本版责编：董杰
美编：林丽
电话：010-58302828-6853
E-mail:ysbdongjie@163.com
医师报 2017年3月16日

（上接第13版）

前沿进展

2017心律学六大进展

郭继鸿 教授

埋藏式左室辅助装置是心衰患者重要治疗途径

北京大学人民医院郭继鸿教授指出，左室功能非常重要，但又非常简单，把静脉的低压血流通过自身的收缩和舒张打到动脉中去，即升压作用，左室的工作可被升压泵替代。

心室辅助装置发展很快，从最初的床旁到体外，再到如今的体内（永久埋藏式），患者的生活质量逐步提高。

心室减容术已被心肌锚定装置替代

郭教授介绍，心衰患者的外科左室减容术已取得一定的临床疗效，左室减容术主要方法为切除左室部分肌肉，给扩大的球型左室进行“整形术”，使其容积变小，恢复原来的几何形态，改善心功能，而心肌锚定装置治疗心衰可视为介入性左室减容术。

“这种治疗不需要体外循环，仅通过导管介入技术锚定前壁、心尖部坏死、已无收缩能力的心肌，恢复左室的几何形态和功能。而与外科相比，属于侵入性相对小的手术，对左室功能损害较少。”郭教授指出。

重视心衰易损期的药物调整

心衰患者的预后不佳，甚至比某些肿瘤还要差，每一次住院都降低患者的生存机会。心衰患者出院后90 d内死亡率和再入院率最高，易发生事件的这一特殊时期定义为“易损期”。因此，郭教授指出，无论是急性心衰还是慢性心衰，要注意“易损期”的治疗。各种指南均建议，一旦病情稳定，就要开始易损期的药物调整。

心功能差是易损期心衰患者临床特点，心率水平决定了心衰患者的远期预后，指南建议心率＞70次/min时需要降低心率，将心率控制在60次/min以下。

β受体阻滞剂为降低心率的药物，研究显示，β受体阻滞剂联合伊伐布雷定可更好地降低心率，提高生存率。

心衰ICD一级预防面临挑战

心衰患者是心脏猝死的高危人群，指南将置入埋藏式心脏复律除颤器（ICD）作为一级预防。“然而，最近出现了新情况，使心衰患者猝死的ICD一级预防面临挑战。”郭教授指出。

若患者符合ICD置入指征，但伴有轻度其他疾病，伴有的疾病可抵消一级预防获益。因此，临床医生在决定是否应用ICD时，除了要考虑心律失常的风险，还要考虑疾病死亡风险。

另外，2016年《新英格兰医学杂志》发表的一项研究表明，非缺血性心衰患者ICD的一级预防并未降低患者的全因死亡率。

心衰ICD治疗的等待期及WCD应用

对于符合ICD置入标准的急性心肌梗死，不能立刻置入ICD，需要等待40 d。对于新诊断的非缺血性心肌病、PCI术后、外科心脏搭桥术后的患者，即使符合ICD置入标准，也需等待90 d。

等待什么？郭教授解释，等待药物和非药物治疗后，再进行心功能评价。有研究表明，经过等待期后，很多达标的患者不再达标，无需再置入ICD。

等待期因患者属于猝死高危人群，可应用穿戴式除颤器（WCD）来保护。Wearit Ⅱ注册登记研究显示，在猝死高危患者中，前3个月持续性室性心律失常发生率高，而此期间WCD的治疗安全。

经验借鉴

急性心衰单元：以急诊科为主导的新型治疗理念

陈玉国 教授

急性心衰的治疗是现代医学面临的一个棘手问题，不能仅仅依赖单个诊疗技术的进步，急性心衰单元（AHFU）这一管理模式应运而生。

山东大学齐鲁医院陈玉国教授介绍，AHFU作为急性心衰的一种新型管理模式，在药物和手术等技术手段基础上，通过资源整合、流程优化等手段，改进急性心衰的诊治效果。

急性心衰是一个需要包括急诊科医生、心血管专科医生、重症监护医生、护理人员和其他健康护理提供者共同协作，提供“快速服务的综合征”。

事实上，和其他专科的重症监护单元相比，急性心衰患者病情往往更重、更复杂，因此，急性心衰的管理不同于重症监护，需要更广博的经验。面对既有可能治疗过度，也有可能治疗不足的疾病，且治疗手段有限，出路之一便是：加强急性心衰管理，成立心衰单元，组建区域心衰救治协作组，实现经验共享。

陈教授指出，AHFU不仅仅是一种疗法，更是一种系统的规范化管理模式，为急性心衰患者提供标准的诊断、治疗和健康教育。AHFU以急诊科为阵地，联合心血管科、老年科等相关学科及院前急救人员，形成了强大的救治团队。

事实上，AHFU更是一种以急诊科为主导，涵盖院前急救、导管室、手术室、心脏重症监护、心脏内外科病房、出院随访、预防康复、科研教育为一体的新型治疗理念。

“AHFU的建设有不同的模式。可以是急诊科内部的特定区域或毗邻急诊科和胸痛中心的独立病房，也可是固定区域的虚拟心衰单元。建于急诊科内部或毗邻急诊科和胸痛中心便于共享医疗设备和医护人员，并缩短运转时间。”陈教授指出。

虚拟心衰单元则不必设立独立固定的病房，而是将观察室或普通病房中符合条件的患者划分到虚拟心衰单元中，采用标准化的医护诊疗规范对患者进行管理。

陈教授介绍，虚拟心衰单元优点在于可节省人员和空间，但是缺点也显而易见，独立心衰单元有更合理的空间布局、硬件设施，更有利于工作开展，而虚拟心衰单元由于空间和设备的限制，医护人员需兼顾其他工作，在一定程度上影响了医护人员的工作效率，增加了工作难度。

学科交叉

肿瘤心脏病学：变革观念

夏云龙 教授

肿瘤心脏病学是近年新兴的交叉学科，其形成背景是由于诊治手段的不断进步，肿瘤患者生存期明显延长，在肿瘤治疗中出现的心血管并发症逐渐成为影响患者预后的重要因素。

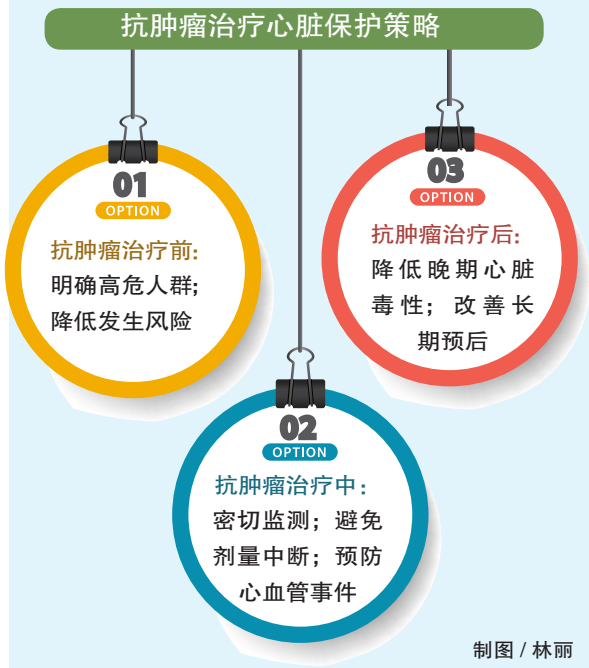
美国宾夕法尼亚大学Ky Bonnie教授介绍，肿瘤和心血管病在美国是导致死亡的两种主要疾病。癌症治疗中，放疗、化疗和生物靶向治疗等都可能对患者心脏造成损害，甚至影响患者预后或死亡。

Bonnie教授指出，抗肿瘤治疗中，血浆生物标志物可早期预测患者的心功能障碍风险，还可用于心脏风险分成及评估治疗效果。为接受抗肿瘤治疗的患者制订更为积极的心脏保护策略提供帮助，生物标志物的作用显得尤为可贵。

Bonnie教授希望通过肿瘤科及心内科医生的广泛协作，深入临床，认真观察，积累数据，达成抗肿瘤药物心脏毒性预后的共识意见，制定针对患者实际病情的治疗方案，在医学统计学家指导下，通过大规模、多中心、多学科合作、长期随访的临床试验，从中总结出确有证据支持的、行之有效的治疗方法。

在**大连医科大学附属第一医院夏云龙教授**看来，肿瘤心脏病学尚有很大的发展空间。他明确指出，未来的方向和挑战主要体现在4个方面。

第一，观念的革新与改变。从“谈癌色变”的传统观念中解放出来，肿瘤治疗中的心脏保护应体现为全程关护。第二，诊疗模式急需改变。现阶段肿瘤科医师对心脏损害关注不够，干预时机较晚。第三，肿瘤心脏病学专科医师的培训需要加强。各学科以及各亚专科的专业化程度越来越强，交叉学科之间的培训更显重要。第四，肿瘤心脏病学科需要多学科的良好协作。该新型学科涉及肿瘤科、肿瘤放疗科、血液科、心血管科、影像科等多个学科，良好的团队协作才能使该学科成长壮大，真正地为患者解决问题。



制图/林丽