



第 23 届房颤学术会议上演“华山论颤”

再次消融 VS 室率控制 “吵”起来了

医师报讯（融媒体记者 杨瑞静）第 23 届心房颤动学术会议（2025）现场，“颤理求真，愈辩愈明”分会场的学术交锋火药味十足。

7 月 5 日，电生理专家围绕复发房颤的治疗路径展开辩论：两次消融后复发的持续性房颤，应选择再次消融还是室率控制？

这场交锋，既展现了导管消融、药物治疗等技术的突破性进展，更将临床决策中疗效、安全性与患者获益的艰难平衡推向聚光灯下。



何利伟 教授

司道远 教授

李梦梦 教授

何利伟

司道远

李梦梦

李梦梦教授 首都医科大学附属北京安贞医院

司道远教授 吉林大学中日联谊医院
（白求恩第三医院）

何利伟教授 南方医科大学南方医院



欧登科 教授

左中印 教授

孙雅逊 教授

欧登科

左中印

孙雅逊

孙雅逊教授 浙江大学医学院附属邵逸夫医院

欧登科教授 成都市第五人民医院

左中印教授 同济大学附属上海市第四人民医院

正方

反方

第一回合

治疗希望与风险的角力

“再次消融（Redo）患者在临床中占比颇高，约 1/3~1/5 的患者属于这一范畴。”李梦梦以数据揭开 Redo 患者的治疗困局。他指出，这类患者 70%~80% 的复发与前次消融是否彻底相关，尤其是肺静脉、二尖瓣等关键部位的消融质量。对于 Redo 患者，治疗的核心在于在固定术式基础上加入个体化方案，确保关键操作的精准性，以帮助患者维持稳定的窦性心律。

“我们有许多成功案例证明再次消融的价值。”李梦梦举例，一位 94 岁老年女性患者术前因心衰无法行走，术后一年半可自主爬三层楼；另有一名 50 岁、病史 7 年、左房 61 mm 的患者，在新技术支持下顺利完成消融，术中操作无压力。他强调，肺静脉隔离（PVI）、线性消融、酒精消融等技术的进步，为 Redo 患者提供了更多保障：“我们相信，90% 的成功率是值得追求的目标。”他表示，无论经过多少次消融，最终目的是让患者在未来 3~5 年摆脱房颤复发困扰，无需再考虑是否进行再次消融。

反方辩手的反驳直指风险。

孙雅逊指出：“手术安全是底线，重复三次消融会显著提高并发症发生概率，其疗效提升与风险、医疗资源消耗并不匹配。”他强调，三次消融在维持窦性心律的效率上提升有限，却需承担更高风险与资源消耗，属于不理性的治疗目标。

孙雅逊援引欧洲指南说明：指南虽认可消融价值，但前提是治疗有效；若两次消融后仍复发，需重新评估治疗可行性。对于此类患者，应优先考虑安全有效的室率控制手段，室率控制联合抗凝管理被指南推荐为首选，能切实改善患者生活质量，避免因反复消融带来的心理伤害。

欧洲心脏病学会（ESC）2024 年房颤指南更新也为这一策略提供支持：当药物治疗效果不佳时，可采用房室结消融联合起搏器治疗控制室率，为患者提供更安全有效的选择。



扫一扫
关联阅读全文

第二回合

范式持续和转换的争夺

正方二辩司道远补充，持续性房颤的治疗证据正处于从 II 类推荐向 I 类推荐的演进过程中。他以加拿大一项研究为例，指出其二次消融仅进行了如 PVI 等部分干预，未涵盖所有必要治疗手段，且未对所有患者进行诱发试验，各中心治疗策略差异较大，难以单纯依据此类研究否定再次消融的价值。该研究同时显示，第三次射频消融后约 60% 患者可实现无复发，这部分患者的获益明确。

大型医疗中心的临床实践也支持再次消融的有效性。以北京安贞医院为例，其大量复发房颤病例数据显示，Redo 是有效的治疗选择，且团队通过总结复发病例特点，提出了改进术式。这是在分析复发病例基础上得出的术式改进成果，也成为推动房颤消融术式不断演进的重要基础。

“术者应像指挥家明确旋律来源般，精准识别并逐个击破所有触发机制。”司道远强调，其最终目标是显著改善患者生活质量，这也是所有电生理领域医师的共同心愿。

反方二辩欧登科则强调，复发患者的再次消融成功率本身就较低，三次、四次消融的成功率会进一步下降。数据显示，二次消融成功率约 60%，三次消融成功率提升至 70% 左右，仅提升 10 个百分点，却需付出更高的医疗成本。

“若为 100 名患者进行第三次消融，仅约 10 人能从中获益，其余 90 人则需承担手术风险、经济成本及心理压力。”欧登科进一步分析，“这种低效益比的治疗，不仅给患者带来心理负担，也造成医疗资源的巨大消耗。”

他同时指出，多次消融的累积风险不容忽视：广泛消融可能对心房造成过度损伤，而正方未充分提及相关并发症风险。“只强调治疗效果而忽视风险，显然不够严谨。”

欧登科表示，反方并非主张放弃治疗，而是倡导治疗范式转换：在现有技术条件下，若多次消融无法显著提升疗效，应转向更安全、有效的替代方案，如室率控制联合抗凝管理，而非执着于第三次消融。“我们有更多案例证明，合理的综合管理能有效改善患者生活质量，这才是临床治疗的核心目标。”

第三回合

积极干预和保守治疗的权衡

正方三辩何利伟从医学发展维度发声：再次消融的核心价值在于帮助患者维持窦性心律，而非仅控制心室率。

多项研究数据证实了再次消融的价值，权威指南对再次消融的支持态度明确：2017 年心律学会指南强调，肺静脉再次传导是房颤复发的重要原因，再次消融可显著提高成功率；2020 年欧洲心脏病学会指南支持对消融失败的持续性房颤患者进行二次消融；2023 年更新的指南进一步提出，若患者初次或前次消融后症状改善明显，或 PVI 等关键操作未达标，均应考虑再次消融。

“当前新技术的应用让复杂病例的消融操作更精准安全，尽管房颤消融仍存在一定复发率，但持续的技术改进和策略优化正在不断提升治疗效果。”何利伟强调，对于两次消融后复发的患者，再次消融的意义在于为其争取更好的长期预后。

反方三辩左中印指出：“很多时候房颤只是心脏老了，不是病了。”部分 80 岁以上房颤患者，其发病更多与心脏退行性改变相关，而非单纯技术因素。对于此类患者，治疗应优先排查并处理原发疾病，若药物治疗无效，房室结消融加起搏仍是有效选择。

他强调，现有成熟治疗技术已能满足多数患者的需求，特别是生理性起搏技术的应用，能有效改善患者生活质量。

而过度强调“再次消融”可能忽视患者的累积风险与治疗意愿。他以“DNR（Do Not Resuscitate）”为例，指出部分患者可能因多次手术创伤而不愿接受再次消融，此时应尊重其选择。

“若两次消融失败，如同两次高考失利，此时更应理性评估再次‘复读’（第三次消融）风险与收益，而非盲目坚持。”左中印以比喻收尾，“临床治疗的终极目标是让患者摆脱疾病困扰，对于两次消融后复发的房颤患者，应优先考虑个体化的替代治疗方案，而非坚决选择第三次消融。”

总结

争议的焦点最终落在“治疗终点”

的定义上。正方认为，房颤负担的下降（即使未完全消除）也能显著改善远期预后；反方则坚持，多次消融若无法实现长期窦性心律，便是“用技术梦想牺牲患者利益”。

正如点评专家、中国

人民解放军北部战区总医院王祖禄教授所言：“临床没有纯白纯黑，该消融时精准出击，该转向时理性选择，才是对患者负责。”这场辩论虽未得出最终结论，但为临床决策提供了重要启示：在技术发展与患者利益之间找到平衡，正是房颤治疗进步的动力。