

ESC
European Society
of CardiologyESC 成人先心病管理指南
新方案要活用到中国临床

▲北部战区总医院心内科 朱鲜阳

随着心脏外科体外循环技术及微创介入治疗技术的飞速进展，先天性心脏病（先心病）患者的生存率和预期寿命明显增加，超过 90% 的先心病患儿可以生存到成年期甚至老年。许多文献提示成人先天性心脏病（ACHD）发病率呈逐年上升的趋势，预计以每年 5% 的速度增长，总数已超过婴幼儿先心病，流行病学显示我国 ACHD 总数约 200 万。

最新发布的 2020 ESC 成人先天性心脏病管理指南基于 ACHD 的风险分层、介入和外科手术时机与标准、以及药物治疗等均进行明确的建议。

增添 ACHD 患者妊娠、避孕和遗传咨询的明确指导

新指南探讨了 ACHD 患者妊娠、避孕和遗传咨询，并将妊娠危险程度分层。大多数 ACHD 女性妊娠耐受性良好，但某些复杂先心病女性风险较高，应该避免。鉴于 2018 年 ESC 发表的妊娠与心血管病管理指南，新指南提出所有 ACHD 女性和男性应该进行孕前咨询，探讨后代缺陷的风险和胎儿筛查。成立妊娠心脏病专业小组，对妊娠耐受性，生产

方式，先心病复杂程度给予专业化的建议，ACHD 妊娠女性均应在改良 WHO 分类标准上进行个体化的妊娠风险评估。

新指南强调生物标志物在 ACHD 患者随访中的新作用，不同类别的生物标志物与 ACHD 的不良事件相关，包括神经激素和心肌损伤（高敏感肌钙蛋白）或炎症（高敏 C 反应蛋白）等。提出 ACHD 存

在各种潜在风险和修补的变异性；利钠肽在 ACHD 心衰预后评估上的差异，对 Fontan 循环不敏感，而对双心室循环评估较为有意义。首次建议长期随访中采用利钠肽的连续检测，可以识别不良事件的风险，但值得注意的是，利钠肽在紫绀型先心病中可能由于缺氧而诱导其分泌增加。

提出 ACHD 应用抗凝剂的新观点

ACHD 患者发生血栓栓塞事件的风险增加，由于预防的证据有限，既往指南中较少提及。无机械瓣膜或严重二尖瓣狭窄的情况下，新型口服抗凝剂似乎与传统华法林同样安全和有效。持续性房颤 / IART 的中度或重度

ACHD 患者中，建议给予抗凝治疗，需进行个性化的风险评估。

轻度 ACHD 患者，建议使用 $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VAS}$ 和 HAS-BLED 评分。尚不能确定 Fontan 患者可在抗凝治疗中获益，应当权衡血栓

和出血风险，尤其是紫绀先心病患者。与 2017 年 ESC 瓣膜性心脏病和 2018 年 ESC 妊娠与心血管病管理指南一致，对于偶然的心内或血管内血栓栓塞事件，推荐抗凝治疗用于二级预防。

经心导管介入技术在 ACHD 中的重要作用

新指南强调心导管检查诊断和治疗技术在 ACHD 中的新作用，并在每一种具体 ACHD 中给予应用建议。专科中心由多学科团队的 ACHD 专家组成，经导管介

入治疗 ASD、VSD 和 PDA 已成为常见先心病替代外科手术的选择。

心导管诊断技术包括 PVR、心室舒张功能、压力梯度、分流量、冠状动脉造

影和主肺动脉侧支血管评估等。提出 ACHD 患者常合并冠心病、高血压和其他疾病等风险因素，绝经期妇女，年龄 >40 岁男性术前行冠脉造影检查。

更新了 ACHD 瓣膜疾病处理和复杂先心病干预的指征

左室流出道梗阻，先天性二叶主动脉瓣狭窄、遗传性胸主动脉疾病和主动脉狭窄等 ACHD，多普勒平均

压差达 40 mmHg，BNP 和 PAH 纳入主动脉瓣狭窄手术的指征；TOF 修补和 RVOT 重建的患者术后右室腔扩大，

肺动脉瓣中度以上返流可行经导管瓣膜置入。复杂和罕见 ACHD 亦有明确的处理建议。

新指南在强调 ACHD 领域缺乏来自于循证医学的大量数据，大多数推荐是基于回顾性或前瞻性观察研究制定的专家共识的结果，因此会在某些临床情况下存有偏倚，中国医师在学习新指南时更要注重我国 ACHD 的临床特点与规律，准确把握手术适应证，个性化地选择与设计治疗方案，有效的控制相关并发症，建立良好管理措施是治疗 ACHD 患者的重要保证。

扫一扫
阅读原文ESC 心房颤动诊断及治疗指南发布：从 CC 到 ABC
房颤综合管理新路径出炉

▲首都医科大学附属北京安贞医院心内科 喻荣辉



喻荣辉教授

房颤患者的综合管理对改善其预后至关重要。房颤患者的综合管理需要跨学科团队协调一致的个体化管理路径，以提供最优化的治疗。新指南提出了从 CC 到 ABC 的房颤综合管理路径，CC 即为确诊房颤（Confirm AF）、房颤结构化特征（Characterise AF），ABC（Atrial

ESC 新指南整合了有关房颤的最新证据，对既往指南进行了重要更新，一些长期存在的临床问题得到解答，一些重要管理路径首次提出。

房颤的综合管理建议

fibrillation Better Care）整体路径，其中“A”是抗凝和卒中预防（Anticoagulation / Avoid stroke），“B”是更好的症状管理（Better symptom management），“C”是优化合并症和心血管危险因素的管理（Cardiovascular and Comorbidity optimization）。ABC 路径简化了不同医疗水平和不同专业对房颤患者的综合管理。为了优化对特定房颤治疗方案的共享决策，

建议医生应告知患者治疗方案的优点和局限性，与患者讨论治疗的潜在负担并将其意见纳入治疗决策。（I，C）定期收集 PRO，以评估治疗效果改善患者的治疗（I，C）。新指南重视对心房高频事件和亚临床房颤的管理，应定期评估患者是否进展为临床房颤及卒中风险。对于 AHRE/ 亚临床房颤 ≥ 24 h、卒中风险高的患者，可考虑应用 OAC。

进行正式体系化的出血风险评估

首先应使用 $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ 评分对患者进行卒中风险评估，有卒中风险的患者应给予抗凝治疗，新指南推荐 NOAC 作为首选抗凝药物（I，A），并强调对动态评估患者的卒中风险。

建议进行正式体系化出血风险评估，识别不可改变的出血的危险因素和解决可改变的出血的危险因素，并确定潜在的高危出血患者以进行

早期和更频繁的临床检查和随访（I，B）。出血风险评估应考虑使用 HAS-BLED 评分，以帮助解决可改变的出血风险因素，并识别出血高危患者（HAS-BLED 评分 ≥ 3 ），以便早期和更频繁地进行临床检查和随访（II a，B）。

建议定期对卒中和出血风险进行重新评估，以辅助临床决策（例如卒中风险变高的患者启动 OAC 治疗），并解决潜在可改变的出血危险因素（I，B）。最初为低卒中风险

的患者，应在 4~6 个月重新评估卒中风险（II a，B）。INR 在治疗范围内时间短的患者（TTR < 70%），可改用 NOAC 但要确保良好的依从性和治疗的持久性（I，B），或尽力提高 TTR（II a，B）。在没有 OAC 绝对禁忌证的情况下，估计的出血风险不应用于指导 OAC 预防卒中的治疗决策（III，A）。房颤的临床类型不应限制血栓预防的适应证（III，B）。

更为积极地推荐导管消融治疗

房颤导管消融是一种有效的预防房颤复发的治疗方法。导管消融对于维持窦性心律和改善症状是一种安全且优于抗心律失常药物（ADD）的选择。新指南较既往指南更为积极的推荐导管消融治疗，特别是药物治疗无效的患者及房颤诱发心动过速性心肌病的患者。同时强调考虑患者房颤复发的

危险因素，以指导消融决策。对于房颤导管消融决策，建议考虑手术风险和房颤复发的主要危险因素，并与患者进行讨论（I，B）。对于房颤复发的患者，如果患者的症状在初次 PVI 后有所改善，则应考虑重复 PVI 消融（II a，B）。在 I 类或 III 类 AAD 失败或不能耐受后，建议对患者进行房颤导管消融以控制心律，改善患者房颤复发的症状。包括阵

发性房颤、持续性房颤无复发的主要危险因素（I，A），持续性房颤有复发的主要危险因素（I，B）。对于阵发性和持续性房颤患者，在 β 受体阻滞剂治疗失败或不能耐受后，应考虑 PVI 以控制心律，改善房颤症状（II a，B）。

扫一扫
阅读原文