

2016年ESC心房颤动管理指南更新解读

陈志坚¹ 易桂文¹

[提要] 2016年欧洲心脏病学会发布的心房颤动(房颤)管理指南是对2012年该指南的更新。2016年指南更加强调房颤的危害,在房颤的卒中预防和抗凝治疗等方面有较多的变化,为房颤提供了新的诊治思路,对临床有一定的指导作用。

[关键词] 欧洲心脏病学会;心房颤动;卒中;抗凝

doi:10.13201/j.issn.1001-1439.2016.11.002

[中图分类号] R541.7 **[文献标志码]** C

2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed

CHEN Zhijian YI Guirwen

(Department of Cardiology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, 430022, China)

Corresponding author: CHEN Zhijian, Email: drchenok@126.com

Summary The present European Society of Cardiology (ESC) guidelines are the update to the 2012 European guidelines for the management of atrial fibrillation. Compared with the previous guidelines, the guides lay more emphasis on the hazards of atrial fibrillation. There are many changes in the guidelines for prevention of stroke and anticoagulation in atrial fibrillation. These guidelines provide a new diagnosis and treatment ideas for atrial fibrillation, and is helpful in our clinical practice.

Key words European Society of Cardiology; atrial fibrillation; stroke; anticoagulation

欧洲心脏病学会(ESC)联合美国心脏病协会(AHA)于2006年制定了《心房颤动治疗指南》,随后欧美分别对该指南进行了更新^[1-3]。随着近几年多个多中心大型临床研究结果的公布,2016年ESC将这些研究结果纳入其中,在原指南基础上更新了该指南,并于2016年8月发表^[4]。该指南虽然针对欧洲人群所制定,但对我国仍有很大启示与借鉴价值。本文将重点解读2016年更新的心房颤动(房颤)治疗指南中与临床实践密切相关的部分内容。

心房颤动是目前临床上最常见的心律失常之一,超过600万欧洲人患有这种心律失常,全球患病率为1%~2%,随着社会不断老龄化的发展,其患病率在未来还会进一步增长。我国发病率目前约为0.77%,房颤患者的平均年龄也呈上升趋势,男性高于女性。房颤患者发生卒中与充血性心力衰竭的风险分别是正常人群的5倍与3倍,同时其所导致的住院率和病死率也在逐步上升,房颤治疗已日益成为当今世界心血管领域的巨大挑战。以下列举的5条为该指南的重点和更新的重点,与临床实践密切相关,值得我们学习和借鉴。

1 房颤的筛查和分类

1.1 房颤的筛查

2016指南提议及早发现房颤,预防卒中,体现了战略前移和预防的理念。中国是卒中大国,除高血压外,房颤是导致缺血性卒中高发的另一个重要危险因素。因此,在高危人群中积极筛查房颤对于制定正确的卒中预防策略至关重要。这一问题在我国一直未受到应有重视。2016年欧洲指南较以往更加注重房颤患者的筛查,强调在并发症出现之前早期诊断房颤比预防卒中更为重要。指南建议对于65岁以上的老年人,在常规体检行脉搏或心电图检查的同时,应观察有无房颤发作(I,B);在不明原因的缺血性卒中或短暂性脑缺血(TIA)发作的患者中,应进行72h的动态心电图检查,以便筛查阵发性房颤。若未发现,建议进行更长时程的心电图记录(I,B);对于75岁以上或有高危卒中风险的患者,也建议进行心电图检查以筛查房颤(II b, B)。

1.2 房颤的分类、临床分型和症状分级

房颤的分类在此次指南更新中仍然沿用了之前的分类方法,分为初发房颤、阵发性房颤、持续性房颤、长程持续性房颤和永久性房颤5类。房颤的临床分型,仍分为继发于结构性心脏病房颤、局灶性房颤、多基因与单基因房颤、术后房颤、二尖瓣狭窄和人工心脏瓣膜相关房颤等。房颤的症状分级

¹华中科技大学同济医学院附属协和医院心内科(武汉,430022)

通信作者:陈志坚, E-mail: drchenok@126.com

较前有所变化,虽然仍按照 EHRA 分级,但将 2 级细分为 2a 级和 2b 级。2a 级是指有轻微症状,一般正常体力活动不受影响;2b 级指存在中度的症状,一般正常体力活动也不受其影响,但患者对发作的症状感到困扰。此项症状分级的细分有助于临床医生对不同的房颤患者采取不同的管理和治疗方式。

2 房颤的危险因素和综合管理

新指南强调了要加强对房颤的危险因素进行管理,尤其是肥胖和合并有睡眠呼吸暂停综合征的患者。对于肥胖的房颤患者,应积极控制体重与其他危险因素,以减少房颤发作频度与症状(II a, B),在控制其他心血管危险因素的同时强化体重干预(体重减轻 10~15 kg)可以更为有效的减少房颤复发,并减轻临床症状。对于所有的房颤患者,应仔细询问有无阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的临床表现(II a, B)。通过治疗睡眠呼吸暂停综合征,可以减少房颤的复发并改善房颤的治疗效果(II a, B)。

新指南中对房颤的治疗强调要进行综合管理,要增加患者管理自身疾病的参与度,存在合并症时与其他科室相配合、根据患者的意愿及患者所处环境的具体医疗水平情况,采取既切合实际又有效的管理和治疗方法。所有房颤患者均应考虑结构化治疗与随访,以减少住院率与病死率(II a, B);制定决策时,应以患者为中心,以根据患者意愿实现个体化治疗,改善长期治疗的依从性(II a, C)。2016 年指南重视患者参与,提高了防治效果。

3 卒中预防和出血评估

3.1 评估房颤患者卒中及出血的风险

2016 年指南更新依旧推荐使用 CHA₂DS₂-VASc 积分来预测房颤卒中风险(I, A)。心力衰竭、高血压、年龄 65~74 岁、女性、血管疾病各占 1 分;糖尿病、年龄≥75 岁、卒中或 TIA 史各占 2 分。对于用口服抗凝药的房颤患者,应该进行出血风险评估,并寻找潜在可纠正的出血风险因素,予以纠正(II a, B)。高敏肌钙蛋白和脑钠肽等生物标记物在房颤卒中和出血风险评估中发挥一定作用(II b, B)。合并肾脏疾病的患者都应该测量肌酐,并计算肌酐清除率,为房颤药物治疗的剂量提供依据,减少该类患者出血的风险(I, A)。

3.2 房颤患者卒中预防的建议

所有 CHA₂DS₂-VASc 积分>2 分的男性、>3 分的女性应考虑接受口服抗凝药物治疗(I, A),若男性积分为 1 分或女性积分为 2 分时,应根据患者的具体情况决定是否进行抗凝药物治疗(II a, B)。若对新型口服抗凝药(NOAC),如:达比加群、利伐沙班等无禁忌证,应当将 NOAC 作为首选,次选华法林(I, A);对于机械瓣换瓣术后或二尖瓣中重度狭窄的患者仍推荐使用华法林,不推荐使用 NOAC

来预防卒中的发生(III, B/C);联合使用口服的抗凝和抗血小板药物将明显增加其出血的风险,若无使用抗血小板药物指证,应尽量避免两种药物的联合使用(III, B);不推荐单用抗血小板药物来预防房颤卒中的发生,无论卒中风险的高低(III, A);对于外科堵塞或切除左心耳术后的患者,仍然推荐长期使用抗凝药物治疗(I, B)。对于有长期抗凝禁忌的患者,可行左心耳封堵术治疗(II b, B)。以上更新的这部分关于房颤患者卒中预防的建议在临床工作中非常实用,对房颤患者抗凝、抗血小板药物的使用有指导作用。

3.3 房颤患者合用口服抗凝药物及抗血小板药物的建议

2016 年指南推荐 NOAC 作为房颤患者的一线抗凝药物(有禁忌证除外)。稳定性冠心病合并房颤,有卒中风险的患者,在 PCI 支架术后推荐使用阿司匹林、氯吡格雷、口服抗凝药,3 种药物联治疗 1 个月(II a, B);急性冠脉综合征合并房颤,有卒中风险的患者,在 PCI 支架术后推荐使用 3 种药物联合治疗 1~6 个月(II a, C);若未植入支架,推荐使用阿司匹林或氯吡格雷,再加口服抗凝药物两种药物联合治疗 12 个月(II a, C);抗凝和抗血小板药物联合使用,尤其是三联同时合用时,用药时程应尽量缩短,同时平衡冠脉缺血和出血的风险(II a, B);对于某些患者,使用氯吡格雷加口服抗凝药的双联治疗方案可以替代三联治疗方案(II b, C)。

3.4 房颤合并颅内出血后,恢复抗凝剂使用的建议

新指南增加了房颤合并颅内出血后如何恢复抗凝剂使用的建议,该建议是基于共识和回顾性数据分析。根据该建议对患者进行治疗之前仍需要行进一步评价。①如果存在以下情况,建议停止抗凝药物治疗:颅内出血发生在抗凝药物达标的情况下;颅内出血发生在已停用或低剂量使用 NOAC 时;年龄较大;血压控制欠佳;皮肤出血;严重颅内出血;多处微出血;出血的原因不能被移除或治疗;长期饮酒;PCI 后需要双重抗血小板药物治疗。②如果存在以下情况,建议可恢复使用抗凝药物治疗:颅内出血是由于华法林过量导致;颅内出血是由于创伤或其他可治疗的原因导致;年轻患者;血压良好;基底神经节出血;无或轻微白质损伤;已手术切除硬膜下血肿;动脉瘤导致的蛛网膜下出血;有高危脑梗塞风险。可于 4~8 周后选择低出血风险抗凝药物恢复抗凝治疗(II b, B)。

4 抗心律失常药物治疗

抗心律失常药物治疗方面,新指南变化不大,仅在控制心室率方面,以左室射血分数(LVEF)40%作为分界线,LVEF≥40%的患者,β受体阻滞

剂、非二氢吡啶类钙拮抗剂、洋地黄类药物均可用于控制心室率(I,B);对于LVEF<40%的患者,避免使用非二氢吡啶类钙拮抗剂, β 受体阻滞剂应从小剂量开始,逐渐增加(I,B)。胺碘酮不推荐作为控制心室率长期使用,仅在房颤急性发作时使用(II b,B),一般使用非二氢吡啶类钙拮抗剂、 β 受体阻滞剂、洋地黄类药物等作为长期使用控制心室率的药物。房颤患者心率控制的起始靶目标为安静状态下<110次/min(II a,B)。新指南根据LVEF为依据来选择控制心室率的药物,可以避免部分抗心律失常药物存在加重心衰的不良反应,从而增加房颤管理的安全性。

5 房颤导管消融治疗

新指南对于房颤非药物治疗的重要手段导管消融做出了最新的推荐适应证,共有4条:①阵发性房颤发作时症状明显的患者,为消除症状和防止房颤的再发,结合患者自身意愿,比较风险和获益后,导管消融可作为首选治疗方法来替代药物治疗(II a,B)。②对于反复发作、症状明显,且药物治疗无效的阵发性房颤患者推荐采用导管消融治疗(I,A)。③对于房颤伴有心衰和LVEF值降低的患者(如:心动过速心肌病所致的心衰),推荐采用导管消融治疗(II a,C)。④对于症状明显的持续性或长程持久性房颤,如果药物治疗不能改善症状,结合患者的意愿,经过房颤团队评估风险和获益后,可以考虑行导管消融术(II a,C)。尽管每次指南更新对房颤消融治疗的适应证总在不断拓宽,但房颤消融仍是一种高度依赖于术者经验的治疗技术,消融的并发症发生率与术者及电生理中心的经验以及手术量密切相关。我们在临床实践中应该充分考虑医生的经验,衡量药物治疗和消融治疗的风险获益比,再结合患者自身的意愿,选择合适的治疗方式,从而增加房颤消融的成功率,减少并发症的发生率,为房颤患者带来安全有效的治疗^[5-6]。

从以上各项可以看出,欧洲心脏病学会今年公布的心房颤动管理指南,较上一版本更加强调了房颤的危害,在房颤的卒中预防和抗凝治疗等方面有较大变化,以及扩大了导管消融的适应证。我们应当结合指南的推荐及我国患者的实际情况,选择相应的技术和药物,从而保障房颤患者安全,改善患者预后。

参考文献

- [1] FUSTER V, RYDEN L E, CANNOM D S, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation [J]. *Circulation*, 2006, 114(7):e257-e354.
- [2] CAMM A J, KIRCHHOF P, LIP G Y, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. *Eur Heart J*, 2010, 31(19):2369-2429.
- [3] CAMM A J, LIP G Y, DE CATERINA R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association [J]. *Eur Heart J*, 2012, 14:1385-1413.
- [4] PAULUS K, STEFANO B, DIPAK K, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS [J]. *Eur Heart J*, 2016, doi:10.1093/eurheartj/ehw210.
- [5] 陈志坚,张敏. 2014年AHA/ACC/HRS心房颤动管理指南述评[J]. *临床心血管病杂志*, 2014, 30(11): 929-931.
- [6] 毛晓波,易桂文. 2015年ESC室性心律失常和心脏猝死的预防管理指南解读[J]. *临床心血管病杂志*, 2015, 31(12): 1256-1258.

(收稿日期:2016-10-16)