

• 临床研究 •

肥厚型心肌病伴心房颤动患者临床特点分析

陈琪 王士雯 陈艳明 肖铁卉 张新勇

【摘要】 目的 分析 32 例肥厚型心肌病伴心房颤动患者的临床特点。**方法** 选择 1994—2005 年在解放军总医院心脏中心就诊的肥厚型心肌病患者 158 例,平均随访 (4.2 ± 2.8) 年,按病史、心电图、动态心电图是否记录到心房颤动分为房颤组和非房颤组,观察并比较 2 组患者的临床特点。**结果** (1)肥厚型心肌病伴房颤患者共 32 例,占全部肥厚型心肌病患者的 20.3%,其中阵发性房颤 14 例(43.7%),持续性房颤 18 例(57.3%),无症状性房颤 5 例(15.6%);(2)与非房颤组患者比较,房颤组患者平均年龄偏大(58 ± 10.4 vs 46 ± 12.6)岁($P < 0.01$),左房直径大(42 ± 3.5 vs 34 ± 5.3)mm ($P < 0.01$);(3)房颤组 12 例(心力衰竭 8 例,猝死 4 例)发生心血管事件,非房颤组 9 例(心力衰竭 6 例,猝死 3 例)发生心血管事件。房颤组患者中,房颤引发室颤 1 例(3%),脑栓塞 2 例(6.3%),下肢动脉栓塞 2 例(6.3%)。**结论** (1)20.3%肥厚型心肌病患者伴心房颤动,其中 43.7%为阵发性房颤,57.3%为持续性房颤,15.6%为无症状性房颤;(2)与肥厚型心肌病不伴房颤患者相比,伴房颤患者年龄偏大,心血管事件发生率高。

【关键词】 心肌病,肥大性;心房颤动

Clinical characteristics of hypertrophic cardiomyopathy patients with atrial fibrillation

CHEN Qi, WANG Shiwen, CHEN Yanming, et al

Institute of Geriatric Cardiology, the Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China

【Abstract】 Objective To analyze the clinical characteristics of 32 cases of hypertrophic cardiomyopathy with atrial fibrillation(AF). **Methods** A total of 158 hypertrophic cardiomyopathy cases (1994—2005) followed up for 4.2 ± 2.8 years were collected from this hospital. The patients were divided into 2 groups, one group included patients with AF, and the other group consisted of patients without AF. **Results** (1)Thirty-two cases(20.3%) had atrial fibrillation. Of them, 14 (43.7%) had paroxysmal AF and 5 (15.6%) had AF without related symptom. (2)AF patients were relatively older than those without AF, and had greater diameter of left atrium. (3)Twelve AF patients had cardiovascular events (8 heart failure and 4 sudden death, of which one was caused by atrial fibrillation-induced ventricular fibrillation) and 9 patients without AF had cardiovascular events(6 heart failure and 3 sudden death). Of the patients with AF, 2 had cerebral embolism, and 2 had lower extremity arterial embolism. **Conclusion** (1)Twenty-one percent of the hypertrophic cardiomyopathy patients had atrial fibrillation. Of them, 43.7% had paroxysmal AF and 15.6% had AF without related symptom. (2)The average age of the patients with AF was higher than that of those without AF and the incidence of cardiovascular events was higher in patients with AF than in those without AF.

【Key words】 cardiomyopathy, hypertrophic; atrial fibrillation

肥厚型心肌病(hypertrophic cardiomyopathy, HCM)是一种常染色体显性遗传病,心房颤动是其

最常见的心律失常,约发生于 1/4 的 HCM 患者^[1]。本文选择 1994—2005 年就诊于解放军总医院心脏中心的 158 例 HCM 伴心房颤动患者,对其临床情况加以分析。

1 资料与方法

1.1 资料及分组 选自 1994—2005 年在解放军总

收稿日期:2006-10-09

作者单位:100853 北京市,中国人民解放军总医院老年心血管病研究所

作者简介:陈琪,女,1972 年 12 月生,辽宁抚顺人。在读博士研究生,主治医师。Tel:13811127236

医院确诊的 HCM 患者 158 例,男 103 例,女 55 例;年龄 34~68(51±17.3)岁。伴轻、中度高血压病者 15 例。平均随访时间 (4.2±2.3)年。根据心电图或动态心电图证实结果,按是否合并房颤分为房颤组和非房颤组。房颤组 32 例,非房颤组 126 例。

1.2 肥厚型心肌病诊断标准^[2] 超声心动图:非对称性间隔肥厚,室间隔:左心室游离壁的比值≥1.5 及室间隔厚度≥15mm;或非对称性心尖肥厚,心尖部最大厚度≥15mm。部分患者接受磁共振成像检查确诊。

1.3 方法 心脏超声检查使用 HP2000 和 5000 型彩色多普勒超声仪,探头频率为 2.5Hz,患者取仰卧位及左侧卧位,常规采用左心室长轴、二尖瓣口水平、乳头肌水平、心尖水平短轴和心尖四腔心断面经胸探查、测量并记录。心电图采用日本光电心电图仪,行常规 12 导联记录,并对各导联波形分析。动态心电图采用 Medtronic 公司 DMS Holt Win7.0 进行 24h 记录,并进行综合分析。

2 结 果

2.1 肥厚型心肌病伴房颤患者的一般情况 房颤组患者平均年龄高于非房颤组患者($P<0.01$),房颤组合并轻、中度高血压患者的比例高于非房颤组,房颤组患者左房直径较非房颤组患者大(表 1)。

2.2 肥厚型心肌病伴房颤患者的临床类型 经心电图及 24h 动态心电图证实,158 例 HCM 患者中,房颤患者共 32 例,占 20.3%(表 1),其中阵发性房颤 14 例(43.7%),持续性房颤 18 例(57.3%),无症状性房颤患者 5 例(15.6%)。

2.3 肥厚型心肌病伴房颤患者伴发心血管事件的情况 HCM 伴房颤者中,房颤引发室颤 1 例(3%),脑栓塞 2 例(6.3%),下肢动脉栓塞 2 例

(6.3%);非房颤组患者无上述并发症发生。12 例(37.5%)房颤患者发生心血管事件,包括心力衰竭 8 例,猝死 4 例(1 例因房颤触发室颤);非房颤组患者 9 例发生心血管事件,心力衰竭 6 例,猝死 3 例。房颤组患者发生心血管事件的比例高于非房颤组患者,差异具有显著性($P<0.01$,表 2)。

3 讨 论

HCM 并非少见,其发病率约为 2%^[2]。目前,根据患者的病史、家族史,结合超声心动图或磁共振成像等检查可以排除其他导致心肌肥厚的疾病如高血压病等,而明确诊断。有 20%~25%患者在疾病进展过程中出现心房颤动,心房颤动可能引起各种并发症,如血栓栓塞,诱发恶性室性心律失常致猝死、诱发或加重心衰等,因而积极阻止房颤的发生对防止相关的并发症、阻止病情进展起重要作用。

该研究结果发现,158 例 HCM 患者中伴房颤者 32 例,占 20.3%,房颤组患者较非房颤组患者年龄大($P<0.01$),左房内径增加。Doi 等^[3]的研究表明,老年患者心房压力增加、心房供血不足及心房肌纤维化等原因均能增加房颤的发生率。Yang 等^[4]选择 104 例 HCM 患者,按左房容积指数(left atrial volume index, LAVI)分为 2 组,大容积组 LAVI>34ml/m²,小容积组 LAVI≤34ml/m²,结果表明大容积组患者的心血管事件发生率高,左室肥厚程度重,舒张末期充盈压增加,舒张功能显著降低。最近也有资料表明,左房直径≥42mm 是 HCM 患者心血管事件的独立预测因素^[5]。另外,HCM 的患者常伴有轻、中度高血压,高血压也可加重患者房颤的发生。因而,对于临床伴有高血压和左房显著增大的 HCM 患者,应积极预防房颤及其相关并发症的发生。

表 1 房颤组与非房颤组患者一般情况比较

组别	病例数(例)	年龄(岁)	轻、中度高血压(例)	冠心病(例)	左房内径(mm)	室间隔厚度(mm)
房颤组	32(20.3%)	58±10.4*	5(15.6%)*	9	42±3.5*	24.2±6.1
非房颤组	126(79.7%)	46±12.6	10(7.9%)	38	34±5.3	19.6±4.4

注:与非房颤组比较,* $P<0.01$

表 2 房颤组及非房颤组患者心律失常及心血管事件比较

组别	病例数(例)	脑栓塞	下肢动脉栓塞	心力衰竭	猝死	短阵室速
房颤组	32(20.3%)	2	2	8(25%)*	4(12.5%)*	6(18.8%)
非房颤组	126(79.78)	0	0	6(4.76%)	3(2.4%)	18(14.2%)

注:与非房颤组比较,* $P<0.01$

(下转第 129 页)

表 2 AR 患者加服噻氯匹啉后对血小板聚集功能的影响(n=5)

诱导剂	血小板聚集功能(Ω)	
	阿司匹林	阿司匹林 + 噻氯匹啉
ADP 诱导	11.7±3.1	1.2±0.5*
AA 诱导	12.6±4.3	12.3±5.2

注:与单服阿司匹林比较,*P<0.01

3 讨论

3.1 AR 定义的探讨 阿司匹林通过作用于血小板环氧化酶(COX),使血栓素 A₂(TXA₂)的生成减少,从而起到抑制血小板功能的作用,但它对 ADP 诱导的血小板聚集功能不能起到抑制作用。因此笔者认为将 AR 定义为服用阿司匹林未能有效防止血栓事件的现象是不正确的。AR 的定义应该是:服用足够剂量的阿司匹林后,对 AA 诱导的血小板聚集功能没有显著抑制,或体内 COX-1 的水平与活性没有被显著抑制。

3.2 AR 的可能机制 AR 的确切机制目前尚不清楚。笔者

比较了有和无 AR 的冠心病患者间的临床特征(年龄、性别、吸烟、高血压、糖尿病、血脂、支架植入史、血小板计数、血色素以及同时服用的其他药物等因素),结果并未发现二者之间差异有显著性,提示 AR 现象很可能是由于个体对阿司匹林的反应不同所造成的。另外,该研究发现:不但在冠心病患者中有 AR 现象,在健康正常人群中也存在此现象,而且两组有同样的发生比例(8.3%对 9.0%,P>0.05)。另外,对检出 AR 的冠心病患者,将阿司匹林加量至 300mg/d,对 AA 诱导的血小板聚集功能并没有更显著的抑制,而且有研究发现,应用 1 300mg/d 的阿司匹林仍然有 8%的冠心病患者存在 AR。以上这些均提示 AR 与某些个体的自身特点有关。该研究的样本量较小,AR 的检出率也较低,有待扩大样本进一步研究。

3.2 AR 的对策 对那些存在 AR 的患者,可以联合使用其他类型的抗血小板药物,如血小板 ADP 受体拮抗剂或血小板 GPⅡb/Ⅲa 受体拮抗剂等。该研究结果发现,加服噻氯匹啉只是通过其它途径使血小板功能得到进一步抑制,对血栓事件的预防无疑有一定好处,但并不能防治 AR。

(上接第 118 页)

心房颤动可能引起各种并发症,如血栓栓塞,诱发恶性室性心律失常致猝死,诱发或加重心衰等。该组 32 例房颤患者中,1 例房颤诱发室速、室颤致患者猝死,2 例发生脑栓塞(6.3%),2 例发生下肢动脉栓塞(6.3%),患者均未接受抗凝治疗。房颤时,由于缺乏心房对左室的充盈,患者心室的舒张功能将进一步降低,心衰进行性加重。应积极预防和转复房颤,并进行规范的抗凝治疗。

该组资料表明,房颤患者中有阵发性房颤 14 例(43.7%),无症状性房颤患者 5 例(15.6%),提示一部分患者房颤由阵发性逐渐进展为持续性,可能与左室压力阶差增加,心房内压力逐渐增加及心房纤维化加重等因素有关^[6]。临床上,应重视无症状房颤的存在,全面评估患者的病情。

HCM 伴房颤患者具有一些临床特点,如患者年龄偏大,左房内径增加,部分患者房颤呈无症状性,心血管并发症的发生率高等,掌握这些特点能够提高对房颤高危患者的识别能力并积极进行防治。另外,HCM 伴房颤患者一旦发生房颤相关的并发症则预后较差,积极转复房颤并维持窦性心律、规范的抗凝治疗等措施对于减轻患者症状,延缓 HCM 进展等,具有重要意义。

参考文献

[1] Maron BJ, McKenna WJ, Danielson GK, et al. American College of Cardiology/European Society of Cardiology Clinical Expert Consensus Document on Hypertrophic Cardiomyopathy. A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. Eur Heart J, 2003, 24: 1965-1991.

[2] 肥厚型心肌病诊断与治疗—美国心脏病学会/欧洲心脏病学会、美国心脏病协会专家共识导读. 中华心血管病杂志, 2005, 33: 491-494.

[3] Doi Y, Kitaoka H. Hypertrophic cardiomyopathy in the elderly: significance of atrial fibrillation. J Cardiol, 2001, 37 (Suppl) 1: 133-138.

[4] Yang H, Woo A, Monakier D, et al. Enlarged left atrial volume in hypertrophic cardiomyopathy: a marker for disease severity. Am Soc Echocardiogr, 2005, 18: 1074-1082.

[5] Lee CH, Liu PY, Lin LJ, et al. Clinical features and outcome of patients with apical hypertrophic cardiomyopathy in Taiwan. Cardiology, 2006, 106: 29-35.

[6] Yamaji K, Fujimoto S, Yutani C, et al. Does the progression of myocardial fibrosis lead to atrial fibrillation in patients with hypertrophic cardiomyopathy? Cardiovasc Pathol, 2001, 10: 297-303.