

2014 心律学日臻完善

▲北京大学人民医院心脏中心 郭继鸿

房颤律、率治疗 孰更优？



郭继鸿 教授

对于年龄偏大、症状偏轻房颤患者，律率治疗效果相当，但对于首发、特发、年轻的房颤患者，应强调律治疗；对于房颤性心肌病、率治疗不能达标或达标后仍伴症状、心衰症状重、急症诱发的房颤等，也应当强调律治疗的重要性。

近十多年来，对房颤患者治疗目标已从改变症状为主转变为降低死亡率、减少致残率、改善心功能。随之，治疗措施也有了相应改变。2010年欧洲指南明确提出房颤现代治疗的三大策略：抗凝治疗、律率治疗和上游治疗。其中，抗凝治疗和上游治疗可降低患者的死亡率、改善预后，而律、率治疗仅改善患者症状。

关于律、率治疗孰更优的评价，自2000年后新发的几项大规模的头对头药物治疗的比较研究，包括PIAF、RACE、AFFIRM和STAF等，这些研究的共同点是入组病例多，随访时间长，结论几乎一致。这些研究结果显示，房颤律、率

治疗在降低死亡率、脑血管事件率、栓塞率、住院率等方面的疗效一致，进而得出这样的结论：房颤律、率治疗平起平坐，旗鼓相当。

然而，近年来人们认识到，上述研究可能存在一些问题：（1）患者入组年龄大，这使患者的房颤不易转复、窦性心律不易维持，利于房颤的转律治疗；（2）症状较轻，疗效难分仲伯；（3）单纯的药物治疗的头对头比较，大大减弱了转律治疗多种形式的优势；（4）窦律恢复的血液动力学优于率治疗。房颤的率治疗是将快而不齐的心室率转变为相对慢而整齐的心室率，从而改善症状，获得血液动力学改善。而转律

治疗不仅可使心率变慢变齐，还恢复了房室同步，使心房辅助泵作用恢复。正因存在这些问题，上述研究结果有可能产生误导，使人们认为对任何房颤患者，律、率治疗的疗效都相同。

2014年3月，美国心脏学会、美国心脏病学学院、美国心律学会、美国胸外科医师协会联合发布指南指出，如果患者症状严重，为了改善持续症状、提高生活质量，则律治疗是最强治疗。换言之，对于年龄偏大、症状偏轻房颤患者，律、率治疗效果相当；但对于首发、特发、年轻房颤患者，以及房颤性心肌病、率治疗不能达标或达标后仍伴症状等，应强调律治疗。

国人研究速递

我国颅内脑血管狭窄患病率增加

近期，开滦总医院吴寿岭和北京天坛医院赵性泉等进行了一项研究，对高血压和高血压前期与颅内脑血管狭窄（ICAS）和颅外脑血管狭窄（ECAS）相关性进行了评估。研究发现，除高血压外，高血压前期也与无症状ICAS发病率明显相关，且在男性中更明显。（Eur J Neurol. 2014年12月16日在线版）

研究者表示，ICAS存在较大种族差异。颅内动脉粥样硬化和动脉狭窄在亚洲、非洲、西班牙和葡萄牙人群更常见。在中国，ICAS相关卒中占所有缺血性卒中的33%~37%。该研究中，≥40岁人群的ICAS发生率为16.1%，高于1999年相关研究中的数据，表明ICAS发病率增加，在公共健康中，应

得到更多关注。

该研究纳入4422例患者，患者年龄>40岁，无卒中、短暂性脑缺血发作和冠脉疾病。ICAS通过经颅多普勒超声诊断，使用峰流速标准确诊。ECAS通过颈动脉多普勒超声诊断，并通过颈动脉和颈内动脉直径确诊。

结果显示，共发现711例（16.1%）无症状ICAS患者，292例（6.6%）无症状ECAS患者。校正相关危险因素后，随着高血压前期和高血压发生率的升高，ICAS发病率明显升高。通过性别进行分层后，这种相关性男性大于女性。而无症状ECAS与高血压前期和高血压发生率无明显相关性。

此前诸多研究仅证实高血压是ICAS独立预测因素，而该研究对此进行了延伸。

我国男性肾功能监测阈值确定

南方医科大学南方医院侯凡凡院士、徐希平教授等研究发现，对于我国中年人群，基线收缩压（SBP）和舒张压（DBP）水平与估算肾小球滤过率（eGFR）下降呈量效关系。但不同性别、不同基线eGFR水平人群之间存在明显差异。其中，eGFR<110 ml·min⁻¹·1.73m⁻²的男性，SBP和DBP升高对肾功能造成不良影响危害最大。（J Hypertens. 2015;33:136）

研究者指出，对于60岁以下成人，一直以来还没有证据证明140/90 mmHg是否为预防肾功能下降的最佳目标值，也不了解不同性别和基线肾功能水平人群之间是否存在差异。该研究正在弥补这些相关的空白。

该研究纳入2383例中国农村中年人（40~60岁），前瞻性随访7年。结果发现，SBP/DBP水平与肾功能下降呈量效关系。值得注意的是，这种（量效）关系并未发现血压水平绝对阈值。与SBP<120 mmHg者相比，SBP 120~140 mmHg者肾功能快速下降的风险明显增高

（OR=1.7），SBP>140 mmHg者，下降风险更高（OR=2.9）。这与今年美国糖尿病学会的结论一致：即使血压降至正常范围内，风险仍持续存在，而且也没有发现血压的阈值。

研究者指出，男性更容易受到SBP和DBP升高所带来的肾功能下降的不良影响，尤其是伴有基线eGFR降低和糖尿病前期的男性，风险更大。

“该研究还首次在中国农村队列人群中证实基线血压与eGFR对肾功能影响的交互作用。”研究者指出，在eGFR≥110 ml·min⁻¹·1.73m⁻²男性中，血压对肾功能下降没有影响；在eGFR<110 ml·min⁻¹·1.73m⁻²的男性中，SBP和DBP升高与eGFR快速降低风险升高显著有关，即使eGFR仍处于60~109 ml·min⁻¹·1.73m⁻²的正常范围内，表明了良好控制血压的重要性。

“该研究结果强调，对于男性高血压患者，一旦eGFR<110 ml·min⁻¹·1.73m⁻²，建议临床就应开始密切监测其肾功能。”研究者表示。

室早性心肌病 导管消融优于药物治疗

典型病例

患者，男，13岁，素无症状。2012年略感不适，查体发现频发室早。患者24 h室早为3.2万个，室早负荷高达31%，患者室早的联律间期仅300 ms（图1）；超声心动图检查显示左室明显增大。经射频消融治疗，患者的室早完全消失；心律正常。消融术后5 d超声心动图复查显示左室舒张末径从61 mm降至55 mm，左室恢复正常。患者无冠心病、高血压、先心病，故诊断为室早性心肌病。

临床提示 本例患者临床经过提示，持续、大量的室早可引发心肌病，其发病机制为缓慢性心律失常导致的心脏代偿性增大或心功能下降。当室早的全天负荷>10%、20%、25%时，发生室早性心肌病的几率逐渐上升。室早性心肌病经有效消融室早后可逆转与根治，但单纯频发室早的消融治疗需慎重（Ⅱb），一般需超声心动图证实已

存在左室扩大或心功能下降后才考虑射频消融治疗。需强调，并非所有持续、大量室早都引起室早性心肌病，必须行超声心动图检查确诊。

专家建议 2014年9月，欧洲心律学会、美国心律学会、亚太心律学会联合发表的室性心律失常专家共识首次对室早性心肌病进行了正式阐述。

室早性心肌病是一种获得性心肌病，诊断标准

为：（1）患者存在持续、频发室早；（2）使原本正常的心脏发生了扩大和心功能下降；（3）室早根除后，心肌病可逆转。专家共识指出，因心肌病可引发室早，故面对1例既有心肌病又有室早的患者，很难确定两者的因果关系。最终诊断只能依靠清晰的病史，或室早根除后心肌病被逆转。

针对治疗，专家共识指出，器质性心脏病室

早药物治疗可采用β受体阻滞剂和钙拮抗剂，但前者优于后者；各类膜稳定剂药物对室早控制更加有效，但除胺碘酮外，其他药物都可能增加患者死亡风险。对于确诊的室早性心肌病患者，新专家共识推荐导管消融（Ⅱa）优于药物治疗（Ⅱb）。导管消融治疗能否成功，起源部位十分关键（冠状窦、心外膜效果差）。



图1 患者心电图检查显示频发室早呈二联律