胆红素水平。

4 结语

新生儿病理性黄疸的治疗方法有很多,主要从抑制胆红素生成、加速胆红素转运、阻断胆红素肠肝循环、增加胆红素结合及促进胆红素排泄等不同环节进行治疗,临床上需要根据患儿自身的情况选择合适的治疗方式。蓝光照射是新生儿病理性黄疸最常用的治疗方法,LED 冷光治疗优于普通蓝光照射治疗,药物与光疗联合治疗新生儿病理性黄疸是最佳选择,能够显著提升治疗效果,预防胆红素脑病发生。

[参考文献]

[1] 王卫平. 儿科学[M], 第八版, 北京: 人民卫生出版社, 2013: 119-120.  
 [2] 胡娟. 用三种不同的方法治疗新生儿病理性黄疸的疗效观察[J]. 当代医药论丛, 2015, (13): 204.

[3] 林晓珠, 蓝允昌. 蓝光辅助茵栀黄颗粒联合苯巴比妥钠治疗新生儿黄疸的效果观察[J]. 海峡药学, 2015, 22(3):168-169.  
 [4] 王小玲, 李雄, 康兰, 等. 预防性使用益生菌对降低极低出生体重早产儿坏死性小肠结肠炎发病率和病死率的 Meta 分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2015, 17(8):852-858.  
 [5] 刘备, 马国. 新生儿黄疸的治疗药物研究进展[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(16):1515-1519.  
 [6] 马月兰. 光疗及大剂量丙种球蛋白联合茵栀黄治疗新生儿高胆红素血症的效果[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(24):5405-5407.  
 [7] 张晓蕊, 曾超美, 刘捷. 强蓝光治疗新生儿高胆红素血症的疗效及安全性[J]. 中国当代儿科杂志, 2016, 18(3):195-200.  
 [8] 周雪莲, 张天勇, 杨小凤, 张孝彬, 王婷, 万志佳, 万健. LED 冷光治疗新生儿黄疸的疗效[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(21):3260-3261

(上接第 267 页)

呈现多样性及易混淆性,对应诊断上较为困难。目前认为是一类排他性诊断。目前对应治疗上,仅采取综合治疗隐裂牙综合征,无法满足牙体保存需要,而开展冠修复为一类有效保存方法,可减少牙齿脱落率,减轻疼痛。

[参考文献]

[1] 桂萍. 全冠修复与根管治疗同步治疗隐裂牙牙髓炎的临床效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(19):127-128.  
 [2] 骆小平, 袁宇, 石玉娟等. 隐裂牙综合征全瓷冠修复十年的临床观察[J]. 中华口腔医学杂志, 2016, 51(10):583-586.  
 [3] 崔丽丽, 宋超颖, 郭喜萍等. 冠修复与根管治疗同步治疗

隐裂牙牙髓病的临床疗效[J]. 河南医学研究, 2016, 25(5):910-911.  
 [4] 张君. 根管治疗同步冠修复治疗隐裂牙牙髓病的临床分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(6):119-120.  
 [5] 孙凯莹, 卜寿山, 王峰等. 一次性根管充填治疗隐裂牙伴牙髓炎的疗效[J]. 江苏医药, 2016, 42(22):2505-2506.  
 [6] 董丽华. 不同根管治疗术对老年隐裂牙患者咀嚼能力及生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(1):143-144.  
 [7] 李向阳, 李妞, 刘天英等. 冠修复与根管治疗同步治疗隐裂牙牙髓病的临床效果研究[J]. 中国医药科学, 2016, 6(8):226-228.  
 [8] 周智妍. 热牙胶充填法治疗隐裂牙伴牙髓炎的可行性研究[J]. 中国医药指南, 2018, 16(10):75-76.

(上接第 268 页)

教育,可明显提高患者对于疾病的认知程度,保持较为平稳、积极地心态配合临床治疗,有效提高患者依从性,使之能够按照患者医嘱用药,并养成良好日常生活习惯,积极消除阴道感染的危险因素,使得疾病得到有效控制,而且能够有效防止复发。

[参考文献]

[1] 李敏. 阴道炎健康教育护理[J]. 饮食保健, 2019, 6(36): 150.  
 [2] 陈华. 阴道炎健康教育[J]. 特别健康, 2019, (10): 16.  
 [3] 张宏春. 门诊妇科阴道炎护理健康教育干预观察研究[J]. 大家健康(学术版), 2014, 03(02):274-275.  
 [4] 高文婷. 门诊妇科阴道炎护理中健康教育的应用研究进展

[J]. 现代养生, 2016, (11): 189.  
 [5] 刘泽平. 妇科门诊阴道炎护理健康教育干预效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(57): 17-19.  
 [6] 唐结仪. 妇科阴道炎护理中健康教育的应用[J]. 实用妇科内分泌杂志, 2019, 6(6): 151-152.  
 [7] 房冬梅. 探究健康教育护理干预对妇科阴道炎的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(8): 140-141.  
 [8] 尚晓云. 健康教育用于阴道炎护理中的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(2): 171-172.  
 [9] 张冬梅. 霉菌性阴道炎健康教育干预的效果观察[J]. 黑龙江医学, 2019, 43(5): 511-512.