

欧洲无症状心律失常的管理共识解读 八大要点诠释无症状并非无害

▲首都医科大学附属北京安贞医院心内科 喻荣辉 赵欣 李昌义



喻荣辉教授

近日，欧洲心律学会（EHRA）发布了《无症状心律失常的管理共识》（Europace, 3月18日在线版）。

随着可穿戴及便携式心电监测设备的发展与推广，无症状性心律失常在临床实践中越来越常见，但这类疾病的评估与治疗是否等同于症状显著的心律失常，尚缺乏类似的研究证据。通常认为，无症状性心律失常较症状性心律失常预后良好，且无需治疗，但尚有部分例外，如房颤、非持续性室性心动过速等，值得临床医生予以重视。

共识立足于循证医学证据，对无症状性心律失常患者进行危险分层、药物及非药物治疗提供切实可行的指导建议。现对共识中涉及的临床常见无症状心律失常疾病现状与要点内容进行解读，旨在进一步推动此类心律失常的规范管理，有效减少与预防不良事件。



扫一扫，关联阅读全文

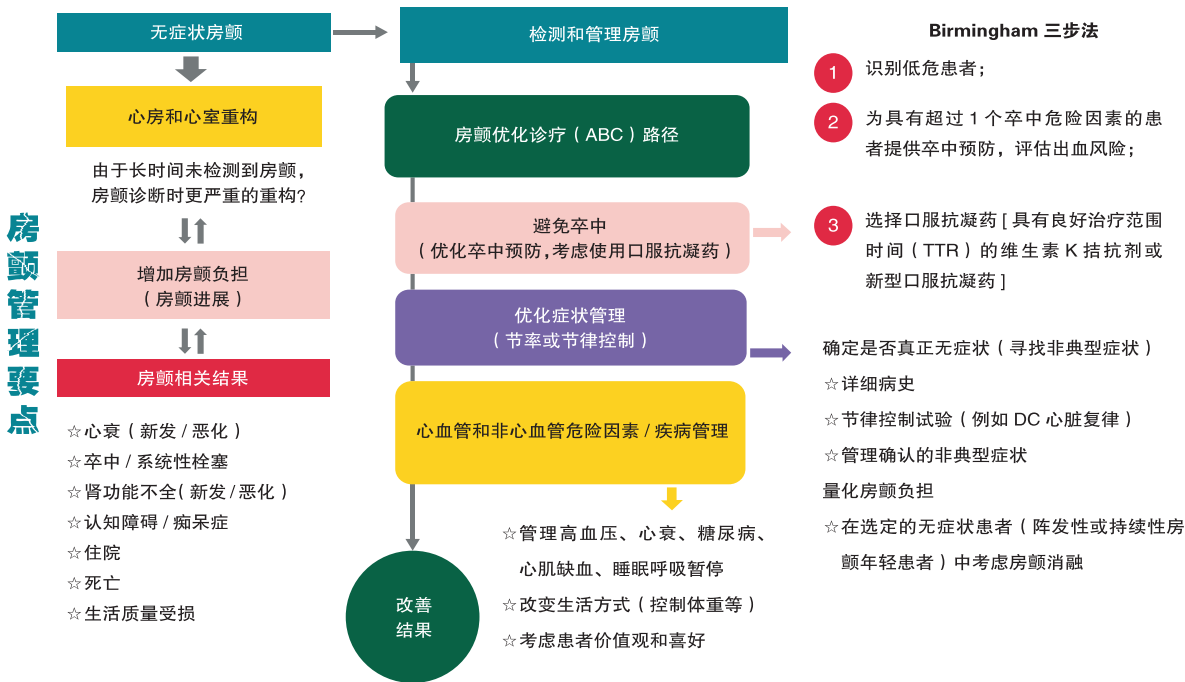
1 房性期前收缩与 非持续性房性心动过速 亟需重视

房性期前收缩（PAC）是临床中最常见却又因症状不显著而容易被忽视的心律失常。共识认为，Holter监测PAC > 500次/24h即定义为PAC高负荷，可显著增加房颤发生风险。

共识推荐所有PAC负荷严重患者均应接受房颤症状相关的教育或培训，疑似房颤患者应进行更加具体且更长时程的心律监测。同时还需进行包括控制高血压、减重以及进行睡眠呼吸暂停监测在内的

心血管危险因素综合控制；部分特定患者还需进一步评估其结构性心脏病。

此外，共识指出，PAC负荷严重且CHA₂DS₂-VASc ≥ 2分的患者年卒中风险为2.4%，与相同评分的房颤患者类似，因此对于PAC负荷严重或任何1次发病时连续记录PAC > 20次的患者均应考虑推荐抗凝治疗。但低/中度负荷PAC不伴房颤发作的患者并非口服抗凝药物的指征。



2 无症状心室预激 轻重有别

人群中心电图预激的检出率为0.1%~0.3%，其中症状性预激（预激综合征）发生心源性猝死的终生风险高达3%~4%，因此被普遍认为是电生理检查和导管消融术的I类适应症。但无症状心室预激患者仅心电图有预激表现而无临床症状，其发生心源性猝死的风险仅在0%~0.6%，因此对于这部分患者是否需要进行治疗仍存在争议。

共识建议，无症状预激患者需应用电生理检查进行危险分层并针对性管理。具有高危因素（旁路前传有效不应期<240ms，易诱发房颤和存在多个旁路）的无症状患者需考虑进行射频消融治疗；高强度运动或专业运动员以及具有高风险职业者也应积极考虑导管消融；对间歇出现δ波或电生理检查明确为低危的无症状预激患者通常只需进行长期随访。

3 房颤与房扑 不容忽视

真实世界数据中，无症状房颤人群占总房颤人群比率高达10%~40%。无症状房颤患者对房颤的危害性警惕不足，规范治疗比例偏低，增加了心动过速性心肌病、心衰、系统性栓塞、加速痴呆进展等并发症的发生风险。

共识推荐无症状房颤患者的管理基本等于症状性房颤患者：包括改变生活方式，评估卒中风险并进行抗凝治疗。此外，对于CHA₂DS₂-VASc ≥ 2分的

患者尤其应提高筛查力度。

快心室率的无症状房颤患者应进行室率控制以降低心动过速性心肌病的发生风险；无症状持续性房颤患者可行复律治疗以区分这部分患者是真的无症状还是已适应了房颤症状。

目前仍需进一步证实无症状房颤患者是否从导管消融治疗中获益，因此，无症状房颤患者在进行导管消融术前应征得充分知情同意，医患双方共同制定临床决策更为稳妥。

4 心房高频事件 慎重对待

当前心房高频事件（AHRE）的界定尚无统一标准，一般指心脏置入电子装置（CIED）记录到心率>180bpm，持续至少5min的心房事件，且未被临床诊断为房颤。

CIED置入人群中约30%~60%的患者可记录到AHRE，其进展为症状性房颤及发生栓塞风险分别为未记录到AHRE患者的5.6倍及2.5倍。

共识认为AHRE患者较无AHRE患者的卒中风险更高，但无房颤的AHRE患者是否会从抗凝治疗中获益以及这部分患者是否存在额外的卒中危险因素仍不明确，因此推荐AHRE患者进行进一步筛查（除非心电图记录到明确的房颤）；推荐部分CHA₂DS₂-VASc ≥ 2分的AHRE患者考虑抗凝治疗，但AHRE通常不需进行抗心律失常治疗。

5 室性期前收缩 精细化管理

共识总结了几项预示室性期前收缩（PVC）预后不良的因素：潜在的结构性、缺血性或心律失常性疾病；PVC ≥ 2000次/24h；复杂PVC（二联律、三联律和非持续性室性心动过速）；多形性PVC；运动时PVC增加；非流出道PVC；短联律间期PVC；PVC呈宽QRS波形态。存在以上因素的PVC患者需进

一步筛查以排除潜在的结构性、缺血性或心律失常性疾病。

频发PVC（负荷>20%）可使全因死亡和心血管死亡风险增高，应加强随访。此外，部分频发PVC可导致左心室功能受损并进展为心肌病，需积极进行治疗。无症状PVC患者的治疗应同时侧重于潜在的心脏病，以改善预后。

6 室性心动过速 慎重评估

共识指出，对无症状非持续性室速患者（NSVT）应进行详细评估，以发现其潜在的结构性、缺血性或心律失常性疾病。在排除急性冠脉狭窄后，NSVT伴左室射血分数（LVEF）<35%

且无可逆因素的患者，应予置入式心脏复律除颤器。此外，共识还强调对LVEF ≥ 40%的无症状NSVT患者，治疗其基础心脏病远比治疗心律失常本身更重要。

7 心动过速性心肌病 正确识别 适时干预

共识总结了心动过速性心肌病（TICMP）诊断要点：无其他引起心肌病因素；无左心室肥厚；左心室大小相对正常；控制心动过速后左心室功能恢复；控制心动过速后左心室功能恢复，但心动过速复发

后LVEF迅速下降。共识推荐临床医师在诊断TICMP时，需排除引起心肌病其他因素。TICMP管理应包括给予心衰患者由大量RCT证实的可改善预后的治疗，房颤患者节律控制效果不佳时可进行室率控制。

8 无症状缓慢性心律失常 着重医患共同参与

共识推荐既往有晕厥的患者，存在无症状严重心动过缓或心脏停搏>6s时应考虑进行诊断并治疗。但完全无症状的心动过缓本身不需进行治疗。

此外，共识还从患者

视角给出推荐意见：教育是心律失常管理的重要组成部分，无论是否存在症状，患者均需了解病情、病程变化、治疗措施及预后。治疗措施应因人而异，且应充分考虑患者意愿。