

第十九届心房颤动国际论坛在大连召开 房颤发展新理念 新思路 新未来

▲大连医科大学附属第一医院 张多多 杨晓蕾 孙源君 马成鸣 张澍 王忠振 马裴裴 李道博

“房颤会议以创新合作，发展共赢的理念，激励一代又一代房颤工作者以梦为马，不负韶华。”第十九届心房颤动国际论坛期间，大会主席、大连医科大学附属第一医院夏云龙院长表示，未来大连医科大学附属第一医院将继续为建设国内一流国际知名的医疗研究型大学附属医院而奋斗，为建设健康中国保驾护航。



房颤管理

马长生 房颤最大的危害是血栓栓塞风险

首都医科大学附属安贞医院马长生教授表示，以往口服华法林是房颤抗凝治疗的基础，而近年来新型口服抗凝药物的出现和推广，因其独特的优势逐渐取代华法林的地位，成为房颤抗凝治疗的首选。

韩国研究显示，与华

法林相比，新型口服抗凝药与较低的颅内出血及卒中风险相关，慢性肾功能不全长期透析患者出血风险增加。Meta分析显示，与未服用抗凝剂和阿哌沙班抗凝相比，华法林、达比加群和利伐沙班的出血风险显著增加，因此研究者提出该部分患者抗凝治疗

的风险和获益需要进一步验证。

以往瓣膜性房颤的抗凝治疗仍以华法林为首选。前不推荐新型口服抗凝药非推荐剂量用于房颤卒中的预防。GARFIELD-AF研究事后分析显示非推荐剂量的新型口服抗凝药与死亡风险增加有关。

黄德嘉 房颤抗凝治疗适应证：问题引出的争议

四川大学华西医院黄德嘉教授强调，对卒中风险较低的房颤患者，抗凝治疗时应注意与栓塞相关其他因素，充分评估抗凝治疗的净获益以及出血风险；应选择NOAC来抗凝治疗，慎重选择华法林抗凝治疗。

亚临床房颤需全面评

估心血管危险因素，合并疾病及血栓栓塞的风险（CHA₂DS₂-VASc评分），随访观察是否发作为临床房颤，房颤负荷增加情况（特别是≥24h），可根据CHA₂DS₂-VASc评分和房颤负荷考虑是否抗凝治疗。

对不明原因的缺血性

卒中患者，应寻找潜在房颤的可能性，如年龄偏高（>75岁）、多灶性栓塞、LVEF低于40%、左心房增大、短阵房颤、频发房早等，此类人群不能盲目抗凝治疗。

在尚未确定为房颤之前，如何抗凝是今后临床研究尚待解决的问题。

华伟 NOAC在房颤消融围手术期的应用

在围手术期如应用抗凝药物？中国医学科学院阜外医院华伟教授指出，目前房颤患者如需接受一些轻微出血风险的手术，包括部分牙科手术、眼科手术和表皮手术不需要停用NOAC；而像内镜活检、电生理检查或者射频消融、

起搏器或ICD置入、非冠脉血管造影等低出血风险的手术操作，需术前24h停用NOAC。

而出血风险较高的手术，如开胸手术、腹腔手术、骨科大手术、肝肾穿刺、体外冲击波碎石术等，建议在术前停用NOAC

至少48h。

对于合并肾功能不全的房颤患者，根据CrCL水平和NOAC药物种类进行择期手术最后一剂药物服用时间的选择，低危出血干预后≥24h后恢复全剂量，高危出血干预后48~72h后恢复全剂量。

院士风采

吴以岭 络可改善微血管血流灌注

中国工程院吴以岭院士认为，心脑血管是严重威胁人类健康的重大疾病，微血管病变是心脑血管肾重大疾病临床治疗难题，亟需通过理论创新取得微血管病变的治疗突破。他提出“孙络-微血管”是中西医结合研究微血管病理理论结

合点和治疗突破口。络脉病变涵盖了心脑血管肾血管病重大疾病，系统阐述络脉学说指导微血管防治作用机制，吴院士首次提出“孙络-微血管”病变是以微血管内皮细胞损伤为核心和启动因素，血液成分和神经体液共同参

与，脏器组织机构功能损伤，多维时空动态演变的复杂网络病规律，络脉干预使复杂网络关节点趋于正常，在保护微血管方面较对照组优势更明显。揭示络脉改善微血管血流灌注是治疗心脑血管肾重大疾病共性机制。

陈义汉 心脏病学原始创新已开始

同济大学陈义汉院士提出，心脏病学原始创新：我们在山脚下。陈院士肯定了房颤在心律失常疾病中的重要地位，房颤是心律失常疾病中最重要的方面，必须重视房颤的预防、治疗及预后。

陈院士团队开展了关于心脏起搏细胞的研究，并成功地发现心脏起搏细胞具有类似谷氨酸能神经元的功能特点，心脏起搏细胞几乎完整地表达了谷氨酸递质系统，包括谷氨酸代谢酶、离子型谷氨酸受体及转

运体。

抑制谷氨酸递质系统可减慢窦房结起搏细胞的钙瞬变频率，可抑制心房肌细胞的兴奋和传导，而激活上述谷氨酸递质系统或增加谷氨酸浓度，可增加起搏和传导细胞的兴奋和传导功能。

房颤抗凝

黄从新 房颤要早期节律控制

武汉大学人民医院黄从新教授指出，早期节律控制非常重要，对于1年内新诊断房颤，包括初诊、无症状和持续房颤，节律控制可改善患者预后。符合适应证的患者，节律治疗要优选早期导

管消融治疗。导管消融成功后无复发，是否停用抗凝药？研究显示，消融后停用抗凝药，不会增加卒中风险，但仍需要大样本随机循证后。符合适应证的患者，节律治疗要优选早期导

进行个体化情况选择抗凝方案。

对于CHA₂DS₂-VASc评分低危患者，术后2月可停抗凝，对于评分高危人群及左房内径大于50mm、左心耳隔离、心房功能障碍等患者需要长期抗凝。

张澍 中国心源性卒中防治基地建设项目进展

中国医学科学院阜外医院的张澍教授介绍了中国心源性卒中防治基地建设项目进展。我国心源性卒中防治监测基地项目属于多学科的工作，于2018年启动，当时有97家医院加入基地建设，分7大区域启动。

2019年随着医院层面的积极相应，推动了项目的落地执行。

2020年，新的临床指导文件《中国房颤患者卒中防治指导规范》启动，并在疫情下开展视频专家会，讨论科研方向，线上

线下多种形式交流来推动相关工作，把多学科合作落实到实地；2020年11月国家卫生健康委有进行阶段性的总结，并有序扩大相关工作，规范收集相关数据，用于改善房颤综合管理的质量。

夏云龙 房颤伴心衰患者管理要点

夏云龙教授指出，心衰是房颤常见的心血管合并症，高达44.1%的房颤患者合并心衰。房颤导致心衰与基因、心肌纤维化、心肌重构、神经体液因素激活等机制相关。

夏云龙教授指出，心衰合并房颤的抗凝治疗需考虑到其他心血管合并症，权衡利弊，进行综合

判断。左心耳封堵和左心耳套扎等手段可用于存在抗凝药物使用禁忌的人群，但应用于一般房颤合并心衰人群的抗凝仍缺乏循证依据，其预防卒中效果有待进一步证实。

目前，射血分数减低型心衰合并房颤的药物治方面，2020年欧洲心脏病协会指南已从以往的

“金三角”用药改为“新四联”用药方案，即强调钠-葡萄糖转运受体抑制剂的作用，可降低患者死亡率。非药物治疗中，目前导管消融治疗应用于房颤合并心衰的患者具有较好的临床获益。对于房颤导管消融失败的患者，可以选择行房室结消融及希浦系统起搏治疗。