

我国首部房颤诊疗指南发布

更新卒中风险评估系统,强调节律控制价值

▲首都医科大学附属北京安贞医院 马长生 高明阳



马长生 教授

日前,由中华医学会心血管病学分会、中国生物医学工程学会心律分会牵头制定的《心房颤动诊断和治疗中国指南》正式发布。

众所周知,房颤是最常见的持续性心律失常,严重影响患者生活质量,显著增加死亡、卒中、心衰和痴呆风险。制定指南的初衷就是为了推动基于证据的房颤规范化疾病管理,改善房颤患者的生活质量与疾病预后,提高房颤疾病管理的成本效益。该指南包含房颤的流行病学及危害、临床评估、卒中预防、节律控制、心室率控制、急诊处理、综合管理七大方面。《医师报》特邀指南通讯作者、首都医科大学附属北京安贞医院马长生教授对指南亮点进行解读。

扫一扫
关联阅读全文

1 更新房颤分类方式

既往多将房颤分类为首诊房颤、阵发性房颤、持续性房颤、长程持续性房颤与永久性房颤。随着房颤节律控制手段的进步,永久性房颤这一名词及其定义已落后于目前的管理理念与临床实践。指南将房颤分类为阵发性房颤、持续性房颤、持久性房颤、永久性房颤四种类型,并将新提出的“永久性房颤”定义为:转

复并维持窦性心律可能性小,房颤持续10~20年以上,心电图显示近乎直线的极细小f波;或心脏磁共振成像显示左心房纤维化面积占左心房面积的30%以上。该标准根据客观指标反映的房颤节律控制难度进行定义,摒弃了既往医生与患者决定放弃节律控制策略这一主观标准,对临床实践提出了更为明确的指导。

2 重新评价房颤筛查

指南重新评价了房颤筛查的价值,对于一般人群,推荐年龄 ≥ 65 岁人群在就医时,可考虑通过脉搏触诊或心电图进行房颤的机会性筛查(II b, A),而对于年龄 ≥ 70 岁人群,可考虑通过定期或连续心电监测进行房

颤的系统性筛查(II b, A)。推荐未诊断房颤的急性缺血性卒中或短暂性脑缺血发作(TIA)患者可考虑在1年内完成每3个月1次,每次至少7d,累计超过28d的心电监测以进行房颤筛查(II b, C)。

3 首提CHA₂DS₂-VASc-60评分 细化抗凝治疗决策

亚洲房颤患者具有卒中与栓塞事件风险较高的特点。指南在目前应用最广泛的CHA₂DS₂-VASc评分的基础上调整了年龄这一因素的赋分阈值,提出了CHA₂DS₂-VASc-60评分(图1),即年龄60~64岁的亚洲房颤患者积1分,年龄 ≥ 65 岁的亚洲房颤患者积2分。

指南推荐使用CHA₂DS₂-VASc-60评分评估患者的血栓栓塞风险,并推荐CHA₂DS₂-VASc-60评分 ≥ 2 分的男性或 ≥ 3 分的女性患者应使用口服抗凝药物(OAC; I, B),CHA₂DS₂-VASc-60评分为1分的男性或2分的女性患者,在结合临床净获益和患者的意愿后应考虑使用OAC(II a, B)。

根据这一评分系统,我国具有抗凝治疗指征的房颤患者群体将进一步扩大,随着非维生素K拮抗剂口服抗凝药(NOAC)的广泛应用,可安全地降低房颤患者的血栓栓塞风险,改善患者预后。

在抗凝药物选择上,除合并二尖瓣中重度狭窄或机械瓣膜置换术后,以及部分终末期肾功能不全的患者,均推荐使用NOAC优于华法林。

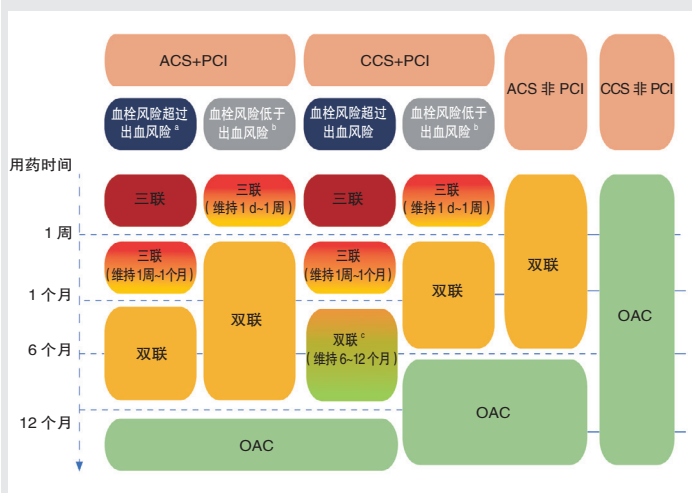
此外,指南还针对合并特殊疾病及特殊情况下的抗凝策略进行了详尽的阐述。对于合并冠心病的房颤患者抗栓方案,指南结合国内外最新研究成果、指南、共识,以及征询冠心病领域相关专家意见后,制定了合并冠心病的房颤患者抗栓方案(图2)。

对于房颤围复律期的抗凝策略,指南推荐房颤发作持续时间 ≥ 48 h的患者,复律前有效抗凝至少3周或行经食管超声排除血栓。而房颤持续时间 <12 h,但近期发生卒中/TIA的患者,或房颤持续时间12~48h且血栓栓塞中高危(CHA₂DS₂-VASc-60评分男性 ≥ 2 或女性 ≥ 3 分)的患者,复律前也应有效抗凝治疗至少3周或行经食管超声检查排除心房血栓(II a, C)。

对于导管消融术前的血栓筛查策略,由于有研究显示,即使在充分抗凝的前提下,仍有2.73%的患者可通过经食管超声发现心房血栓,故指南将术前血栓筛查的推荐级别由ESC指南的II a类推荐提升为I类推荐,并且随着心腔内超声(ICE)技术的广泛应用,推荐术中使用ICE进行血栓筛查作为术前经食管超声筛查的替代手段(II a, C)。

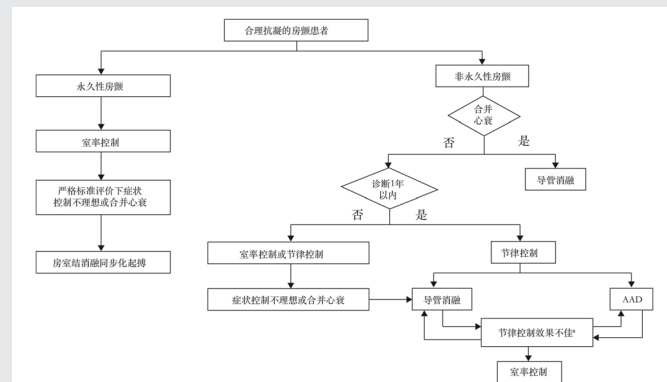
项目	危险因素	说明	分值
C	充血性心衰	包括HFrEF、HFmrEF、HFpEF及左心室收缩功能障碍(LVEF $<40\%$)	1
H	高血压	高血压病史,或目前血压 $\geq 140/90$ mmHg	1
A ₂	年龄 ≥ 65 岁	亚洲房颤患者 ≥ 65 岁	2
D	糖尿病	包括1型和2型糖尿病,病程越长,卒中风险越高	1
S ₂	卒中	既往卒中、短暂性脑缺血发作或体循环栓塞;包括缺血性和出血性卒中	2
V	血管疾病	包括影像证实的冠心病或心肌梗死病史、外周动脉疾病(外周动脉狭窄 $\geq 50\%$ 或行血运重建)、主动脉斑块	1
A	年龄60~64岁	亚洲房颤患者60~64岁	1
Sc	性别(女性)	卒中风险的修正因素,但不是独立危险因素	1

注:HFrEF为射血分数降低的心衰,HFmrEF为射血分数轻度降低的心衰,HFpEF为射血分数保留的心衰,LVEF为左心室射血分数;1 mmHg=0.133 kPa

图1 CHA₂DS₂-VASc-60评分

注:ACS为急性冠脉综合征,PCI为经皮冠脉介入治疗,CCS为慢性冠脉综合征,OAC为口服抗凝药;^a存在血栓危险因素而出血风险低,或虽出血风险高(HAS-BLED ≥ 3 分)但发生支架内血栓可能产生严重后果;^b无并发症的PCI且支架内血栓风险低,或存在血栓危险因素但出血风险高(HAS-BLED ≥ 3 分);^c发生支架内血栓可能产生严重后果的双联抗栓至12个月;三联抗栓方案指OAC联合阿司匹林和一种P2Y₁₂受体拮抗剂(优选氯吡格雷);双联抗栓方案为OAC联合一种P2Y₁₂受体拮抗剂(优选氯吡格雷)

图2 房颤合并冠心病的抗栓治疗



注:AAD为抗心律失常药物;“选择导管消融的患者如节律控制效果不理想,可选择AAD治疗;选择AAD治疗的患者如节律控制效果不理想,可选择行导管消融;如两种节律控制治疗策略在合理、充分应用的情况下仍不能取得理想的治疗效果(如房颤相关症状改善不理想、房颤复发风险高等),则可选择室率控制策略

图3 房颤患者心室率控制及节律控制策略流程

■ 总结

作为我国在房颤领域首次制定的指南性质文件,此次指南充分、及时地反映了房颤领域的最新研究结果,提出了新的CHA₂DS₂-VASc-60评分,强调了节律控制在房颤管理中的重要地位,内容详实,理念先进,对于我国房颤管理临床实践的规范化与质量提升具有重要意义。