

60岁球王马拉多纳突发心脏骤停离世, 公众猝死防治认知亟待提升

全球之首: 我国每天 1490 人死于心脏性猝死

▲ 中国医学科学院阜外医院心律失常诊治中心 华伟

现状

我国每年心脏性猝死 54.4 万例 居全球之首

2009 年, 中国医学科学院阜外医院华伟教授牵头的国家“十五”攻关项目, 首次开展了我国 SCD 的流行病学调查。在北京、广州和新疆分别选取 20.6 万、14.9 万、16.0 万的城市居民, 在山西选取 16.2 万农村居民, 进行 SCD 发病情况的监测, 监测时间从 2005 年 7 月 1 日至 2006 年 6 月 30 日, 监测总人群共 67.8 万。

数据显示, 我国 SCD 发生率为 41.84 例/10 万人, 若以 13 亿人口推算, 总人数高达 54.4 万例/年, 位居全球之首。这是我国第一次得到 SCD 的流行病学数据, 对大力推进我国 SCD 的防治研究具有重要意义。

高危人群

冠心病为心脏性猝死最常见病因

马拉多纳自退役后曾多次因冠心病和高血压住院治疗。SCD 最常见的病因就是冠心病, 在西方国家可能占 SCD 原因的 80%。其次是各种原因导致的心肌病, 如扩张型心肌病、肥厚型心肌病。此外, 一些先天性或遗传性疾病, 如长 QT 综合征、Brugada 综合征、马凡综合征等也是猝死的原因, 青少年及欠发达国家冠心病发病率相对较低的人群需考虑上述病因。因此, 识别 SCD 高危风险人群对于防治十分重要。

对于有 SCD 高危发生风险的人群普遍存在上述提到的器质性心脏性疾病, 如冠心病、心肌病等。中国医学科学院阜外医院张澍教授牵头的 Improve 研究最新结果显示, 如果具有以下危险因素: 非持续性室速、频发室早、左室射血分数 (LVEF) 较低、晕厥或先兆晕厥, 这些患者发生 SCD 的风险非常高, 应优先置入除颤器。就目前研究证据显示, 以下几种指标可作为 SCD 的预测因素:

LVEF 其是评价左心功能十分重要的临床指标。对于存在器质性心脏病的患者, LVEF 降低具有很高的 SCD 发生风险, 是指南评估患者是否有置入式心律转复除颤器一级预防置入指征的重要指标。

MACAS 研究结果提示, LVEF 是预测非缺血性心脏病患者心律失常风险的唯一指标。

国内外研究显示, 即便是介入治疗时代, 对于急性心梗接受过再血管化治疗的患者, LVEF

低下仍然具有很高的 SCD 发生风险。

心肌纤维化

心肌组织内纤维化瘢痕是重要的致心律失常发生基质, 瘢痕周围易导致折返区而发生快速性心律失常。电生理检查发现, 对于发生过急性心梗或缺血性心肌病的患者, 广泛的心肌细胞坏死引起室壁瘤的形成或纤维瘢痕的增生, 折返性心律失常通常出现在毗连这些瘢痕区的梗死灶周围。

另外, 梗死区周围少量因再灌注或靠侧支循环存活的心肌细胞兴奋性相对增高, 部分心肌细胞的电传导在这些瘢痕区周围因传导减慢或受阻, 与正常的电传导形成折返环, 从而触发快速性心律失常。

晕厥史 最早 Framingham 研究就已提示, 晕厥史是重要的 SCD 危险因素之一。欧洲心肌病注册研究显示, 约 12.5% 的患者存在心律失常相关或心源性晕厥史。晕厥与此类患者发生 SCD 具有明显相关性。

其他 如非持续性室性心动过速、频发性室性早搏, 碎裂 QRS 波等。

当地时间 11 月 25 日上午, 一代球王迭戈·阿曼多·马拉多纳在其位于阿根廷的家中突发心脏骤停去世。传奇球星 60 岁就离开人世, 不禁让人惋惜。但事实上, 马拉多纳早就多次出现了健康问题。

健康问题频现

☆ 2004 年, 马拉多纳因肺部感染引发心脏病紧急住院, 当时甚至一度出现心跳和呼吸停止。

☆ 2019 年, 他因健康原因不得不中止执教墨西哥第二级别联赛的多拉多斯队, 执教期间, 曾因胃部出血住院接受治疗。

☆ 2020 年 11 月 2 日, 马拉多纳再次因为健康问题入院。检测结果显示, 马拉多纳患有硬膜下血肿, 起因有可能是头部受到了不明原因的撞击。

☆ 11 月 3 日, 马拉多纳接受了紧急手术, 手术恢复良好, 马拉多纳意识清醒、状况良好。

☆ 11 月 25 日, 马拉多纳疑因心脏性猝死 (SCD) 离世。

事实上, 自 1997 年退役后, 由于酗酒等不良生活经历, 马拉多纳曾多次入院。酗酒、有心脑血管病史, 都可能是导致 SCD 的诱因。马拉多纳的骤然离去, 或许不能归咎于某一个具体原因, 预防 SCD, 也应综合考虑各种危险因素。

球王的猝然离世令人唏嘘不已, 如何提升公众对 SCD 的认知已经迫在眉睫。

何为 SCD? SCD 指由于各种心脏原因所致的突然死亡。具有突发、迅速、不可预料和死亡率高的特征, 是直接危及人类生命的一大杀手。

目前我国 SCD 流行病学现状如何? 哪些人群具有发生 SCD 的高危风险? 如何有效防治 SCD?

防治

提升全民意识 最短时间内给予有效除颤

对于 SCD 的预防, 首先应让全民意识到预防 SCD 的重要性, 广泛开展防治 SCD 知识的普及; 其次, 应建立应急体系, 向医务人员或大学生等宣传心肺复苏知识, 一旦发生 SCD 可及时进行心肺复苏; 再次, 在公共场所应配备体外除颤器 (AED), 一旦发生, 可在最短时间内给予有效除颤, 这是挽救患者生命的重要环节; 此外, 有些患者存在高危风险因素, 特别是心梗后的患者和心功能不全的患者, 要尽早发现, 并识别高危患者。最重要的还是控制和减少高血压、高血脂、糖尿病、吸烟等导致冠心病的危险因素。

目前公认的预防 SCD 最有效的方法是置入式心律转复除颤器 (ICD), 它可埋藏在人体内, 当患者发生室速、室颤时, ICD 系统能够自动充电及通过除颤电极释放电能除颤 (图 1), 以此挽救患者的生命, 成功率在 95% 以上, 而一旦在医院检查出是 SCD 高危人群, 就需要安装 ICD。包括 MADIT、DEFINITE 等多项大型临床研究结果均证实了 ICD 在预防 SCD 的有效性和安全性。美国前副总统迪克切尼就因为心梗置入了 ICD 而幸免于发生 SCD。



华伟 教授

据了解, 我国于 1992 年开始应用 ICD, 目前每年置入 ICD 量仅为 5000 台左右, 而美国每年置入量已超过 20 万台, 这表明我国 SCD 的防治都大大落后于西方发达国家。

若要在 ICD 的应用上拉近我国和发达国家之间的距离, 需做好两方面工作: 一方面, 虽然目前已充分证实了 ICD 能够很好地预防 SCD, 但是国内很多医生没有认识到 ICD 预防 SCD 的作用, 因此需大力宣传普及 SCD 以及 ICD 预防 SCD 的作用; 另一方面, 需大力普及关于 ICD 的知识, 让更多医生掌握 ICD 技术, 降低 ICD 费用, 使患者更易接受 ICD 治疗。

非静脉置入方式的除颤器也是防治 SCD 的重要组成部分, 如全皮下置入式心律转复除颤器 (S-ICD), 无需经静脉置入较为粗大的除颤导线, 这对于年轻、预计生存期长, 可能需要反复更换除颤导线的患者具有明显优势。

此外, 临床上部分 SCD 发生高风险的患者存在 ICD 置入的禁忌 (如近期因感染拔除 ICD 导线装置), 或不符合临床指南 ICD 的置入推荐 (如存在恶性肿瘤晚期病史, 预计生存期不足 1 年), 可穿戴式除颤器十分适用于这类患者, 这种便携穿戴式具有除颤功能的设备, 具有穿戴简单方便、设备可充电重复使用、除颤效果可靠等优点。

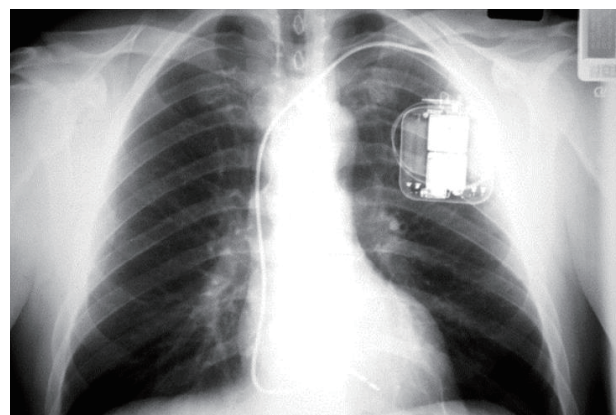


图 1 置入式心律转复除颤器