

# 《急性心房颤动中国急诊管理指南(2024)》解读 理论与实践 科学与循证的结合和统一

▲ 北京医院、国家老年医学中心 张新超 中国科学技术大学附属第一医院 范西真 王喆

房颤是全球范围内最常见的心律失常之一。近年来，随着心血管病负担的加重，尤其是在老龄化社会快速发展以及诸多慢性疾病患者生存率提高的背景下，房颤的发病率呈现出显著的上趋势，与此同时，急性房颤也已成为急诊中高发且处理较为困难的临床问题。急性房颤不仅发病率高，与患者的生活质量密切相关，还显著增加了卒中、心衰(HF)和全因死亡的风险，住院时间更长、医疗费用更高，以及房颤复发率增加。

近年来，随着临床与基础研究的逐步深入和应用技术的不断进步，急性房颤的治疗策略不断更新和优化，已不仅仅突出于控制心室率和恢复窦性心律(复律)，同时特别强调急性房颤的病因或诱因的急诊综合诊治，还包括预防血栓栓塞以及后续的长期“ABC”路径管理。《急性心房颤动中国急诊管理指南(2024)》在基于最新循证医学研究的同时，结合中国急诊实践，对急性房颤患者的管理提出了科学性且具有操作性的建议，本文简要解读部分内容。



张新超 教授



范西真 教授



王喆 教授

## 与时俱进 理论结合实践 明确定义

本指南提出“急性房颤”有两方面含义：一是指阵发性房颤发作期、持续性或永久性房颤发生快速心室率(或)症状明显加重期，或是伴有血流动力学状态不稳定的房颤；其二是因各种急重症在急诊或住院期间发生的或首次发现的房颤。这一双重含义不仅清晰勾勒了急诊对于急性房颤的认识和定位，也提供了对于急性房颤治疗和管理综合理念与新视角。

## 迅速诊断 及早评估 首要稳定血流动力学状态

传统12导联心电图一直是房颤诊断的金标准。然而，房颤的发作具有间歇性和突发性的特点，本指南推荐在急诊环境中应用常规心电图联合动态心电图(特别包括持续心电监护等心电图分析技术)及时发现和迅速诊断急性房颤，并立即进行临床评估。指南特别强调了初始评估应重点关注患者的血流动力学状态以及与急性房颤发生发展相关联的急性病(诱)因，同时细化了急性房颤患者的症状严重程度分级、血栓栓塞风险等的综合评估。对于血流动力学不稳定的患者，建议立即进行紧急电复律或药物干预等治疗措施，必要时给予循环与呼吸支持治疗等，维护重要器官功能，防止病情进一步恶化。

在综合评估中，CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc评分已广泛用于非瓣膜性房颤的卒中风险评估，但近年来的相关研究显示，亚洲房颤患者卒中风险增加的年龄阈值更低，年龄>55岁的房颤患者口服抗凝药可显著获益。因此，本指南采用了新的CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc评分，这样更适合我国人群的疾病特征，也进一步扩大了抗凝治疗的适应证，从而更好地指导临床上对急性房颤患者的抗凝治疗。同时，应充分认识到血栓栓塞与出血风险在不同个体都是动态变化的，抗凝治疗过程中需定期进行复评，根据患者情况变化调整抗凝策略与药物剂量。

## 突出急诊救治 优化综合管理

急性房颤的急诊处理首要的就是稳定血流动力学状态(紧急电复律或药物干预)，在此基础上，主要集中在以下三个方面：心室率控制或节律控制(复律)、抗凝治疗，以

及对于房颤可逆性病因或诱因的处理。其中，心室率控制是急诊稳定急性房颤患者血流动力学与病情的基础，而纠正和去除病(诱)因是综合治疗的根本之一，复律与抗凝是基于

充分评估的选择性治疗。急性房颤患者病情趋于稳定后的综合管理则是遵循“ABC”临床管理路径，这在各级医疗机构及不同水平的专业医生中都容易落地实施。



关联阅读原文  
扫一扫

1 无论房颤类型如何，心室率控制都是急性房颤治疗的基本措施。血流动力学稳定的房颤，特别是新发房颤有较高的自行复律的可能，若房颤发作时间<24h、无心衰或显著结构性心脏病，可采取初始的心率控制治疗、等待观察以及延迟复律的策略。房颤伴快速心室率且症状明显的患者，首选静脉给药控制心室率；控制房颤心室率的药物主要有β受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙通道阻滞剂、洋地黄类、胺碘酮等。心室率控制应以患者的血流动力学稳定和病情改善为目标。

2 回顾既往比较室率控制与节律控制的临床试验，节律控制组窦律维持率高于室率控制组，但是主要终点比较并无显著差异。但可以明确的是，恢复窦性节律可以改善生活质量，即使房颤没有完全恢复，减轻房颤负荷也能减少心血管病发生风险。对于近期发作的、心室率控制效果不好、年轻患者、合并心动过速性心肌病、急性疾病诱发的、合并症较少的患者可选择早期节律控制策略。随着越来越多的证据支持，节律控制结合室率控制和上游治疗成为房颤早期干预的重要策略。对于症状性房颤尤其是合并HF患者，推荐早期节律控制。节律控制的方式选择，包括导管消融及房室结消融结合起搏治疗等，应联合心脏专科医生进行综合评估后决定。

3 房颤伴有高血栓栓塞风险，虽然近年来对于房颤抗凝治疗取得了长足进步，但我国房颤患者的抗凝现状仍不理想。本指南建议急性房颤患者应用CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-60评分评估血栓栓塞风险高(男性≥2分或女性≥3分)、或拟复律的患者均应接受抗凝药物治疗(有禁忌证除外)。对于抗凝药物的选择，因肝素或低分子量肝素易于管理，作用直接、快速，急诊诊疗可优先考虑。对于稳定期房颤，近年来随着非维生素K拮抗剂类口服抗凝药(NOAC)的应用大大改变了抗凝治疗格局。多个大型的国际多中心随机对照研究均证实了NOAC对于房颤抗凝疗效不劣于甚至优于华法林，且大出血等风险显著降低，安全性更高。同时NOAC无需频繁监测凝血指标，使用更便捷，其药代动力学稳定，受食物和其他药物影响小，使得患者依从性更好，更便于抗凝管理。但应注意特定人群治疗前的相关评估。

4 同步评估及纠正可能潜在的诱因及病因十分必要。房颤本身引起血流动力学不稳定是较少见的，多是由于其他潜在原因的影响或多种病理状态相互作用所致。积极治疗可逆性病因或诱因是根本性的，如低血容量伴低血压的急性房颤，宜快速液体复苏而非复律或是严格控制心室率，以防在纠正基本病理生理状态之前人为干预了机体的自身代偿机制。

5 近年来，急性房颤综合管理逐步得到国内外广泛关注，其在改善房颤患者临床结局方面显示出重要价值。与此同时，随着急诊学科的不断发展和进步，急性房颤在急诊的处理也愈益趋于整体化。“ABC”路径管理为房颤的综合管理设立了具体的目标和路线，即通过抗凝/预防卒中、更好的症状管理、心血管合并症优化，可显著降低全因死亡等不良事件风险，改善患者预后及生活质量，同时降低医疗费用。

## 加强合并症管理 改善临床预后

急性房颤患者常合并多种疾病，房颤与合并症相互影响，一方面增加了心血管病的发病率和死亡率，另一方面增加了治疗的复杂性。本指南在合并HF、慢性阻塞性肺疾病、

冠心病、卒中、妊娠期及合并老年综合征特殊情况中，充分考虑不同临床场景下房颤的复杂性，给出了针对性的管理建议，为临床医生提供了具体的治疗策略和决策依据。

结语

本指南明确了急性房颤在急诊的两方面含义，由此涵盖了从诊断(包括基本心电图特征)、临床评估(包括血流动力学状况、病因和诱因探寻、症状严重程度分级、血栓栓塞和出血风险)到治疗等急诊通

内容完整，并对特殊临床问题等的处理策略进行了概要阐述。指南也强调了急性房颤病情趋于稳定后应加强多学科协作，优化临床治疗方案，为提高诊疗水平和改善患者预后提供帮助和指导。期待本指南能真正深入到中国急诊的临床实践中。