

近期, ACC/AHA/HRS 联合发布了第一部晕厥诊断与处理指南。指南将晕厥定义为一种症状, 表现为突发、短暂、完全性意识丧失, 导致不能维持姿势性张力, 并且能迅速自行恢复, 其机制可能是大脑灌注不足, 强调为短暂全脑灌注不足, 而不是局部不足。需排除癫痫发作、头部创伤或假性晕厥等其他非晕厥引起意识丧失的临床特征, 如癫痫, 头部外伤, 或貌似意识丧失(如假性晕厥)。

新指南还就反射性晕厥、年龄和生活方式与晕厥、危险分层和临床预后、评估和诊断等方面提出了问题和今后研究方向, 并指出随着技术发展, 需要研究来确定新技术在评估和管理晕厥患者中的价值。

2017 版美晕厥诊治指南解读

▲ 福建医科大学附属泉州市第一医院心内科 许德星 北京大学人民医院心内科 丁荣晶 河南省郑州市中心医院心内科 袁丽霞

新指南具五大特点

☆指南对证据级别 B 和 C 进行细分, 将证据等级 B 分别划分为 B-R (证据等级来自中等质量 RCT) 和 B-NR (来自非 RCT 研究), 证据等级 C 划分为 C-LD (来自有限数据) 和 C-EO (来自专家观点)。

☆指南强调以患者为重点处理晕厥的管理, 而不是从较大的健康服务方面, 如晕厥管理单位。

☆突出心血管检查, 指南强调危险分层并在合适的时机预防特定人群心脏性猝死(SCD)。

☆指南详细阐述了遗传性心律失常和先心病晕厥的处理建议, 首次详细描述了直立不耐受综合征, 增加了运动员晕厥患者的评估内容, 某些疾病的建议更具有可操作性。

☆与晕厥相关的少见疾病, 指南不推荐进行全面评估, 仅纳入鉴别诊断。



丁荣晶教授

提出评估流程 易于掌握

新指南明确初始评估和进一步评估的不同侧重, 制定出具体流程图(图1、图2), 对晕厥患者详细询问病史、体格检查(包括测量不同体位血压、心脏方面体征、基本神经系统检查)以及静息12导联心电图检查。

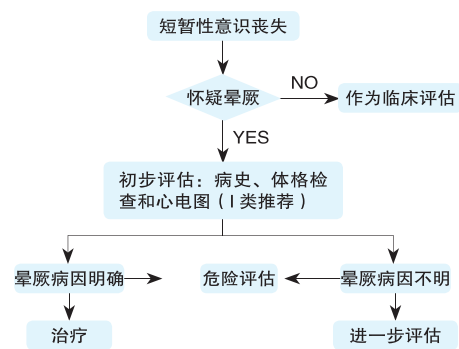


图1 晕厥患者初步评估流程图

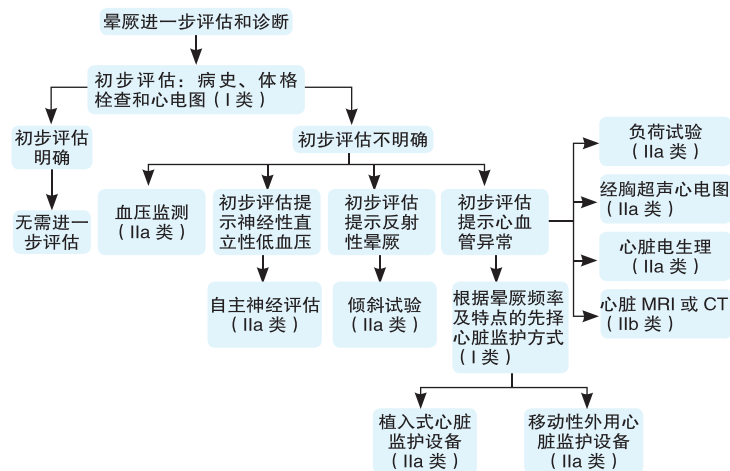


图2 晕厥患者进一步评估和诊断

检查方法丰富 提出针对性选择方案

影像学检查 如果怀疑结构性心脏病, 经胸超声心动图在选择性晕厥患者中可能有助于诊断(II a, B-NR)。CT 和 MRI 在选择性患者中可能有用(II b, B-NR)。不推荐常规的心脏影像学检查, 除非在病史、体检或心电图等初始评估的基础上怀疑为心脏疾病引起(III, B-NR)。

运动试验 指南首次对运动试验的价值做了较全面的描述, 认为运动负荷测试有助于确定在运动中出现晕厥的病因(II a, C-LD)。多种疾病可导致运动性晕厥, 包括结构性病变和离子通道病。为了复制症状或评价劳力时血液动力学反应(如低血压)进行平板运动试验, 必须在有高级生命支持的条件下进行。

心电监测 应根据晕厥事件的发生频度和特征选择特定的心脏监测设备。对于怀疑心律失常性晕厥的患者, 可选择 Holter、电话传送监测仪、体外循环记录器、胸贴记录仪、院外移动远程监测设备、置入式心电监测仪(ICM)等(II a, B-NR)。对怀疑心源性晕厥的住院患者, 指南建议持续心电监测有助于对住院患者疑似心脏病因的晕厥评价(I, B-NR)。

心脏电生理检查 指南建议对于怀疑心律失常性晕厥的患者行心脏电生理检查(II a, B-NR); 对于心电图正常、心脏结构和功能正常的晕厥患者, 不推荐应用心脏电生理检查来评估晕厥, 除非考虑晕厥为心律失常所致(III, B-NR)。

直立倾斜试验 指南建议: 如果初始评估后诊断尚不明确, 对疑为血管迷走性晕厥的患者行直立倾斜试验有助于诊断(II a, B-R); 当初始评估尚未明确诊断时, 直立倾斜试验可能对诊断晕厥及延迟性直立性低血压有帮助(II a, B-NR); 直立倾斜试验在特殊患者能鉴别惊厥性晕厥和癫痫(II a, B-R); 直立倾斜试验有助于假性晕厥的诊断(II a, B-NR); 不推荐应用直立倾斜试验预测 VVS 对药物治疗的反应(III, B-R)。

自主神经功能评估 指南建议同时监测脑电图和血液动力学参数倾斜表测试, 有助于区分晕厥、假晕厥, 和癫痫(II a, C-LD)。

神经诊断学 在晕厥评估和处理方面, 常规神经学检查的价值非常有限; 诊断的成本很高, 但诊断率低。建议仅适用于评估晕厥患者, 而不是广泛的一过性意识丧失的患者。

心源性晕厥分门别类 有效处理

心律失常 室性心律失常的患者, 晕厥复发的危险性和长期预后取决于基础心脏病的严重程度。对于晕厥且怀疑室性心律失常的患者, ICD 置入的适应证是基于记录到的致命性室性心律失常或发展为致命性心律失常危险的大小。

结构性心脏病 指南创新性地对 ARVC、结节性心肌病作了较详细的推荐。确定为主动脉瓣狭窄引起晕厥的患者, 推荐行主动脉瓣置换术。对于心肌病相关性晕厥, 主动脉瓣狭窄引起晕厥, 以及 HCM 相关性晕厥管理与现有指南一致。

成人先天性心脏病(ACHD) ACHD 患者有晕厥的风险, 与基础结构性心脏疾病和手术均有关系。这些患者可能出现心动过缓或心动过速造成血液动力学异常而导致晕厥。指南要求由具有 CHD 处理经验的医生进行治疗。在 CHD 的成人中可以看到整个心律失常谱, 包括继发于窦房结或房室结疾病的缓慢心律失常,

房性心律失常和室性心律失常。

遗传性心律失常 指南对遗传性心律失常也做了较详细的推荐。但由于遗传性心律失常的发生率很低, 一些检查异常的临床意义存在争议。

Brugada 综合征 其诊断近两年有了很大变化, 强调 I 型心电图改变, 而没有强调临床。指南也仅提及心电图改变。

短 QT 综合征 指南推荐有短 QT 心电图改变, 病因疑为心律失常的患者, 可考虑置入 ICD。指南将短 QT 综合征的界值定为 $QTc \leq 340$ ms, 不同于“HRS/EHRA/APHRS 遗传性原发性心律失常诊治专家共识”中的 $QTc \leq 330$ ms。

长 QT 综合征 β 受体阻滞剂可以显著降低晕厥复发风险, 以及致死性事件/几乎致死性事件的风险。对 β 受体阻滞剂反应性取决于患者的基因型, 不同 β 受体阻滞剂疗效也不一。LQTS1 患者的反应似乎好于 LQTS2 及 LQTS3。LQTS 合并晕

厥患者必须遵照既往指南改变生活习惯。指南指出在儿科长 QT 综合征患者可能存在 VVS 和心律失常性晕厥的显著重叠。关注晕厥前是否有诱因或有心悸发作, 对明确心律失常是否为晕厥病因很重要。

儿茶酚胺敏感性室速 指南首次推荐对于 β 受体阻滞剂治疗后仍然发生晕厥或室性心律失常的患者, 可考虑使用维拉帕米, 同时合并或不合并使用 β 受体阻滞剂。

早期复极 指南采用了早期复极的概念而未提及早复极综合征的概念, 指出在晕厥的患者中, 早期复极的临床意义不明确。



扫一扫, 阅读全文