



《ESC 2024 房颤管理指南》解读 首次提出“AF-CARE”综合管理策略

▲ 首都医科大学附属北京安贞医院心脏内科中心主任 马长生



扫一扫
关联阅读全文

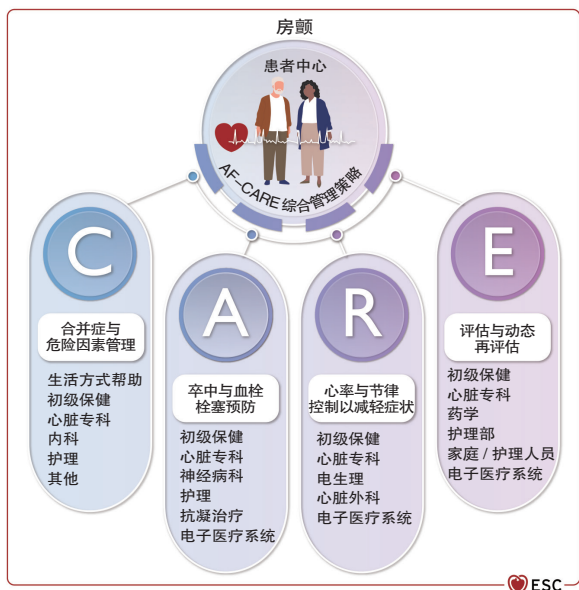
8月30日至9月2日，欧洲心脏病学会年会（ESC 2024）在英国伦敦召开，年会上发布了四部指南。本文对《ESC 2024 房颤管理指南》的更新亮点进行了系统解读，亮点包括：首次提出了“AF-CARE”的综合管理策略，强调对心衰、糖尿病等的管理。



马长生 教授

“AF-CARE”强调医患共同决策

新指南基于目前的循证医学证据，首次提出了“AF-CARE”的综合管理策略，主要包括：合并症与危险因素管理（C）、卒中与血栓栓塞预防（A）、心率与节律控制以减轻症状（R）、评估与动态再评估（E）。该管理策略强调以患者为中心，医患共同决策，做好患者教育及管理个性化，涉及初级保健、心脏专科、神经病学等多学科在内的管理模式。该模式在实际医疗环境中是否可以提升医疗服务的公平性并改善患者预后需进一步验证。



有效管理合并症及危险因素

新指南就高血压、糖尿病、心衰、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征（OSA）以及超重/肥胖、饮酒等合并症或危险因素管理进行了更新。对于合并心衰的房颤患者，新指南推荐应用利尿剂改善患者循环淤血相关的

症状，应用钠葡萄糖共转运体2抑制剂改善患者预后。对于合并糖尿病的房颤患者，基于有效血糖控制的综合管理能助于减少房颤负荷及复发风险和疾病进展风险。新指南提出 OSA 的管

理应作为房颤综合管理的一环，以减少房颤复发与进展风险。新指南建议房颤患者每周酒精摄入量<30g，并明确了超重及肥胖患者≥10%的减重目标，这需要可持续及可普及的减重方法。

预防卒中及血栓栓塞

对于房颤患者的卒中风险评估，新指南去掉了既往使用的CHA₂DS₂-VASc评分中女性（Sc）占比的1分，正式推荐CHA₂DS₂-VA评分用于指导房颤抗凝。对于CHA₂DS₂-VA评分≥2分的患者推荐启动抗凝治疗，1分的可考虑抗凝。对于合并肥厚型心肌病或心脏淀粉样变病的房颤患者，不管CHA₂DS₂-VA评分，均应启动抗凝治疗。直接口服抗凝药（DOAC）仍作为非瓣膜性房颤抗凝药物的首选。而对于设备检测出的无症状亚临床房颤患者，若存在血栓栓塞风险且无高出血风险，可考虑应用DOAC预防卒中及血栓栓塞事件，但是具体哪些患者尚不明确。对于房颤导管消融，

目前指南推荐围术期无需停用抗凝药物，并且消融术后应至少抗凝2个月。对于消融术后的长期抗凝策略，指南推荐根据患者CHA₂DS₂-VA评分制定抗凝方案，而不是根据患者消融手术成功与否，然而该推荐的循证证据并不充足（I，C）。此外，对于低-中血栓栓塞风险患者（CHA₂DS₂-VA评分为0或1）以及特殊人群的抗凝治疗策略证据不足。对于颅内出血的房颤患者，何时重启抗凝治疗同样缺乏证据。在最新指南中，推荐接受心脏手术的房颤患者进行外科手术左心耳封堵（LAAO）作为口服抗凝治疗的辅助手段（I，B），以预防缺血性卒中和血栓栓塞，经皮LAAO的证据等级较前有所下降（II b，C）。由于目前DOAC在血栓栓塞和出血事件方面

的良好表现，LAAO的治疗效果需要更多RCT进一步评估。左心耳封堵的最佳位置及封堵后抗栓治疗管理策略同样缺乏高质量的研究证据。在房颤患者出血风险评估方面，既往指南建议使用HAS-BLED评分评估并纠正可改变的出血危险因素（II a，B），识别出血高危患者（HAS-BLED评分≥3），以便进行早期和更频繁的临床回顾和随访。然而目前新的指南考虑到出血评分不够准确，并且不使用抗凝治疗会带来潜在危害，不再推荐使用HAS-BLED等特定评分指导抗凝治疗（III，B），而是建议评估可纠正的出血危险因素（如血压、酒精摄入、抗血小板药物和口服抗凝药的依从性、药物相互作用等）后决定抗凝决策。

室率与节律控制以减轻症状

作为房颤急性发作状态下的初始治疗，可单独采取室率控制或结合节律控制，控制心率并缓解症状。β受体阻滞剂、地尔硫革、维拉帕米或地高辛可作为射血分数>40%的房颤患者的首选药物。对于发作时间在48h内且无血流动力学障碍的房颤患者，新指南提出“wait-and-see”策略，建议可先观察能否

自发转复而非即刻进行电复律。导管消融目前作为房颤患者主要且有效的节律控制手段，新指南中对其适应证同样进行了更新。☆对于阵发性房颤，抗心律失常药物治疗无效或不能耐受的房颤，以及心动过速心肌病高度可疑的房颤合并心衰的患者，导管消融术作为I类推荐。☆对于曾因心衰住院

至少1次且症状明显的永久性房颤患者，可考虑房室结消融联合心脏再同步化治疗以改善症状，减少心衰再住院与死亡风险。☆对于房颤相关的心动过缓或房颤复律时出现长间歇的患者，可考虑导管消融以改善症状并避免置入起搏器。☆对于首次消融后症状得到改善的患者，房颤复发后可再次消融以减少再复发及房颤进展风险。

评估与定期复查

相比于上版指南的“CC TO ABC”策略，新指南提高了对房颤患者动态随访的重视程度，建议当房颤发作或因其他原因住院时，重新评估病情变化。同时，在房颤症状出现后半年时，以及往后每年应该进行至少1次复

查，或者根据病情变化及时复查。复查内容包括实验室检查、心脏影像学检查、心电图、动态心电图以及其他必要的影像学检查。在复查过程中应重点关注以下五项内容：☆评估现有的以及新出现的危险因素及合并症。

☆评估卒中及血栓栓塞风险。☆评估治疗前后房颤症状的变化。☆评估并管理可纠正的出血危险因素。☆无论节律控制成功与否，血栓栓塞高危患者应持续服用抗凝药。

ESC 中国之音

陈明龙报告 MIRACLE-AF 试验研究： 村医 + 远程医疗 有效管理房颤



陈明龙教授在ESC会议现场做报告

ESC2024年会上，南京医科大学第一附属医院陈明龙教授报告的MIRACLE-AF试验结果表明，应用远程医疗将乡村医生与城市房颤专家相整合的医疗模式，不仅提高了指南依从性，最主要可改善患者整体预后。陈明龙教授指出，乡村医生在这种模式中发挥了重要的主导作用，是连接患者与房颤专家的重要接口，对于其他慢性病或医疗需求也可推广之。



此次研究将江苏省扬州市江都区的30个村卫生室随机等分为干预组（包括524例患者与15名乡村医生）和对照组（包括515例患者与16名乡村医生），患者≥65岁，已明确诊断房颤，乡村医生每3个月随访1次，长达3年。研究显示，随访12个月时，干预组较对照组有更多患者符合房颤更好的管理（ABC）路径的标准（33.1%与8.7%）。上述结果，很大程度是由于干预

组患者更多接受适宜口服抗凝治疗以预防卒中，即达到了标准“A”（85.2%与20.8%）。就房颤症状控制（B）的达标而言，干预组与对照组比例相似（91.6%与94.6%）；心血管危险因素和合并症的管理（C）而言，两组达标比例也相似（43.1%与42.2%）。随访3年的研究结果显示，干预组患者发生主要结局的风险比对照组低36%，发生心血管死亡、卒中、因心衰恶化或急性冠脉综合征入院的风险分别降低50%、36%、31%。此外，干预组较对照组房颤急诊有减少趋势，大出血风险也未增加。陈明龙教授表示，该研究为医疗资源有限地区或环境提升医疗质量提供了证据。



扫一扫
关联阅读全文