

心衰伴房颤，怎么治疗才有效

◎遂宁市射洪市洋溪中心卫生院 杨小刚

心衰（HF）与房颤（AF）堪称心血管领域“双煞”，常携手作案，让患者苦不堪言。今天我们就来聊聊这俩“难兄难弟”究竟咋回事，日常应如何识别症状，又该怎么有效治疗！

心衰伴房颤：双病合璧，危害升级

心衰，心脏泵血功能下降，导致全身器官供血不足；房颤，心脏电活动紊乱，心跳忽快忽慢、毫无章法。二者常互为因果，形成恶性循环：房颤诱发心衰，心衰又加重房颤，如同“套娃”一般，病情愈发复杂。

病理机制：心衰→房颤，心衰时心脏扩大、压力升高，心肌细胞电生理特性改变，易触发房颤。房颤→心衰，房颤时心房收缩功能丧失，心室充盈不足，心输出量锐减，诱发或加重心衰。

症状识别：火眼金睛，揪出端倪

心衰伴房颤症状多样，需“多管齐下”识别：

1.心衰“三联征”。呼吸困难：活动后气促，严重时端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难（NOD）；乏力：体力下降，爬几层楼就气喘吁吁；水肿：下肢水肿，按压凹陷，严重时全身水肿、胸腔积液。

2.房颤“信号灯”。心悸：心跳忽快忽慢，如“脱缰野马”，患者常描述为“心脏要跳出来”；头晕/晕厥：心率过快或过慢，导致脑供血不足，甚至晕厥；胸闷/胸痛：房颤诱发心绞痛，严重时心肌梗死。

3.合并症状。咳嗽/咳痰：心衰导致肺淤血，出现“心源性哮喘”；

食欲不振/腹胀：肝淤血、胃肠道淤血，影响消化功能。

诊断利器：多管齐下，精准定位

心电图（ECG）：房颤诊断“金标准”，P波消失，代之以不规则f波，RR间期绝对不等。

超声心动图（Echo）：评估心脏结构与功能，发现心房扩大、心室肥厚、瓣膜反流等。

血液检查：BNP/NT-proBNP升高，提示心衰；肌钙蛋白升高，警惕心肌损伤。

动态心电图（Holter）：24小时监测，捕捉阵发性房颤。

心脏磁共振（CMR）：评估心肌组织特征，鉴别心肌病、心肌炎等。

治疗策略：多管齐下，标本兼治

心衰伴房颤治疗需“两手抓”：控制房颤，改善心衰。

1.房颤治疗。节律控制：药物复律，胺碘酮、普罗帕酮等，需警惕副作用。电复律：紧急情况下，电击恢复窦性心律。导管消融：射频消融或冷冻消融，根治房颤，改善预后。心室率控制：β受体阻滞剂、钙通道阻滞剂，减慢心室率，缓解症状。抗凝治疗：华法林、新型口服抗凝药（NOACs），预防血栓栓塞。

2.心衰治疗。利尿剂：呋塞米、托拉塞米，减轻水肿，缓解呼吸困

难。RAAS抑制剂：ACEI/ARB、ARNI，抑制神经内分泌激活，改善心室重构。β受体阻滞剂：美托洛尔、比索洛尔，减慢心率，降低心肌耗氧。MRA：螺内酯，拮抗醛固酮，减少心肌纤维化。SGLT2i：达格列净、恩格列净，新型降糖药，兼具心肾保护作用。

3.器械治疗。ICD：植入式心律转复除颤器，预防猝死。CRT：心脏再同步化治疗，改善心室收缩同步性，提升心功能。LAA封堵：左心耳封堵术，预防房颤相关卒中。

患者管理：细节决定成败

1.生活方式干预。限盐限水：每日食盐<5g，水分摄入量<1.5~2L。规律运动：有氧运动（如快走、游泳），每周≥150分钟。戒烟限酒：烟草、酒精加重心脏负担。体重管理：BMI 18.5~24kg/m²，腰围<90cm（男）/85cm（女）。

2.定期随访。症状监测：记录心率、血压、体重、水肿情况。药物调整：根据病情变化，及时调整药物剂量。心理支持：焦虑、抑郁加重病情，需心理干预。

3.多学科协作。心内科：主导治疗，制定方案。心外科：必要时手术干预（如心脏移植）。康复科：指导运动康复，提升生活质量。营养科：制定个性化饮食计划。

预防胜于治疗：防患于未然

1.高危人群筛查。高血压：血压控制不佳，损伤心脏。糖尿病：高血糖加速动脉粥样硬化。冠心病：心肌缺血导致心功能下降。肥胖：代谢综合征，增加心衰风险。

2.早期干预。控制危险因素：降压、降糖、调脂、戒烟。定期体检：心电图、超声心动图，早发现早治疗。健康教育：普及心衰、房颤知识，提升自我管理能力和自我管理能力。☺