

心律失常常是心血管领域最常见的问题，也是历来研究的热点。7月31日至8月2日，在第十七届中国心律失常学大会上，多位专家就心律失常的诊疗理念及紧急处理进行了讲解。



朱俊 教授



郭继鸿 教授



李莉 教授

阜外心血管病医院急重症中心 朱俊

# 心律失常紧急处理六原则

▲本报记者 董杰 实习记者 于伟

## 原则一 识别和纠正血液动力学障碍

发生急性心律失常时，血液动力学情况不同，处理方法也不同。血液动力学障碍包括休克、急性心衰、进行性缺血性胸痛、意识障碍、进行性低血压等。心律失常种类与血液动力学之间并无明确的关系，不应以有无血液动力学障碍来判断心律失常性质。

对于血液动力学不稳定的快速性心律失常，往往不能采用药物治疗，而应采用电复律；血液动力学不稳定的缓慢性心律失常可以采用药物治疗，但最好的治疗是临时起搏。

对于血液动力学稳定的心律失常，可以进一步分析心电图。

## 原则四 兼顾治疗与预防

心律失常易复发，在纠正后应采取预防措施，如治疗基础疾病、控制诱发因素等；恶性室性心律失常终止后一般都需使用药物预防发作；

对于心律失常远期治疗，应考虑射频消融或起搏治疗。短期使用抗心律失常药物预防复发要考虑心律失常和药物药代动力学特点。

## 原则二 纠正与处理基础疾病和诱因

通过采集病史、体格检查和实验室检查来明确患者有无器质性心脏病、心肌缺血、心衰等基础疾病，有无电解质紊乱、血气和酸碱平衡紊乱、药物等常见诱因。根据病情轻重危急程度采取不同策略。

若心律失常情况危急，程序须简单化，以抢救心律失常为主；若心律失常情况较稳定，可较详细地询问病史，进行体格检查和有关实验室检查。

基础疾病不但决定心律失常的预后，而且决定不同的治疗策略，基础疾病的急性处理应根据相应指南推荐进行。基础疾病和心律失常可互为因果，紧急救治中孰先孰后取决于何为主要矛盾，例如，对于急性心肌梗死患者，若合并室性早搏，应第一时间行急诊经皮冠脉介入治疗，若合并持续性室速、室颤，应第一时间处理心律失常。

心动过缓而此次发生室上性心动过速患者，药物治疗可能并不合适，而应采用经食道心房调搏治疗。

## 原则五 对心律失常本身的处理

对于恶性或有可能发展为恶性的心律失常，或症状明显的心律失常，要进行终止；而有些心律失常可通过改善症状和血液动力学状态来治疗，不终止心律失常但减慢心室率，如快速房颤，可减轻症状，减少因快速心室率所致的缺血或心功能不全。

心动过速/心室颤动风暴状态，以及顽固性心律失常，其他治疗措施无效或不能使用时，可应用序贯或联合应用静脉抗心律失常药物。

## 原则三 权衡获益与风险

不同情况心律失常治疗要权衡获益与风险。对于危及生命的心律失常，应采取积极措施加以控制，追求治疗的有效性；对于稳定的心律失常，则考虑治疗措施的安全性，避免过度治疗。

在出现治疗矛盾时，首先顾及主要矛盾方面，即当前对患者危害较大的方面。例如，对于既往有

心动过速而此次发生室上性心动过速患者，药物治疗可能并不合适，而应采用经食道心房调搏治疗。

心动过速而此次发生室上性心动过速患者，药物治疗可能并不合适，而应采用经食道心房调搏治疗。

## 原则六 急性期抗心律失常药物应用

急性期选择药物应依据基础疾病、心功能状态和心律失常性质；疗效不满意时，建议选择非药物方法（电复律或食管调搏），不建议短期内换用或合用另外一种静脉抗

心律失常药物。对于室性心动过速/心室颤动风暴状态，以及顽固性心律失常，其他治疗措施无效或不能使用时，可应用序贯或联合应用静脉抗心律失常药物。

北京大学人民医院心脏中心 郭继鸿

# 房颤新认识：明显增加心脏性猝死

Framingham 研究的一项长达 25 年随访资料表明，校正不同因素后，与非房颤组相比，房颤组死亡率增高 2 倍，说明房颤本身能明显增加死亡率，房颤不是一种良性心律失常。

如今，房颤治疗策略上更加强调房颤转律的控制和降低心室率的控制，更加强调转复窦性心律的重要性。

房颤增加心外因素死亡 卒中是房颤心外死亡率增加的关键。研究显示，与对照组相比，房颤患者栓塞率增加 4~18 倍，且 10% 为致死性卒

中，房颤患者卒中后死亡风险的增高可持续至 7~8 年，为此，房颤总的治疗策略发生改变，抗凝治疗的重要性从第三位升至第一位。

房颤增加心脏性死亡 与无房颤者相比，各种心血管病患者合并房颤时，可使自然病程明显恶化，显著增加死亡率。心肌梗死患者伴发房颤时，死亡率明显升高。

近几年，对房颤危害的认识开启了新纪元，人们逐渐认识到房颤增加心脏性猝死风险。近年研究表明，房颤可以增加心脏性猝死

风险，尤其是特发性房颤患者。这使房颤成为心脏性猝死发生的危险因素。

2013 年，英国国家健康研究院在《美国医学杂志》发表了两项研究，这两项普通社区人群研究首次证实，房颤能使心脏性猝死发生风险增加 2~3 倍。

其中一项为 ARIC 研究，入组包括黑人在内的 15 792 例患者；另一项为 CHS 研究，入组 687 例黑人在内的 5479 例患者。结果表明，与无房颤者相比，在校正年龄、性别和种族等因

素的影响后，房颤者心脏性猝死和非心脏病猝死的风险分别高出 2 倍，男性和女性均如此。而在黑人人群中，房颤与心脏性猝死的关联更强。

房颤明显增加心脏性猝死的发生风险，但这可预防。对房颤增加心脏性猝死的新认识仅仅是开始，未来还有更多问题需深入探讨。

房颤增加心脏病猝死风险新理论的提出，使人们对房颤的认识、诊断与治疗进入一个新纪元，具有里程碑式意义，可能对未来房颤治疗的总策略产生影响。

第二军医大学长海医院胸心外科 李莉

# 房颤紧急处理：节律控制用药 安全胜过有效

房颤是常见需住院的心律失常，其可增加 4~5 倍器质性心脏病但血液动力学相对稳定的情况，药物复律栓塞风险，增加 2 倍独立死亡风险。近年来，房颤管理指南不断更新，房颤栓塞危险评分从 CHADS<sub>2</sub> 到 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc，从筛选出需要抗凝的高危患者升级为筛选出不需抗凝的低危患者。

房颤治疗总体策略：心室率控制是基本措施，血液动力学稳定的房颤应以控制心室率为主。节律控制是选择性措施，抗栓治疗是必要措施，所有合并栓塞危险因素的患者都需抗栓。此外，还应针对基础疾病进行控制。房颤紧急处理时，对于

器质性心脏病但血液动力学相对稳定的情况，药物复律应用胺碘酮。室率控制和转复使用相同的方法，转复需要的时间长，剂量大。

若出现预激综合征合并房颤与房扑，一般应立即电转复。若考虑药物治疗，对于心功能正常者，可应用普罗帕酮和胺碘酮，而对于心室率控制是基本措施，血液动力学稳定的房颤应以控制心室率为主。节律控制是选择性措施，抗栓治疗是必要措施，所有合并栓塞危险因素的患者都需抗栓。此外，还应针对基础疾病进行控制。房颤紧急处理时，对于