本版责编：牛艳红 实习编辑：董杰
美编：林丽
电话：010-58302828-6857
E-mail：sharonguai@163.com

医师报
2014年4月10日

3月28日，美国心脏学会、美国心脏病学学院与美国心律学会联合美国胸外科学会，共同发布“2014年房颤患者管理指南”。指南全文同时在线发表于《美国心脏病学学院杂志》、《循环》和《心律》杂志。新指南主要从房颤病理生理机制、临床评估、血栓栓塞预防、心室率控制、节律控制、特定患者房颤治疗以及未来研究方向等方面进行了系统的阐述，融入了新的临床研究证据，对相关治疗策略和治疗手段的应用进行了更新。

纵观全局 美新版房颤指南“稳中求变”

卒中风险计算更精确，未推荐左心耳封堵，导管消融适应证有所扩展

▲ 首都医科大学附属北京安贞医院心内科 马长生

CHA_2DS_2-VASc积分上位

新指南推荐，采用CHA_2DS_2-VASc积分系统进行房颤患者的卒中风险评估，即在$CHADS_2$评分基础上将房颤患者年龄≥75岁由1分改为了2分，增加了血管疾病、年龄65~74岁、女性三个危险因素，最高积分为9分（图1）。

对于既往卒中、短暂脑缺血发作（TIA）或积分≥2分的患者，推荐应用口服抗凝药，包括华法林及新型口服抗凝药物（NOAC）达比加群、利伐沙班和阿哌沙班（Ⅰ，B）；对于CHA_2DS_2-VASc为0分者，不推荐任何抗栓治疗（Ⅱa，B）；对于积分为1分者，新指南并没有给出明确推荐，认为不抗栓、口服抗凝药物或阿司匹林均可选择（Ⅱb，C）。

与$CHADS_2$积分相比，CHA_2DS_2-VASc积分有利于界定真正的卒中低危患者；此外还扩大了高危人群范围，有利于提高整体抗凝率。该指南的出台显示出欧美对CHA_2DS_2-VASc积分的一致认可和对房颤抗栓治疗的重视程度进一步加强，对于我国房颤患者抗凝也有现实的指导价值。

马长生 教授

纵观2014年美国房颤指南，可以看出很多治疗推荐尤其是抗凝治疗和导管消融与2012年欧洲指南接近，显示出欧美对房颤治疗主要方面的共识在不断扩大，对我国房颤管理的临床实践也有重要的指导意义。

新型口服抗凝药物地位略有上升

鉴于NOAC在临床试验中的良好表现，指南将NOAC与华法林并列作为房颤卒中高危患者的抗栓治疗选择，凸显了NOAC对房颤卒中预防的重要性。新指南指出，抗栓药物选择需综合考虑临床因素，医生和患者的意愿以及医疗花费等诸多因素。对于应用华法林INR难以达标的患者，推荐NOAC抗凝（Ⅰ，C）。启动NOAC治疗前应评价患者的肾功能状况，且用药之后至少每年评价1次。对于置入机械瓣的患者不推荐应用直接凝血酶抑制剂达比加群；对于终末期肾病和接受血液透析的患者，不推荐应用达比加群和利伐沙班抗凝。

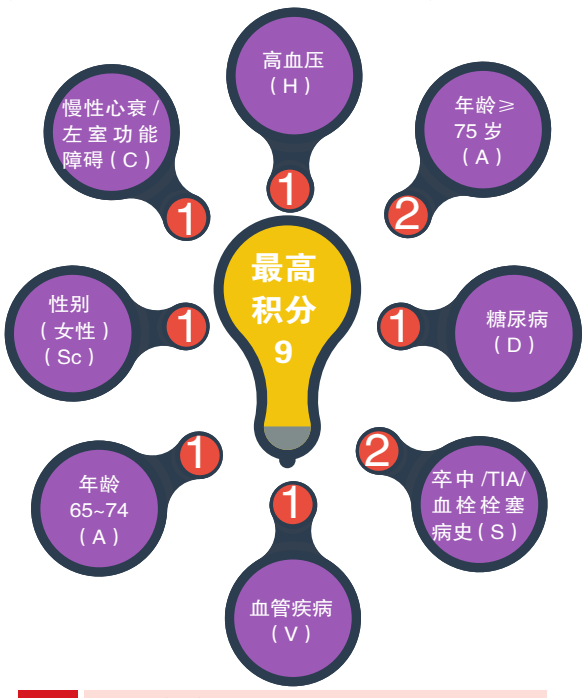


图1 新指南推荐的CHA_2DS_2-VASc积分

2011版指南推荐卒中低危的房颤患者应用阿司匹林抗栓，而新指南中阿司匹林的地位显著下降。新指南回顾了阿司匹林用于房颤卒中一级和二级预防的文献，发现除SPAF-1研究外，所有研究均未显示出阿司匹林对房颤卒中预防有明显获益。高危房颤和高龄患者应用阿司匹林无效，而“真正低危”患者缺乏足够研究证据支持。据此，新指南认为阿司匹林对非瓣膜性房颤患者并无明显应用价值，推荐级别明显降低。

对于CHA_2DS_2-VASc积分为1分者，2012年欧洲指南推荐在评估患者出血风险和患者意愿的基础上，可考虑应用口服抗凝药物（Ⅱa，A）。尽管近年来仍有新证据显示CHA_2DS_2-VASc积分为1分者可从抗凝治疗中获益，但美国指南仍采取了较为保守的推荐，关于此类患者抗凝治疗的净获益仍需更多研究证据支持。

心室率控制 宽严相济

新指南强调了心室率控制在房颤管理中的重要作用，它对于改善生活质量、降低死亡率、减少心动过速性心肌病等有重要价值。2010年欧洲指南和2011年美国指南提出心室率宽松控制目标主要依据RACEⅡ研究结果。但RACEⅡ研究存在局限性，如样本量偏小、随访时间不长，而且无足够证据显示宽松控制心室率对于患者死亡率、心衰症状、住院率、生活质量等方面存在显著优势。

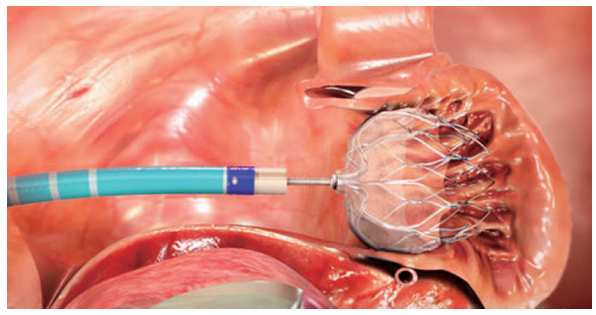
因此，新指南推荐，对于症状性房颤患者，静息心室率控制于<80次/min是合理的（Ⅱa，B）；对于无症状且左室收缩功能正常的房颤患者，可采用宽松的心室率控制策略（静息心率<110次/min；Ⅱb，C）。心室率控制的合理目标和策略仍需进一步研究探索。

左心耳封堵 证据不足

从目前临床研究来看，随着左心耳封堵器械进步以及经验积累，左心耳封堵术可作为药物治疗预防房颤栓塞事件的补充之一，尤其对于服用抗凝药物有禁忌证以及高龄、高出血风险的患者。

2012年欧洲指南推荐，经皮左心耳封堵术适用高危卒中风险且无法接受口服抗凝药物治疗的患者（Ⅱb，B）。新美国指南回顾了几种左心耳封堵装置的相关研究，但没有给出相应推荐，仅指出接受心脏外科手术的房颤患者可同时切除左心耳（Ⅱb，C）。

新指南对左心耳封堵未给出推荐主要是认为相关证据尚不充分，以及对左心耳封堵术围手术期安全性的担忧。随着更多临床研究结果的揭晓和更长时间的随访，相信左心耳封堵能在房颤栓塞预防中发挥其应有的作用。



导管消融 地位凸显

新指南延续了2011年指南关于导管消融的相关推荐，指出对于抗心律失常药物（AAD）治疗无效的症状性阵发性房颤患者推荐导管消融（Ⅰ，A）；对于AAD治疗无效的症状性持续性房颤患者可考虑导管消融（Ⅱa，B）。

MANTRA-PAF试验和RAAFT-2试验两项随机对照研究比较了导管消融和AAD作为阵发性房颤一线治疗的效果，结果一致显示导管消融优于药物治疗组。

基于这两项研究结果，指南提出对于反复发作的症状性阵发性房颤患者，在充分权衡药物和消融的风险和获益的基础上，可以不经AAD治疗，将导管消融作为初始治疗方案。房颤导管消融的证据水平和适应证得到不断扩展。

新指南同时指出，不推荐仅为了术后维持窦性心律、避免抗凝而进行导管消融治疗，显示了术后抗凝治疗的重要性，哪些患者术后可以停用抗凝药物仍是需要研究的关键问题。

相关链接

Craig T January 教授

新指南编写委员会主席、威斯康辛大学医学与公共卫生学院Craig T January教授指出，考虑到新研究和新药物，旧版指南需要进行更新。新指南推出了一个更精确的卒中风险计算器，并描述了何时服用阿司匹林、新型口服抗凝药物及何时进行导管消融，为如何管理众多房颤患者指明了方向。

目前，美国成人中有270~360万名房颤患者，这一数字在未来25年将翻一番。房颤可使卒中风险增加5倍，心衰风险增加3倍，痴呆和死亡风险增加2倍。从没有症状到症状严重，房颤病情通常比较复杂、难以管理。因此，全球将迎来房颤的巨大困局。