

# 非傳染病直擊

二零一六年 八月



## 心房顫動

### 要點

- ※ 心房顫動是常見的心律不正疾病（心跳的頻率或節奏出現問題）。部分心房顫動患者可能不會出現任何症狀，亦有患者出現心悸、心翳或暈眩，少數會突然出現嚴重的氣促。在二零一零年，全球估計有 3 350 萬名心房顫動患者，而每年新個案有 470 萬宗。
- ※ 中年人當中，超過一半新出現的心房顫動個案，可歸因於一個或更多的心血管風險因素，包括血壓上升、過重及肥胖、糖尿病、吸煙和有心臟病史。
- ※ 心房顫動是重要的慢性疾病和致死原因。例如，心房顫動患者出現中風的風險是非患者的 5 倍，死於心臟衰竭的風險亦是非患者的 3 倍。
- ※ 在香港，研究顯示約 7% 在社區居住年齡為 65 歲及以上的長者有心房顫動。在二零一四年，心房顫動的住院病人出院次數及住院病人死亡人數為 8 852 人次，接近四分之三（74.3%）是年齡為 65 歲及以上的長者。
- ※ 雖然患上心房顫動的風險隨着年齡而增加，但市民可透過奉行健康的生活模式降低患病風險及接受合適的治療控制病情。這包括健康心臟飲食、經常進行體能活動、保持健康的體重和腰圍及不吸煙。
- ※ 不要飲酒。對於酒精可以強心的說法仍然存在爭議。加上酒精是致癌物，不應考慮以酒來護心。保護心臟，有其他更好、更安全和更有效的方法。
- ※ 心房顫動的患者應按照治療計劃，根據處方服用藥物，並定期到醫生覆診。

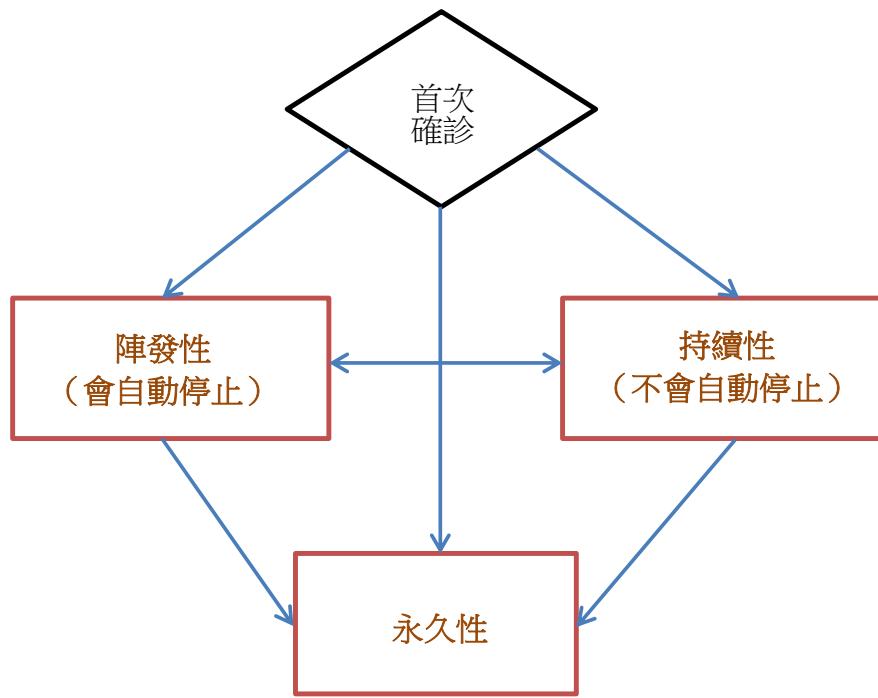
## 心房顫動

心房顫動是常見的心律不正疾病（心跳的頻率或節奏出現問題）。出現心房顫動時，電子脈衝令心臟上半部的兩個腔室（心房）快速及不規則地收縮，使血液未能完全地泵至心臟下半部的兩個腔室（心室），而在心房內積聚。心房顫動會降低心臟泵血的效率，增加血塊在心臟內形成的風險，可導致心臟衰竭及中風等併發症危及生命<sup>1</sup>。部分心房顫動患者可能不會出現任何症狀，亦有患者出現心悸、心翳或暈眩，少數會突然出現嚴重的氣促<sup>1,2</sup>。

根據心律不正的持續時間及狀況，心房顫動可概括分為三大種類：陣發性、持續性及永久性（圖一）。陣發性心房顫動持續的時間不超過

七天，一般在二十四小時之內。持續性心房顫動則持續超過七天，往往會導致永久性心房顫動，後者即使進行治療，亦不能回復正常心跳<sup>2</sup>。經過一段時間後，陣發性及持續性心房顫動均可發展成永久性心房顫動，一年內的病情惡化率由約 9%（由陣發性至永久性）至 30%（由持續性至永久性）不等<sup>3-5</sup>。一項國際調查訪問了 9 816 名在過去 12 個月內出現至少一次心房顫動的患者，結果顯示永久性心房顫動佔整體患者約一半（49.6%），其次是陣發性心房顫動（26.5%）及持續性心房顫動（23.8%）<sup>6</sup>。

圖一：心房顫動的模式<sup>2</sup>



## 心房顫動的全球流行病學

### 疾病負擔

一項系統性回顧分析了在一九九零至二零一零年期間發表及在二十一個全球疾病負擔區域進行以人口為基礎的研究，結果顯示心房顫動的全球發病率、普遍率及整體負擔均逐步上升（表一）<sup>7</sup>。導致全球的心房顫動負擔有所增長的因素包括：全球人口漸趨老化、與此疾病息息相關的風險因素更為普遍（例如肥胖及高血壓）、醫學科技的發展令心房顫動更易被發現，以及有心房顫動傾向的冠狀動脈疾病及心臟衰竭患者的存活率得以改善<sup>8, 9</sup>。在二零一零年，全球估計有 3 350 萬名心房顫動患者

（2 090 萬名為男性；1 260 萬名為女性）。每年的新個案估計為 470 萬宗（270 萬名為男性；200 萬名為女性）<sup>7</sup>。

在西方國家，心房顫動是醫療費用的重要開支。在美國，每名患者的每年直接成本估計為 10,100 至 14,200 美元，而西歐則為 450 至 3,000 歐元。包括間接成本在內，成本會增加 20%。報告顯示，住院服務及治療程序佔大部分的成本，佔平均總成本的 50% 至 70%。由於人口老化，預計未來心房顫動的患病成本亦會上升<sup>10</sup>。

表一：一九九零年和二零一零年估計的心房顫動全球負擔

		1990	2010	變化
<b>按年齡調整發病率（每十萬人年）</b>				
男：	所有年齡	60.7	77.5	↑ 27.7%
	年齡≥35歲	141.0	181.2	↑ 28.5%
女：	所有年齡	43.8	59.5	↑ 35.8%
	年齡≥35歲	102.0	139.7	↑ 37.0%
<b>按年齡調整普遍率（每十萬名人口）</b>				
男：	所有年齡	569.5	596.2	↑ 4.7%
	年齡≥35歲	1 307.4	1 368.5	↑ 4.7%
女：	所有年齡	359.9	373.1	↑ 3.7%
	年齡≥35歲	826.5	856.8	↑ 3.7%
<b>按年齡調整死亡率（每十萬名人口）</b>				
男：	所有年齡	0.8	1.6	↑ 100.0%
	年齡≥35歲	1.9	3.8	↑ 100.0%
女：	所有年齡	0.9	1.7	↑ 88.9%
	年齡≥35歲	2.2	4.2	↑ 90.9%
<b>按年齡調整傷殘調整壽命年（每十萬名人口）</b>				
男：	所有年齡	54.3	64.5	↑ 18.8%
	年齡≥35歲	125.2	149.3	↑ 19.2%
女：	所有年齡	38.6	45.9	↑ 18.9%
	年齡≥35歲	89.3	106.8	↑ 19.6%

## 主要風險因素

研究結果顯示一些人口風險因素（例如年齡增長、男性、有家族史及白種人）、心血管疾病（包括高血壓、冠心病、心瓣疾病和充血性心臟衰竭）、其他健康問題（例如慢性腎病、

甲狀腺功能亢進症、糖尿病、慢性阻塞性肺病和睡眠呼吸障礙）、超重，以及某些健康相關行為（例如吸煙及飲酒）均與心房顫動有關（方格一）<sup>11, 12</sup>。

### 方格一：心房顫動的主要風險因素

**年齡增長** — 任何人士都可以患上心房顫動，但患病風險會隨著年齡增加。每增長十歲，患上心房顫動的風險便會增加一倍<sup>13</sup>。例如，相比年齡介乎 65 至 69 歲及年齡介乎 55 至 59 歲的男性，年齡介乎 75 至 79 歲的男性患上心房顫動的比率分別為兩倍及大於 5 倍<sup>7</sup>。

**性別** — 男性患上心房顫動的風險較女性高出 50%<sup>13</sup>。

**心房顫動的家族史** — 心房顫動，尤其是早期發病的，有一定的家族遺傳傾向。與父母沒有心房顫動病歷的人相比，父母至少一方有此病歷的人出現心房顫動的風險會增加 85%<sup>14</sup>。

**種族** — 與其他種族如黑人和亞洲人相比，白種人較常見患上心房顫動<sup>11, 15</sup>。例如，美國發現白種人在 50 歲時出現心房顫動的風險比非白種人增加 32%<sup>15</sup>。

**心血管疾病**，如高血壓、冠心病、心瓣疾病和充血性心臟衰竭 — 例如，美國弗雷明漢心臟研究發現，患有充血性心臟衰竭、心瓣疾病和高血壓的男性出現心房顫動的風險分別是男性非患者的 4.5 倍、1.8 倍和 1.5 倍。女性方面，相關風險則是 5.9 倍、3.4 倍和 1.4 倍<sup>13</sup>。

**慢性腎病** — 美國社區動脈粥狀硬化風險研究（ARIC）發現，心房顫動的發病風險會隨着腎功能惡化（基於估計的腎小球濾過率或蛋白尿水平）而增加<sup>16</sup>。美國另一項以人口為基礎的隊列研究亦發現，患有慢性腎病的患者出現心房顫動的風險約是非慢性腎病患者的 1.5 至 2.9 倍，風險視乎本身慢性腎病的嚴重程度（或階段）而定<sup>17</sup>。

**甲狀腺功能亢進症** — 丹麥一項以人口為基礎的普通科病人隊列研究發現，與甲狀腺功能正常的人相比，患有亞臨床甲狀腺功能亢進症和顯性甲狀腺功能亢進症的病人出現心房顫動的風險分別增加 31% 和 42%<sup>18</sup>。

**糖尿病** — 一項以隊列及病例對照研究的綜合分析發現，糖尿病患者比非患者出現心房顫動的風險增加 39%<sup>19</sup>。

## 方格一：心房顫動的主要風險因素（續）

**肺部疾病**，如慢性阻塞性肺病<sup>20, 21</sup> — 瑞典馬爾默預防計劃報告指出，男性第一秒用力呼出量 (FEV<sub>1</sub>) 和用力呼出肺活量 (FVC) 每下降一公升會分別使心房顫動的風險增加 20% 和 8%。就女性而言，相關風險則增加 39% 和 20%<sup>20</sup>。

**睡眠呼吸障礙**，例如在睡眠中的出現窒息可能會誘發陣發性心房顫動<sup>11</sup> — 美國睡眠及心臟健康研究報告指出，患有睡眠呼吸障礙的病人出現心房顫動的風險是沒有睡眠呼吸障礙人士的 4 倍<sup>22</sup>。

**過重及肥胖** — 過重（體重指標介乎 25.0 至 30.0 以下）及肥胖（體重指標 30 或以上）的男性出現心房顫動的風險分別比正常體重的男性增加 40% 和 71%。在女性中，過重及肥胖的相關風險則增加 44% 和 101%<sup>23</sup>。

**吸煙** — ARIC研究指出，吸煙人士出現心房顫動的風險是從不吸煙者的兩倍。已戒煙人士和曾經吸煙人士的相關風險則分別增加 32% 和 58%<sup>24</sup>。

**飲酒** — 與不飲酒人士相比，每日飲一杯（12克酒精）、兩杯、三杯、四杯和五杯的飲酒人士出現心房顫動的風險分別增加 8%、17%、26%、36% 和 47%。這些結果顯示即使飲中等分量的酒亦會增加患上心房顫動的風險<sup>25</sup>。

## 對健康的影響

心房顫動是重要的慢性疾病和致死原因。心房顫動會損害心臟功能和增加中風風險。美國一項大型隊列研究報告指出，在不受冠心病風險因素和潛在混雜因素的影響下，心房顫動患者出現心肌梗塞（心臟病發）的風險會比非患者增加 70%<sup>26</sup>。心臟衰竭會增加出現心房顫動的風險，而心房顫動亦會加重心臟衰竭症<sup>2</sup>。相比沒有患上心房顫動的人士，心房顫動患者出現和死於心臟衰竭的風險分別為 11 倍和 3 倍，而中風的風險亦高達 5 倍<sup>27, 28</sup>。認知功能障礙，包括血管性認知障礙症，都可能與心房顫動有關。

一項針對八個前瞻性觀察研究的綜合分析發現，心房顫動患者出現認知障礙症的風險增加了 42%<sup>29</sup>。

總體而言，一項有關三十個隊列研究的系統性回顧及綜合分析發現，患有心房顫動的女性和男性的全因死亡風險分別比女性和男性非患者增加 69% 和 47%。與男性患者相比，心房顫動女性患者的全因死亡風險高 12%<sup>30</sup>。

## 本港情況

心房顫動是香港常見的心律不正疾病，尤其是沒有病徵的長者。在二零一三／一四年度進行的一項心房顫動篩查計劃，使用了手提心電圖設備，為 1 581 名在社區居住年齡為 65 歲及以上的長者進行檢查，發現 7% 的長者患有心房顫動<sup>31</sup>。

如表二所示，心房顫動的住院病人出院及死亡整體粗率由二零零七年每十萬名人口的 93.8 人次，上升至二零一四年每十萬名人口的 122.2 人次。在二零一四年，心房顫動的住院病人出院次數及住院病人死亡人數為 8 852 人次，接近四分之三（74.3%）是年齡為 65 歲及以上的長者<sup>32</sup>。

## 預防及控制心房顫動

雖然患上心房顫動的風險隨着年齡而增加，但市民可透過奉行健康的生活模式降低患病風險及接受合適的治療控制病情<sup>33</sup>。美國 ARIC 研究顯示高達 56.5% 的新發心房顫動的中年病例可歸因於一個或更多的心血管風險因素，包括血壓上升、過重及肥胖、糖尿病、吸煙和有心臟病史<sup>34</sup>。另一方面，一項瑞典前瞻性研究顯示，綜合四個健康生活模式因素（即維持適中體重、恆常運動、不飲酒或低飲酒量及不吸煙）與降低心房顫動風險一半有關<sup>35</sup>。

表二：二零零七年和二零一四年按性別劃分，心房顫動在公立和私家醫院的住院病人出院及死亡情況

	2007	2014	變化
<b>男性</b>			
人次	2 947	4 189	↑ 42.1%
粗率*	89.7	125.2	↑ 39.6%
<b>女性</b>			
人次	3 541	4 663	↑ 31.7%
粗率*	97.5	119.7	↑ 22.8%
<b>整體</b>			
人次	6 488	8 852	↑ 36.4%
粗率*	93.8	122.2	↑ 30.3%

註：\*以該性別每十萬名人口計算。

資料來源：醫院管理局、衛生署和政府統計處。

要減少心房顫動的疾病負擔，透過第一級預防策略減少心血管風險因素至為重要，這包括：

- **健康心臟飲食**，要低飽和脂肪及低反式脂肪低鹽和低糖，以及包含豐富的水果、蔬菜和全穀物類；
- **經常進行體能活動**；
- **維持健康的體重及腰圍**。就香港的華裔成年人而言，體重指標應介乎 18.5 至 22.9 公斤／米<sup>2</sup>，而男性的腰圍應少於 90 厘米（約 36 吋），女性應少於 80 厘米（約 32 吋）；
- **不吸煙**；
- **不要飲酒**。請注意，對於酒精可以強心的說法仍然存在爭議。加上酒精是致癌物，不應考慮以酒來護心。保護心臟，有其他更好、更安全和更有效的方法。

心房顫動的治療方法因人而異，會就心房顫動的種類、臨床表現、患者的健康狀況和風險而有所不同。兩個重要的治療目標包括（1）控制心跳或心律和（2）預防血栓栓塞如中風<sup>2</sup>。除了奉行心臟健康的生活模式外，患者應按照治療計劃，根據處方服用藥物，並定期到醫生覆診。

公眾可於衛生署基層醫療統籌處建立的「基層醫療指南」（[www.familydoctor.gov.hk](http://www.familydoctor.gov.hk)）尋找合適的家庭醫生。



「基層醫療指南」的流動應用程式可以通過掃描以下二維條碼在蘋果 App Store 和 Google Play Store 下載。



（蘋果 App Store）



（Google Play Store）

## 參考資料

1. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Atrial fibrillation. *JAMA* 2010; 303(4):380.
2. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2011; 123(10):e269-367.
3. De Vos CB, Breithardt G, Camm AJ, et al. Progression of atrial fibrillation in the registry on cardiac rhythm disorders assessing the control of atrial fibrillation cohort: clinical correlates and the effect of rhythm-control therapy. *Am Heart J* 2012; 163(5):887-93.
4. Kerr CR, Humphries KH, Talajic M, et al. Progression to chronic atrial fibrillation after the initial diagnosis of paroxysmal atrial fibrillation: results from the Canadian Registry of Atrial Fibrillation. *Am Heart J* 2005; 149(3):489-96.
5. Nieuwlaat R, Prins MH, Le Heuzey JY, et al. Prognosis, disease progression, and treatment of atrial fibrillation patients during 1 year: follow-up of the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2008; 29(9):1181-9.
6. Chiang CE, Naditch-Brule L, Murin J, et al. Distribution and risk profile of paroxysmal, persistent, and permanent atrial fibrillation in routine clinical practice: insight from the real-life global survey evaluating patients with atrial fibrillation international registry. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2012; 5(4):632-9.
7. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation* 2013; 129(8):837-47.
8. Alonso A, Bengtson LG. A rising tide: the global epidemic of atrial fibrillation. *Circulation* 2014; 129(8):829-30.
9. Chugh SS, Roth GA, Gillum RF, Mensah GA. Global burden of atrial fibrillation in developed and developing nations. *Glob Heart* 2014; 9(1):113-9.
10. Wolowacz SE, Samuel M, Brennan VK, et al. The cost of illness of atrial fibrillation: a systematic review of the recent literature. *Europace* 2011; 13(10):1375-85.
11. Estes NA, 3rd, Sacco RL, Al-Khatib SM, et al. American Heart Association atrial fibrillation research summit: a conference report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 124 (3):363-72.
12. Sanoski CA. Clinical, economic, and quality of life impact of atrial fibrillation. *J Manag Care Pharm* 2009; 15(6 Suppl B):S4-9.
13. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, et al. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA* 1994; 271(11):840-4.
14. Fox CS, Parise H, D'Agostino RB, Sr., et al. Parental atrial fibrillation as a risk factor for atrial fibrillation in offspring. *JAMA* 2004; 291(23):2851-5.
15. Dewland TA, Olglin JE, Vittinghoff E, Marcus GM. Incident atrial fibrillation among Asians, Hispanics, blacks, and whites. *Circulation* 2013; 128(23):2470-7.
16. Alonso A, Lopez FL, Matsushita K, et al. Chronic kidney disease is associated with the incidence of atrial fibrillation: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation* 2011; 123 (25):2946-53.
17. Baber U, Howard VJ, Halperin JL, et al. Association of chronic kidney disease with atrial fibrillation among adults in the United States: REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2011; 4(1):26-32.
18. Selmer C, Olesen JB, Hansen ML, et al. The spectrum of thyroid disease and risk of new onset atrial fibrillation: a large population cohort study. *BMJ* 2012; 345:e7895.
19. Huxley RR, Filion KB, Konety S, Alonso A. Meta-analysis of cohort and case-control studies of type 2 diabetes mellitus and risk of atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 2011; 108(1):56-62.
20. Johnson LS, Juhlin T, Engstrom G, Nilsson PM. Reduced forced expiratory volume is associated with increased incidence of atrial fibrillation: the Malmo Preventive Project. *Europace* 2014; 16 (2):182-8.
21. Li J, Agarwal SK, Alonso A, et al. Airflow obstruction, lung function, and incidence of atrial fibrillation: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation* 2014; 129(9): 971-80.
22. Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E, et al. Association of nocturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing: The Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173(8):910-6.
23. Wanahita N, Messerli FH, Bangalore S, et al. Atrial fibrillation and obesity--results of a meta-analysis. *Am Heart J* 2008; 155(2):310-5.
24. Chamberlain AM, Agarwal SK, Folsom AR, et al. Smoking and incidence of atrial fibrillation: results from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Heart Rhythm* 2011; 8(8):1160-6.
25. Larsson SC, Drca N, Wolk A. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a prospective study and dose-response meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64(3):281-9.
26. Soliman EZ, Safford MM, Muntner P, et al. Atrial fibrillation and the risk of myocardial infarction. *JAMA Intern Med* 2014; 174 (1):107-14.
27. McManus DD, Rienstra M, Benjamin EJ. An update on the prognosis of patients with atrial fibrillation. *Circulation* 2012; 126 (10):e143-6.
28. Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clin Epidemiol* 2014; 6:213-20.
29. Santangeli P, Di Biase L, Bai R, et al. Atrial fibrillation and the risk of incident dementia: a meta-analysis. *Heart Rhythm* 2012; 9 (11):1761-8.
30. Emdin CA, Wong CX, Hsiao AJ, et al. Atrial fibrillation as risk factor for cardiovascular disease and death in women compared with men: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2016; 352:h7013 doi:10.1136/bmj.h7013.
31. 香港特別行政區：香港中文大學醫學院。新聞稿（二零一五年一月二十七日）：中大提倡結合房顫篩查及藥物教育助長者減低中風風險。
32. 香港特別行政區：醫院管理局、衛生署和政府統計處。二零零七年和二零一四年住院病人統計數字。
33. Menezes AR, Lavie CJ, De Schutter A, et al. Lifestyle modification in the prevention and treatment of atrial fibrillation. *Prog Cardiovasc Dis* 2015; 58(2):117-25.
34. Huxley RR, Lopez FL, Folsom AR, et al. Absolute and attributable risks of atrial fibrillation in relation to optimal and borderline risk factors: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation* 2012; 123(14):1501-8.
35. Larsson SC, Drca N, Jensen-Urstad M, Wolk A. Combined impact of healthy lifestyle factors on risk of atrial fibrillation: Prospective study in men and women. *Int J Cardiol* 2016; 203:46-9.

# 世界中風關注日2016

面對現實：  
中風是可醫治的  
生活可因此而改善  
多關注 早治理 快行動

世界中風關注日定於十月二十九日，是由世界中風組織（World Stroke Organization）於二零零六年設立，目的是要強調中風的嚴重性和普及情況、提升預防及治療中風的意識，和確保中風人士得到更好的照顧和支持。

雖然中風是一個複雜的醫學問題，但也有方法可大大降低其影響。因此，二零一六年世界中風關注日的主題定為「**面對現實：中風是可醫治**」，並以「**生活可因多關注、早治理，和快行動而改善**」作為口號。

要知道更多有關世界中風關注日2016及相關運動的最新消息，請瀏覽  
<http://worldstrokecampaign.org> 或臉書專頁 <https://www.facebook.com/worldstrokecampaign>。

非傳染病直擊旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。編輯委員會歡迎各界人士的意見。

如有任何意見或疑問，請聯絡我們，電郵so\_dp3@dh.gov.hk。

主編  
程卓端醫生

委員

鍾偉雄醫生	李兆妍醫生
范婉雯醫生	李元浩先生
馮宇琪醫生	吳國保醫生
何琬琪女士	尹慧珍博士
何家慧醫生	王曼霞醫生
李嘉瑩醫生	黃詩瑤醫生