

2018 欧洲心脏病学会晕厥诊断和管理指南发布 完善诊疗路径 关注“晕厥单元”建设

▲ 重庆医科大学 袁洁 山东省聊城市人民医院 王伟 北京大学人民医院 丁荣晶



丁荣晶教授

“

近日，欧洲心脏病学会（ESC）发布 2018 版晕厥诊断和管理指南。与 2017 年美国 ACC/AHA/HRS 版指南比较，ESC 新指南对晕厥的分类更加清晰简明，强调对临床短暂意识丧失（TLOC）的鉴别诊断，新增 TLOC 急诊评估流程和诊疗路径，并就如何建立门诊晕厥单元给出具体指导建议。

新指南的专家委员会成员真正做到了多学科，其建议更全面、更契合临床实际。新指南还调整了一些建议的推荐等级，提出了许多新建议和治疗观念。

”

明确晕厥的分类

ESC 指南将晕厥简单分为三类，反射性（神经介导的）晕厥、直立性低血压（OH）导致的晕厥、心源性晕厥，从概念上以及临床思路上都更加清晰明确，容易理解记忆。

此外，新指南还重新定义了眩晕和短暂意识丧失。

新指南对眩晕的定义沿用以往，与之不同的是，

重点强调了“TLOC”的概念。新指南指出，晕厥只是其中一类临床表现。TLOC 是一种认知状态，患者在短时间内缺乏对自我及所处环境的意识，不能对刺激做出反应，包括四个特征：短暂性、运动控制异常、反应缺失、记忆缺失。

2017 年 ACC 指南将短暂意识丧失分为晕厥

和非晕厥两类，分类思路欠清晰，新指南并没有将晕厥作为短暂意识丧失的分类依据，而是根据临床病史分为脑外伤性和非创伤性两大类，对于非创伤性 TLOC，进一步根据病因分类为晕厥、癫痫发作、心因性和罕见原因性，分类思路清晰，临床容易判断。

有针对性选择检查项目

新指南将卫生经济学概念加入短暂意识丧失和晕厥的临床管理中，对低危患者强调减少不必要的检查。

颈动脉窦按摩 新指南删除了颈动脉窦按摩试验禁忌，提出对于年龄 > 40 岁、病因不明和存在反射性原因的患者，应进行颈动脉窦按摩（I B）；如果颈动脉窦按摩引起心动过缓（心动过速）和（或）低血压等再现自发症状，并且患者有与晕厥的反射机制相匹配的临床特征，则证实是颈动脉窦综合征（I B）。

主动站立 在晕厥初始评估中，应通过血压计监测仰卧位和站立 3 min 的血压和心率（I C）进行评估；收缩压较基线下降 ≥ 20 mmHg，或舒张压下降 ≥ 10 mmHg，或收缩压降至 90 mmHg 以下再现自发症状时，确认晕厥由体

位性低血压所导致（I C）。

倾斜试验 怀疑反射性晕厥、体位性低血压、直立性心动过速或心因性假性晕厥时应进行倾斜试验检查（II a, B）；如果倾斜测试再现症状并伴随着这些病症的特征时，则应该考虑反射晕厥，体位性低血压，直立性心动过速或心因性假性晕厥（II a, B）。

自主神经功能测试 应考虑采用 Valsalva 动作评估怀疑神经源性 OH 患者的自主神经功能（II a, B）；对于怀疑神经源性 OH 患者的自主神经功能评估，应考虑深呼吸测试（II a, B）；推荐动态血压监测检测自主神经衰竭患者的夜间高血压（I B）。

此外，指南还提出了心电监护、晕厥录像、电生理检查、超声心动、运动试验等检测方法及应用证。

新增短暂意识丧失急诊评估流程

相较于 2017 年 ACC 指南，新指南更加细化了晕厥的评估流程和危险分层，特别提出了急诊晕厥的评估流程和处理原则。

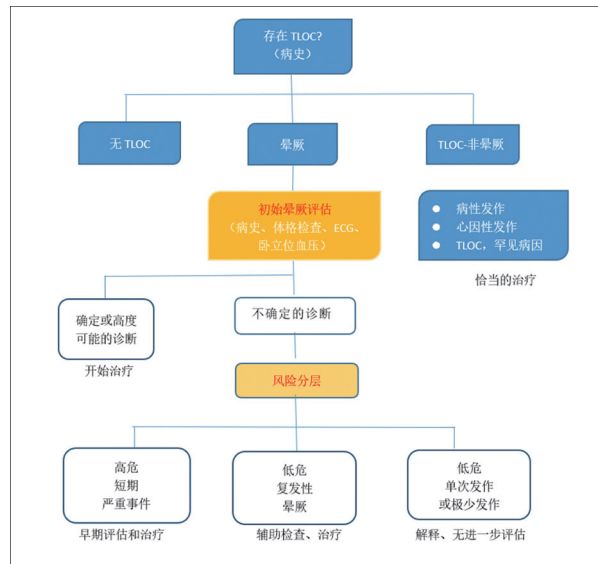
在急诊，对晕厥患者进行病史、体格检查、静息和仰卧血压检测以及心电图检测后，如果仅是反

射性晕厥、情景性晕厥或直立性晕厥等低风险患者，可简单处理后直接从急诊室出院（I B）；如果患者具有高危特点，则需要门诊晕厥单元或急诊室继续治疗，或住院治疗，以接受进一步的诊断和评估（I B）；如果患

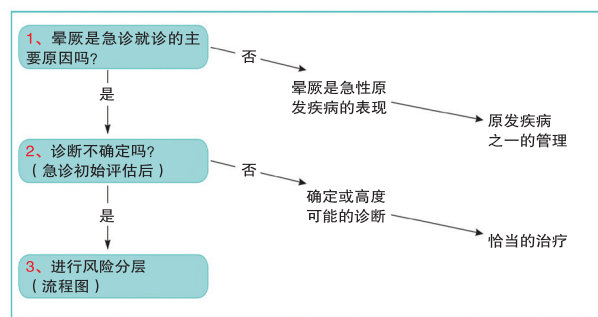
者既不具备高危特点，也不具备低危特点，则需在急诊室或晕厥单元继续观察，而非直接住院治疗（I B）。

关于晕厥诊断的临床特征，新指南与以往指南没有显著差别，但更加细化清晰。

初始评估流程



急诊科疑似短暂意识丧失患者的处理流程



第一步：初始评估时，首先要明确事件是否为短暂意识丧失，提出四个关键问题：

- ◆事件是短暂意识丧失吗？
- ◆如果是短暂意识丧失，是否为晕厥导致？
- ◆拟诊晕厥的情况下，是否有明确的病因？
- ◆是否有证据表明心血管事件或死亡风险高？

第二步：在急诊进一步对 TLOC 的评估，求回答下面三个关键问题：

- ◆是否存在可以识别的严重潜在病因？
- ◆如果原因不确定，出现严重后果的风险有多大？
- ◆患者是否应该住院？

依对发病机制相应干预

新指南中晕厥治疗的总体框架是基于风险分层进行干预，强调尽可能明确其机制并给予相应的干预。2017 版指南虽然也提出基于危险分层进行干预的理念，但危险分层的概念欠清晰，且主要介绍的是心源性晕厥的治疗。相比 2017 年 ACC/AHA 版指南，新指南中给出的治疗建议更全面细致，更具临床指导性。

★在任何情况下和任何年龄段，反射性晕厥都是晕厥最常见的原因，提出应根据年龄、晕厥严重程度和临床类型选择合适治疗的方案。

★所有反射性晕厥和体位性低血压的患者，都应告之诊断，说明复发风

险，并就如何避免诱发给出建议。这些措施是治疗的基石，对减少晕厥复发具有重要意义。

★确保所有心源性晕厥患者接受特定的心律失常和（或）潜在疾病的治疗。心源性猝死风险低的原发性心肌病或遗传性心律失常患者先进行植入式心电事件记录仪（ILR）评估，而不是直接植入式心脏复律除颤器（ICD）（II a）。

★对不明原因晕厥、心脏性猝死（SCD）高危的患者，需评估 ICD 植入的获益和风险。

如果患者不适用于上述情况或治疗失败，需重新评估和诊断并考虑其他治疗方法，临床中需要根据患者情况进行个体化管理。

重点解读

新指南提出，晕厥处理的主要挑战是在保证患者安全的同时减少不必要的住院和不必要的检查。专家组高度关注路径和机构问题，详细给出了如何建立门诊晕厥诊室（晕厥单元）的临床指导，目的是减少住院，减少漏诊和误诊，减少医疗费用。新指南指出晕厥单元是为 TLOC 及其相关症状提供标准化的诊断和管理的单元，其关键要素包括：

★晕厥单元应该在晕厥服务、专业医护人员的教育和培训方面起带头作用；

★晕厥单元应由具有 TLOC 专业知识的临床医生和其他必要的团队成员（即临床护理专家）领导，配备专业人员，具体取决于当地的服务提供模式；

★晕厥单元应该为反射性晕厥、OH、心源性晕厥、跌倒、心因性假性晕厥和癫痫提供最低限度的核心治疗；

★转诊推荐应直接来自家庭医生、急诊、院内和院外服务机构，或根据转诊风险分层进行自我转诊。应该建议有单独等候名单和后续随访的快速通道；

★晕厥单元应有质量指标、过程指标和理想的结局指标。



扫一扫，阅读全文