

近日，美国心脏协会、美国心脏病学会和美国心律学会联合发布了2019版房颤患者管理指南，认为大部分情况下，房颤患者预防卒中，非维生素K口服抗凝药（NOAC）应优先于华法林。指南同时发表于Circulation、Heart Rhythm和J Am Coll Cardiol。《医师报》整理了“新指南12大更新要点”发表于2月14日（584期）第12版。

此次更新对于临床实践有怎样的指导意义？我国房颤管理相较美国存在哪些差异？房颤领域还存在哪些亟待解决的难题？首都医科大学附属北京安贞医院心内科白融教授和喻荣辉教授对此进行了精彩解读。

January CT, et al.
2019 Focused Update on Atrial Fibrillation

2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society



扫一扫
关联
阅读全文

2019版美国三大会房颤患者管理指南解读，推荐NOAC取代华法林 新药获荐 倡导房颤综合管理

▲首都医科大学附属北京安贞医院房颤中心 白融



白融教授

此次更新是对近年来房颤领域研究进展的提炼和体现，为临床实践提供了新依据；但涉及内容远远不足以涵盖所有临床需求，房颤领域仍有大量悬而未决的问题因为证据不足无法给出指南推荐，研究与探索依然任重道远。

“新型口服抗凝药（NOAC）”说法应弃用

建议不再使用“antithrombotic（抗栓）”一词，将直接凝血酶抑制剂达比加群、Xa因子抑制剂利伐沙班、阿哌沙班和艾多沙班统称为非维生素K口服抗凝药（non-vitamin

K oral anticoagulants, NOAC）或直接作用口服抗凝药（DOAC）。目前国内业界通行说法“新型口服抗凝药（novel/new oral anticoagulants, NOAC）”虽英文缩写相同，但已显过时，应弃用。

NOAC取代华法林房颤抗凝统治地位

在有抗凝指征的非瓣膜性房颤患者，更新明确推荐应优先选择NOAC，从而取代华法林在房颤抗凝治疗领域长达数十年的统治地位；同时在紧急情况下使用NOAC逆转剂也被推荐，为NOAC临床应用提供了安全保障。在华法林时代，我国房颤抗凝治疗水平明显落后于世界平均水平，表现为知晓率、

用药率、达标率“三低”，这也是我国卒中率居高不下的重要原因之一。

从欧美国家指南对NOAC推荐级别不断提升的发展趋势分析，加之国人应用NOAC的经验积累和多项利好政策的颁布，有望通过普及NOAC应用，一举改变我国房颤抗凝治疗的落后局面，实现房颤卒中和栓塞事件的大幅降低。

选择房颤抗凝治疗策略取决于卒中风险

是否需要抗凝与房颤类型（阵发或持续）无关，而应根据卒中风险评估（目前推荐使用CHA₂DS₂-VASc评分）的结果决定；换言之，房颤负荷的大小并不是决定抗凝治疗策略选择的因素，由此引申出

的问题是：导管消融后，如果房颤不再复发或房颤负荷显著降低，患者是否需要继续、甚至终身抗凝治疗。此次更新并未涉及相关内容，但确是临床面临的重要问题，亟待通过开展研究获得答案。

房颤复律前后 抗凝可选NOAC

此次更新坚持房颤复律“前三后四”的抗凝原则，但药物选择不再仅限于华法林，明确了NOAC可作为房颤复律围术期的抗凝药物。对于持续时间超过48h或持续时间不明，且前3周末抗凝的房颤患者，如果需要“早期/提前”复律，在尽快实现抗

凝且经食道超声排除左心房/心耳血栓后，可进行复律。“早期复律”前必须尽快实现充分抗凝，这一内容在《房颤：目前的认识和治疗建议（2018）》中未能得到正确体现。在华法林时代只能应用肝素，现在有快速起效的NOAC可供选择。

特殊人群抗凝治疗更应个体化

对于房颤合并急性冠脉综合征接受PCI支架置入的患者，更新明确推荐了双联治疗（口服抗凝药+P2Y₁₂拮抗剂）较三联治疗（口服抗凝药+P2Y₁₂拮抗

剂+阿司匹林）有更低的出血风险，如果选择了三联治疗方案，其中P2Y₁₂拮抗剂应选择氯吡格雷而非普拉格雷，并在4~6周后考虑转为双联治疗。

首次推荐经皮左心耳封堵

更新首次推荐经皮左心耳封堵作为房颤患者卒中预防的非药物策略之一。虽然适应证仅限于有长期抗凝禁忌的病例，且推荐级别仅为IIb类，但一旦有指南依循，可预见该技术在我国的推广应用会呈级联式增长，期待下一次指南更新时

有更多证据支持该推荐级别的提升。

此外，更新中有关心外科手术同期进行左心耳封堵/切除术的证据级别也由C级提升至B-NR级，再次说明将左心耳隔绝于系统循环之外以预防房颤卒中和栓塞事件的理论基础是可靠的。

房颤合并心衰可行导管消融

越来越多证据、特别是最新CASTLE-AF研究表明，在房颤合并射血分数降低心衰的患者中，导管消融可能有助于降低死亡率和再住院率，此次更新以IIb类推荐增

加了这一适应证。据悉，中国心律学会将在全国开展一项新的随机对照临床试验（CHANGE研究），为促进该适应证推荐级别的提高提供循证医学证据。

倡导房颤综合管理模式

2016年欧洲房颤指南中提出了“房颤综合管理”的模式，包括患者参与、多学科合作、新技术应用和全方位治疗。

这些理念在此次更新中均有体现，如体重控制和危险因素防控被写入指南、提倡利用置入性节律记录器提高房颤检出率，以及鼓励患者参与抗凝策

略的选择等。落实指南推荐的难点在于从理念上改变医生、患者对房颤及其防治的认识。



扫一扫
关联
阅读全文

国内外视角

中美房颤患者管理建议对比

推荐优选NOAC 中国证据仍有待挖掘

▲首都医科大学附属北京安贞医院房颤中心 喻荣辉



喻荣辉教授

此次更新为我国房颤患者管理提供了新思考，具有一定的借鉴意义。新指南更新内容（前者）与《房颤：目前的认识和治疗建议（2018）》（后者）大部分一致，少部分略有不同。

此次更新为房颤管理提供了更为细致、科学的建议。同时，我国房颤领域需积累更多的中国数据，为共识及指南的制定提供更为有力的证据支撑。

- 对于肌酐清除率 $<15\text{ ml/min}$ 或正在进行透析的房颤患者（CHA₂DS₂-VASc评分 ≥ 2 分男性或 ≥ 3 分女性），前者推荐使用华法林或阿哌沙班口服抗凝治疗（IIb类）；后者不推荐NOAC（达比加群、利伐沙班、阿哌沙班及艾多沙班）抗凝治疗。
- 在发生危及生命的出血或紧急情况时，前者推荐依达赛珠单抗逆转达比加群酯的抗凝作用（I类），Andexanet alfa用于逆转利伐沙班和阿哌沙班的抗凝作用（IIa类）；而后者对相关内容有所提及，但未做特别推荐。
- 前者推荐在房颤患者实施心脏外科手术同期闭合左心耳（IIb类）；后者对该部分作为尚待研究的问题予以提出。
- 前者推荐对于持续 $\leq 48\text{ h}$ ，CHA₂DS₂-VASc评分0分男性、1分女性的房颤或房扑，复律前使用抗凝治疗（华法林、Xa因子抑制剂或直接凝血酶抑制剂），复律后不需要使用口服抗凝药（IIb类）；后者对该部分人群未做特殊说明。
- 对于合并ACS的房颤患者，前者推荐既往因ACS行冠脉支架置入，卒中风险增高者（CHA₂DS₂-VASc评分 ≥ 2 分），双联抗栓治疗中使用包含一种P2Y₁₂抑制剂（氯吡格雷）和低剂量利伐沙班（ 15 mg/d ）或达比加群酯（ 150 mg ，2次/d）的出血风险低于三联疗法（IIa类）；后者未进行具体推荐。