

欧洲发表立场声明

急性心衰合并房颤推荐 ABC 原则

近期，欧洲心律协会联合欧洲心脏病学会心律协会发布急性心衰患者房颤的管理立场声明。声明指出，急性心衰合并房颤的患者管理应实施 ABC 管理路径。

A 使用抗凝药物避免卒中。

B 更好的症状管理，以患者为中心的室率控制或节律控制。

C 心血管风险和共病管理，包括生活方式的改变。

大约 1/3 的急性心衰患者出现房颤。急性心衰合并房颤有共同的危险因素，有相似的病因学，两者互相影响，增加发病率和死亡率。阜外医院的研究发现，合并心衰的房颤患者，一年死亡风险增加 50%。

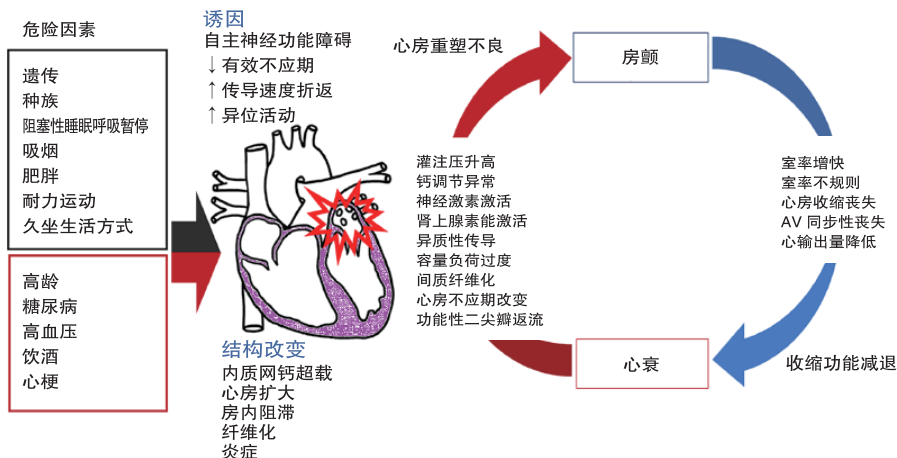


图 1 房颤的危险因素（红色代表房颤与心衰的共有危险因素）。这些因素导致心脏结构改变使其更容易受到房颤的影响。心衰会导致心房重塑，这促使房颤发生恶化。

脑卒中风险评估与预防

CHA₂DS₂-VASc 评分用于脑卒中风险评估具有实用价值。个人卒中风险是动态变化的，必须在每次临床就诊时重新评估。

对于合并房颤的心衰患者，需要注意患者的可改变的出血危险因素。出血风险也是动态的，建议在随访期间定期重新评估。

明确并纠正房颤（和快速心室反应）和急性心衰的可逆原因。

ACEI/ARB 可用于血流动力学稳定的、伴有左

HAS-BLED 出血评分用于识别出血风险高的患者以便早期复查和随访很重要，并且注意可改变的出血危险因素。

在急性期，抗凝药物（肝素和低分子肝素）必须与复律同时使用。

根据 CHA₂DS₂-VASc 评分，对于卒中或系统性

栓塞高危的房颤患者（男性 ≥ 2 分，女性 ≥ 3 分），长期口服抗凝药是必要的。

作为 CHA₂DS₂-VASc 评分的组成部分之一，心衰增加了卒中风险，是口服抗凝药的指征。

口服抗凝药包括抗凝控制良好的 VKA（TTR $\geq 70\%$ ）或新型口服抗凝药。

心血管风险与共病管理

者中， β 受体阻滞剂可用于预防新发房颤以及房颤复发。

对于急性心衰患者，不推荐仅使用醛固酮受体拮抗剂来预防房颤。

室率和节律控制

在血流动力学不稳定的情况下，紧急心脏复律是首选治疗方法。

同时控制心率，评估并治疗导致心率加快的病因，如缺血、感染、贫血和肺栓塞等，需要进行评估和治疗。

在血流动力学和症状改善的指导下，最佳目标心率 <100 次/min。

静脉注射胺碘酮控制心率安全有效。如果胺碘酮无效，可选择洋地黄。

建议在节律控制之前评估和干预急性心衰和房颤的潜在原因。

如果需要节律控制，建议电复律，也可选择胺碘酮。不建议使用其他抗心律失常药物。建议在复律后使用胺碘酮维持窦性心律。

多非利特用于心衰患者是安全的，因此建议在复律后使用多非利特来维持窦性心律。复律后，不推荐决奈达隆、氟卡奈德和普罗帕酮和索他洛尔用于维持窦性心律。

对于射血分数保留的心衰，声明提出建议：积极治疗基础疾病，及时识

别与处理潜在的可纠正病因和诱发因素；口服抗凝药物。

对于症状稳定和血流动力学稳定的患者，更倾向于静脉使用胺碘酮恢复窦性心律。

对于心律控制无效的射血分数保留的心衰患者，使用维拉帕米、地尔硫草或地高辛进行心率控制。

在失代偿期射血分数保留的心衰患者中，应尽快发现并纠正失代偿的原因。

对于血液动力学稳定的患者，静脉应用 β 受体阻滞剂用于控制心率，特别是口服地高辛治疗的患者。

在有 β 受体阻滞剂和地高辛禁忌证的患者中，可应用胺碘酮控制心率。

不建议在房颤伴射血分数保留心衰患者使用抗心律失常药物（胺碘酮除外）。

不建议使用非抗心律失常药物如 ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂（MRA）用于预防房颤。

中国房颤质控报告发布

房颤规范抗凝不足六成 栓塞风险评估不足 50%

我国 35 岁以上房颤患者超出 487 万例，但我国房颤医疗质量如何？

近日，《中国循环杂志》发布了《2019 年中国房颤医疗质量控制报告》显示，房颤诊疗质量较前有所改善，但仍有很大提升空间。

这份报告主要从血栓栓塞风险评估和抗凝治疗、介入治疗开展及左心耳封堵适应证的把握等方面进行了评估。

房颤非介入治疗质量：血栓栓塞风险评估不足 50%，抗凝药处方不到 60%，出血风险评估不到 40%。

报告显示，2018 年

157 家医院共上报房颤住院患者 10946 例，其中 86 家三级医院上报了 8457 例，71 家二级医院上报了 2489 例。

与 2017 年相比，2018 年我国非瓣膜性房颤患者接受血栓栓塞风险评估的比例明显增加（32.9%与 47.3%）。

而且具有适应证的房颤患者出院处方有抗凝药的比例也增加明显，从 2017 年的 53.9%增高至 2018 年的 56.7%，抗凝治疗者接受抗凝指导的比例也相应从 86.6%增加至 88.6%。

应用 7 个一级评价指标进行评估房颤住院患者

医疗质量发现，2018 年三级医院患者接受血栓栓塞风险评估的比例、具有适应证者出院处方中包括抗凝药的比例均高于二级医院。

总体而言，2018 年一级指标达标比例较 2017 年有所改善，其中二级医院尤其显著。但三级医院两项指标，即在服用华法林患者出院处方包括制定 INR 监测计划的比例以及具有适应证者出院处方包括 ACEI/ARB 的比例，存在退步趋势，前者或与 NOAC 应用比例增高而对应用华法林者重视度下降有关。

报告指出，不论三级

医院还是二级医院，对房颤患者进行规范的血栓栓塞风险评估比例均较低，不到 50%；而对有抗凝适应证的房颤患者，抗凝处方较低，二级医院仅 25.8%，这意味着大量患者暴露在血栓栓塞风险中，未来均需加大力度改善。

应用 14 项二级评价指标进行评估医疗质量可见，2018 年较 2017 年存在不同程度的改善，但上升空间较大。

其中值得注意的是，HAS-BLED 评分是目前各大指南推荐的出血风险评估工具，但应用比例偏低，1/2 的三级医院开展

HAS-BLED 评分的比例小于 26.7%。

房颤介入治疗质量：导管消融并发症发生率 2.6%，左心耳封堵适应证符合率 100%。

房颤介入治疗方面，2018 年 14 家国家/区域中心医院 2018 年共行房颤相关介入手术 12790 例，其中房颤射频消融术 10682 例，房颤冷冻消融术 1620 例，左心耳封堵术 488 例。

各医院房颤消融手术量从 33 例至 3225 例不等，其中大部分医院（9/14）消融手术量小于 700 例/年，2 家医院手术量大于 2000 例/年；

左心耳封堵手术量分别为 0 例至 93 例。50% 的医院左心耳封堵手术量小于 30 例/年，约 20% 的医院手术量大于 50 例/年。

导管消融并发症发生率为 2.6%，左心耳封堵并发症发生率为 4.6%，左心耳封堵适应证符合率为 100%。

我国房颤医疗质量控制工作，由国家心血管病医疗质量控制中心专家委员会房颤专家工作组于 2017 年展开。本次房颤医疗质控数据来自中国心血管病医疗质量改善项目（简称 CCC 项目）及部分医疗单位房颤介入治疗质量自报。