

2018 版欧洲心脏病学会晕厥诊断与管理指南解读

郭炳彦,李拥军*

(河北医科大学第二医院心内四科,河北 石家庄 050000)

[关键词] 晕厥;诊断;指南;解读 doi:10.3969/j.issn.1007-3205.2018.07.001

[中图分类号] R544.2

[文献标志码] A

[文章编号] 1007-3205(2018)07-0745-04



扫一扫下载指南原文

晕厥是脑灌注不足导致的短暂性意识丧失(transient loss of consciousness, TLOC),特征为起病迅速、持续时间短和可以自行完全恢复。晕厥在普通人群中较常见,首次发病多出现在特定年龄段,约1%幼儿患血管迷走神经性晕厥,10~30岁首发者更高,15岁达高峰(其中女性47%、男性31%)。40~65岁者约5%首发晕厥,65岁上发病率再次升高。70岁以后,晕厥发病率急剧上升,平均年发病率由5.7‰(60~69岁)增至11.1‰(70~79岁)。其中以神经反射性(迷走性)晕厥最常见,其次为心血管疾病性(心源性)晕厥。大多数晕厥患者有前驱症状,如头晕、黑矇、无力、视力障碍、恶心和出汗。仅有这些前驱症状而不伴意识丧失(loss of consciousness, LOC)的状态被称为近乎晕厥或晕厥先兆。典型的晕厥非常短暂,如反射性晕厥持续时间为5~12 s,通常不超过20 s,也有个别患者晕厥可长达几分钟,这就容易与其他原因的LOC相混淆。首版欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology, ESC)晕厥诊断与管理指南发表于2001年,之后分别于2004年和2009年发表了第2版和第3版。2015年,ESC实践指南委员会认为,ESC数据充足可以修订指南。2018年3月19日,颁布了新版晕厥诊断和管理指南^[1]。新版指南最突出的特点是专家委员会的组成,真正做到了多学科。心脏病学专家仅占少数,专家来自急诊医学、内科学、生理学、神经病学、自主神经疾病、老年学、护理学等多个专科,涵盖了各种晕厥和TLOC处理的各个方面。与之前版本的指南相比,新版指南包含有补充资料,使得指南更完整。印刷版部分的主要目标是按照ESC标准规则给出有循证医学证据的建议,新

增的网络版部分是对实际问题的扩展,目的是填补现有科学证据与临床实践之间的缺口,宣传正确的观念,拥有和传播知识。在晕厥诊断与管理上,与2009年版指南^[2]相比,新指南删除了许多Ⅲ类推荐意见,调整了一些推荐意见的级别,同时提出了许多新的推荐意见、新的治疗观念。

1 指南修改

1.1 删除了许多Ⅲ类建议并调整了一些建议的推荐等级 见图1。

1.2 提出了许多新的建议和治疗观念

1.2.1 新的/修订的临床概念及检查项目更新

- 倾斜试验:低血压易感性的概念(目前认为倾斜试验可用于揭示低血压倾向,而不是用于诊断VVS^[3])。

- 强调了长程心电监测的作用。

- 疑似晕厥发作的视频录像(包括院内视频记录和家庭视频记录)。对于心因性非癫痫发作患者,视频脑电图的诊断价值最高^[4];对于晕厥和PPS患者,将视频记录和倾斜试验相结合可以客观地反映并回顾患者的临床症状与血压、心率的关系,有助于VVS和PPS的鉴别诊断。

- 无先兆(腺苷敏感性晕厥:这类患者倾斜试验结果常为阴性)/心电图和心脏结果正常的晕厥。

- 神经源性:发作性心脏停搏(自主神经功能基本检测方法:Valsalva动作,深吸气试验,24 h动态血压监测和家庭血压监测,其他自主神经功能试验、冷加压试验、持续握持试验以及心算等)。

1.2.2 新的/修订的治疗原则

- 反射性晕厥:根据年龄、晕厥严重程度和临床类型选择,该类患者的管理往往是非药物性的,主要包括教育、生活方式改善、告知患者疾病的良性性质等。对于以心脏停搏为主要特征的反射性晕厥患者,可植入永久性起搏器进行治疗。对于心电图正常的晕厥患者,临床评价的目标应是确定症状是否

[收稿日期]2018-05-12;[修回日期]2018-05-20

[作者简介]郭炳彦(1976-),女,河北石家庄人,河北医科大学第二医院主任医师,医学博士,从事心血管疾病诊治研究。

* 通讯作者。E-mail:lyjbs2009@yeah.net

与心动过缓有关。

- 心源性猝死(SCD)高危患者:不明原因晕厥(定义不符合反射性晕厥、体位性低血压和心源性晕厥 I 级诊断指标的晕厥)和 ICD 指征^[5]。

- 一些患者先进行 ILR 评估,而不是直接植入 ICD。

1.2.3 门诊晕厥管理单元

- 组织架构:人员、设备和流程。
- 检查和评估。
- 临床护理人员的作用。
- 效果和质量指标。

根据晕厥的危险分层,家庭医生、急诊医生以及院内、院外相关部门应该可以把晕厥患者直接转诊到晕厥单元,或晕厥患者自行到晕厥单元就诊。新版指南还推荐晕厥单元应使用快速通道,有独立的等待名单及严格的复诊时间表。

1.2.4 急诊科处理

- 低危和高危特征列表。
- 危险分层流程图。
- 急诊观察室处理和(或)快速通道送往 SU。
- 限制收入院标准。
- 危险分层评分的选择性应用。

在急诊室对 TLOC 的评估需回答下面 3 个关键问题:①是否存在可以识别的严重潜在病因;②如果原因不确定,出现严重后果的风险有多大;③患者是否应该住院。

2 晕厥的诊断与管理

2.1 晕厥的诊断

对于 TLOC 患者增加了初始评估内容,并在初始评估基础上完善了诊断流程,见图 2。

对所有患者均应进行完整的病史询问、体格检查(包括立位血压测量)、标准心电图检查。对于疑似心律失常性晕厥的高危患者,应行床旁或远程心电监测。对于有心脏病病史、有证据提示结构性心脏病或继发于心血管病的晕厥时,应行超声心动图检查。对于 40 岁以上、晕厥病因不明,但临床特征符合反射性晕厥者,应行颈动脉窦按摩。此外,对于疑似反射性或直立性晕厥患者,应行倾斜试验。对于反复发作、不明原因的重症晕厥,如临床或心电图提示心律失常性晕厥,短期内晕厥再发风险高,如果确定晕厥的病因患者可从针对性治疗中获益,这些患者应延长体外或植入式心电监测。对于不明原因的晕厥患者,若合并双束支传导阻滞(即将发生高度房室传导阻滞),或疑似心动过速,应行电生理检查。

对于在劳力中或劳力后很快发生晕厥者,应行运动负荷试验。对所有的反射性晕厥和体位性低血压患者,应告知其诊断,同时说明再发风险,告知患者如何避免触发因素及环境。以上措施是治疗的基础,对减少晕厥再发有重要意义。

2.2 晕厥的治疗

一般原则:晕厥患者治疗的主要目标是预防晕厥发作和降低死亡危险性。采取基础预防性治疗还是加强治疗取决于下列临床情况:①晕厥的病因;②晕厥复发的可能性大小;③晕厥的死亡危险性大小,主要取决于心脏病和血管病的性质和严重程度;④复发次数或晕厥导致躯体或精神伤害的危险性大小;⑤发生晕厥可能对个人职业或业余爱好造成的影响(如个人经济和生活方式问题);⑥对公共健康的危险性如汽车司机、飞行员等;⑦对治疗有效性、安全性和不良反应的评估(特别要考虑患者的伴随疾病)。晕厥治疗的总体框架是基于风险分层进行干预并尽可能确定晕厥的具体机制。预防晕厥复发的效果在很大程度上取决于晕厥的机制而不是它的病因。通常,预防复发的治疗方法与基础疾病的治疗方法存在不同。对于 SCD 高危患者,应仔细评估其风险。即使是没有特定的治疗,晕厥复发通常在医学评估之后自发减少。一般情况下,1~2 年内,低于 50% 的患者会发生晕厥。见图 3。

对于所有反射性晕厥和 OH 患者,要向患者解释诊断和复发风险,进行安抚,并就如何避免诱因给出建议。这些措施是治疗的基础,对减少复发有重要影响。对于严重的反射性晕厥患者,需根据临床特征选择一种或多种特异性治疗方法:①低血压的年轻患者,可给予米多君或氟氢可的松;②有前驱症状的年轻患者,推荐身体反压动作,如有需要进行倾斜训练;③无或短暂前驱症状的部分患者,采取 ILR 指导的管理策略;④停止或减弱老年高血压患者的降压治疗,目标收缩压为 140 mmHg;⑤主要为心脏抑制原因的老年患者,植入心脏起搏器^[6]。

对于 OH 患者,根据严重程度选择一种或多种特异性治疗方法:①生活方式教育;②充足的水和盐摄入;③停止或减弱降压治疗;④身体反压动作;⑤腹部绑带或弹力袜;⑥睡眠时抬高头部;⑦米多君或氟氢可的松。

确保所有心源性晕厥患者接受特定的心律失常和(或)潜在疾病的治疗。不明原因晕厥、SCD 高危的患者,评估 ICD 植入的获益和风险。如果患者不适用于上述情况或治疗失败,需重新评估和诊断并考虑其他治疗方法。指南提出的建议是基于最佳科学证据,但临床中需要根据患者情况进行个体化

管理。

3 晕厥指南的实用指导

• 不管临床情况及患者年龄如何,反射性晕厥均是晕厥的最常见病因,其次是心源性晕厥。

• TLOC 具有以下 4 个特征:持续时间短、运动控制异常、无反应、意识丧失期间记忆缺失。

• 在连续心电图和无创心搏血压监测期间,优先行颈动脉窦按摩。如果颈动脉窦按摩导致心脏抑制异常(如心搏停止 ≥ 3 s),和(或)血管减压(如收缩压下降 >50 mmHg),诊断为颈动脉窦过反应。

• 进行倾斜试验时,应注意以下方面:①试验前患者空腹 2~4 h;②无静脉置管时,保证仰卧倾斜前 ≥ 5 min,有静脉置管时保证仰卧倾斜前 ≥ 20 min;③倾斜角度在 $60\sim 70^\circ$ 之间;④被动倾斜期维持 ≥ 20 min,最长 45 min;⑤如果被动倾斜期结果阴性,采用舌下含服硝酸甘油或静脉注射异丙肾上腺素诱发,药物诱发期持续 15~20 min;⑥如果采用硝酸甘油诱发,患者立位舌下含服固定剂量硝酸甘油 300~400 μg ;⑦如果采用异丙肾上腺素诱发,逐渐增加输注速度,从 1 $\mu\text{g}/\text{min}$ 提高至 3 $\mu\text{g}/\text{min}$,使平均心率较基线水平增加 20%~25%;⑧直到意识完全丧失或完成试验流程,倾斜试验才算完成;⑨对倾斜床只有一个特殊要求,即倾斜下来的时间短于 15 s。

• 自主神经功能试验应由经过培训的专业人员实施,需要的设备包括心搏血压和心电图监测、电动倾斜床、24 h 动态血压监测装置,其他特殊设备取决于试验的范围。

• 在实施 Valsalva 动作时,要求患者用力呼气 15 s。试验中采用无创的心搏血压和心电图来监测血流动力学变化。

• 在深呼吸试验中,在连续的心率和血压监测下,要求患者每分钟深呼吸 6 次,试验 1 min。健康的个体,吸气时心率加快,呼气时心率减慢。

• 典型体位性低血压的定义是,在转为立位或头高位倾斜至少 60° 时,收缩压下降 ≥ 20 mmHg,舒张压降低 ≥ 10 mmHg,或者在 3 min 内收缩压下降至 90 mmHg 以下。

• 体位性心动过速综合征绝大多数发生于年轻女性,表现出严重的体位不耐受(头晕、心悸、震颤、虚弱、视力模糊、疲劳),在无体位性低血压的情况下,转为立位或头高位倾斜的 10 min 内心率明显增

快(心率增加 >30 次/min,或心率 >120 次/min)。

• 体位性血管迷走性晕厥的血压下降不同于典型体位性低血压。在血管迷走性晕厥中,血压下降开始于转为立位后数分钟,血压下降加速,直到患者晕倒或躺下。因此,体位性血管迷走性晕厥中的低血压很短暂。而在典型的体位性低血压中,转为立位后血压立即开始下降,下降速度较慢,故低血压可能持续较长时间。

总之,新版指南以患者为导向,重点在于治疗,目的是减少晕厥再发和危及生命的后果。为了达到这个目的,即使在缺乏充分试验数据的情况下,专家组根据临床专业知识,尽可能给出更多的建议,因为患者需要解决问题,而不仅仅是解释。可能的话,专家组给出治疗和决策方案。专家组认为,晕厥处理的主要挑战是在保证患者安全的同时减少不必要的住院和不必要的检查。专家组高度关注路径和机构问题。特别提出了 TLOC 患者从急诊科开始的处理路径,给出了如何建立门诊晕厥诊室(晕厥单元)的临床指导,目的是减少住院,减少漏诊和误诊,减少医疗费用。(本文图见封二)

[参考文献]

- [1] Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope[J]. Eur Heart J, 2018[Epub ahead of print].
- [2] 刘文玲, 向晋涛, 胡大一, 等.《晕厥的诊断与治疗指南(2009 年版)》详解[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2010, 24(1): 1007-2659.
- [3] 蔡高军, 翁伟进, 师干伟, 等.直立倾斜试验在老年人不明原因晕厥中的临床应用[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(22): 5723-5724.
- [4] Mayor LC, Lemus HN, Burneo J, et al. Cardiogenic syncope diagnosed as epileptic seizures: the importance of ECG during video-EEG recording[J]. Epileptic Disord, 2015, 17(2): 198-203.
- [5] Dell'Era G, Degiovanni A, Occhetta E, et al. Persistence of ICD indication at the time of replacement in patients with initial implant for primary prevention indication: Effect on subsequent ICD therapies[J]. Indian Pacing Electrophysiol J, 2017, 17(2): 29-33.
- [6] Tomson TT, Passman R. Current and Emerging Uses of Insertable Cardiac Monitors: Evaluation of Syncope and Monitoring for Atrial Fibrillation[J]. Circulation, 2017, 135(1): 22-29.

(本文编辑:刘斯静)

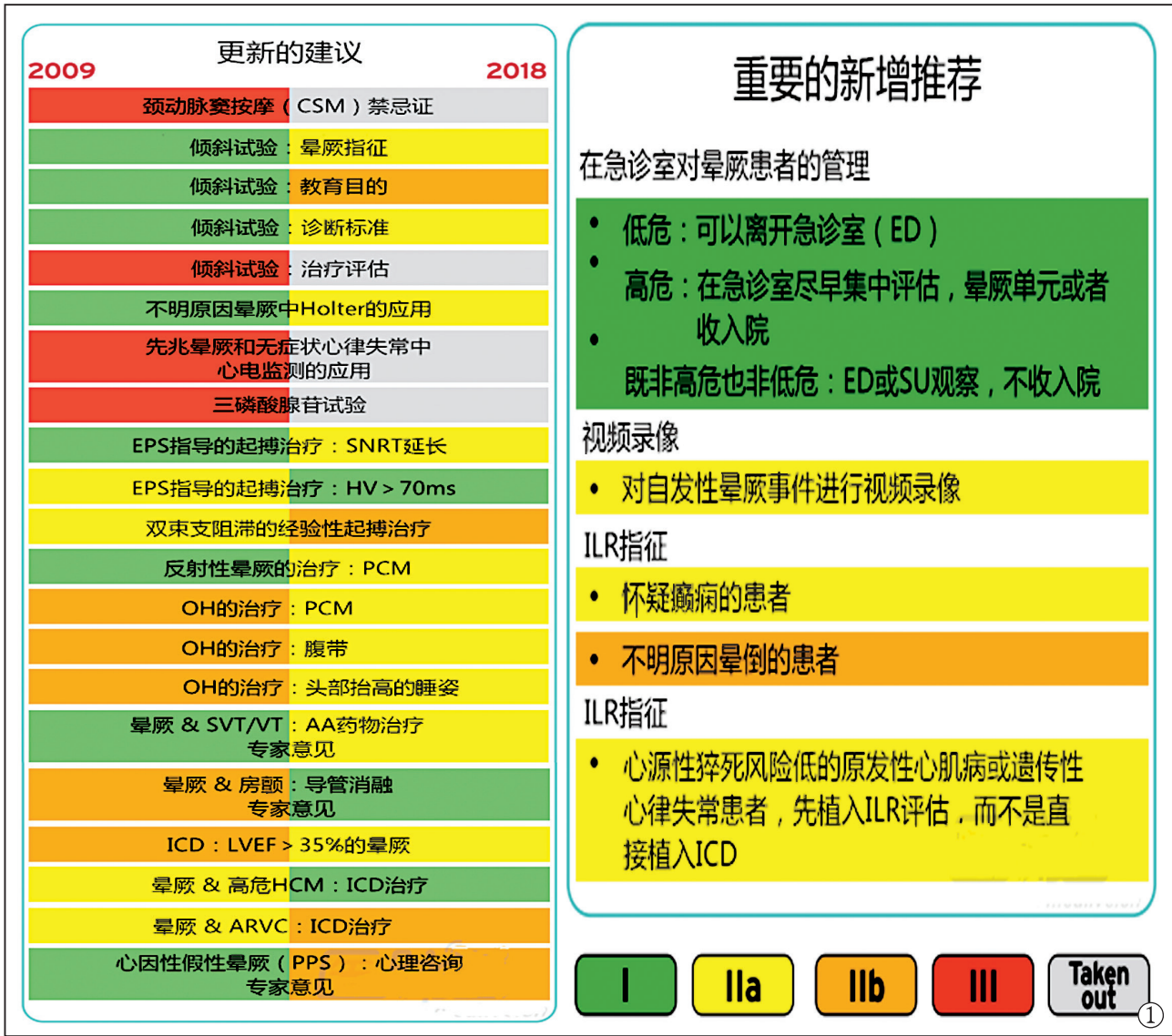


图 1 更新的建议和重要的新增推荐

注：OH，体位性低血压；POTS，姿势体位性心动过速综合征；PPS，心因性假性晕厥；ARVC，致心律失常性右室心肌病；SVT，室上性心动过速；VT，室性心动过速；HCM，肥厚型心肌病；CSM，颈动脉窦按摩；PCM，身体反压动作；ICD，植入式心脏复律除颤器；ILR，植入式心电事件记录仪；SNRT，窦房结恢复时间；LVEF，左心室射血分数；EPS，电生理检查；AA，抗心律失常；SU，晕厥单元；ED，急诊室

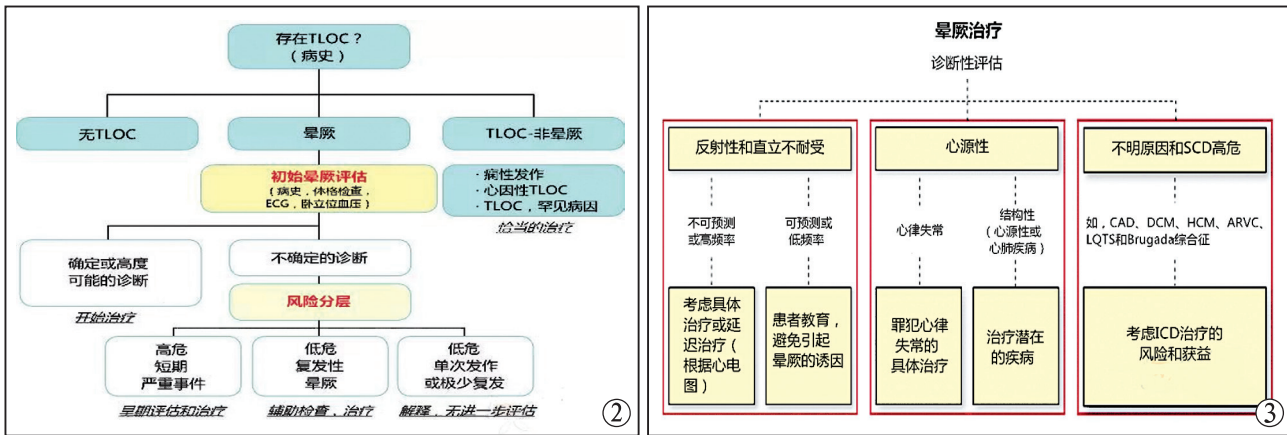


图 2 TLOC诊断流程

图 3 晕厥的治疗

注：ARVC，致心律失常性右室心肌病；CAD，冠状动脉疾病；DCM，扩张型心肌病；HCM，肥厚型心肌病；ICD，植入式心脏复律除颤器；LQTS，长QT综合征；SCD，心源性猝死

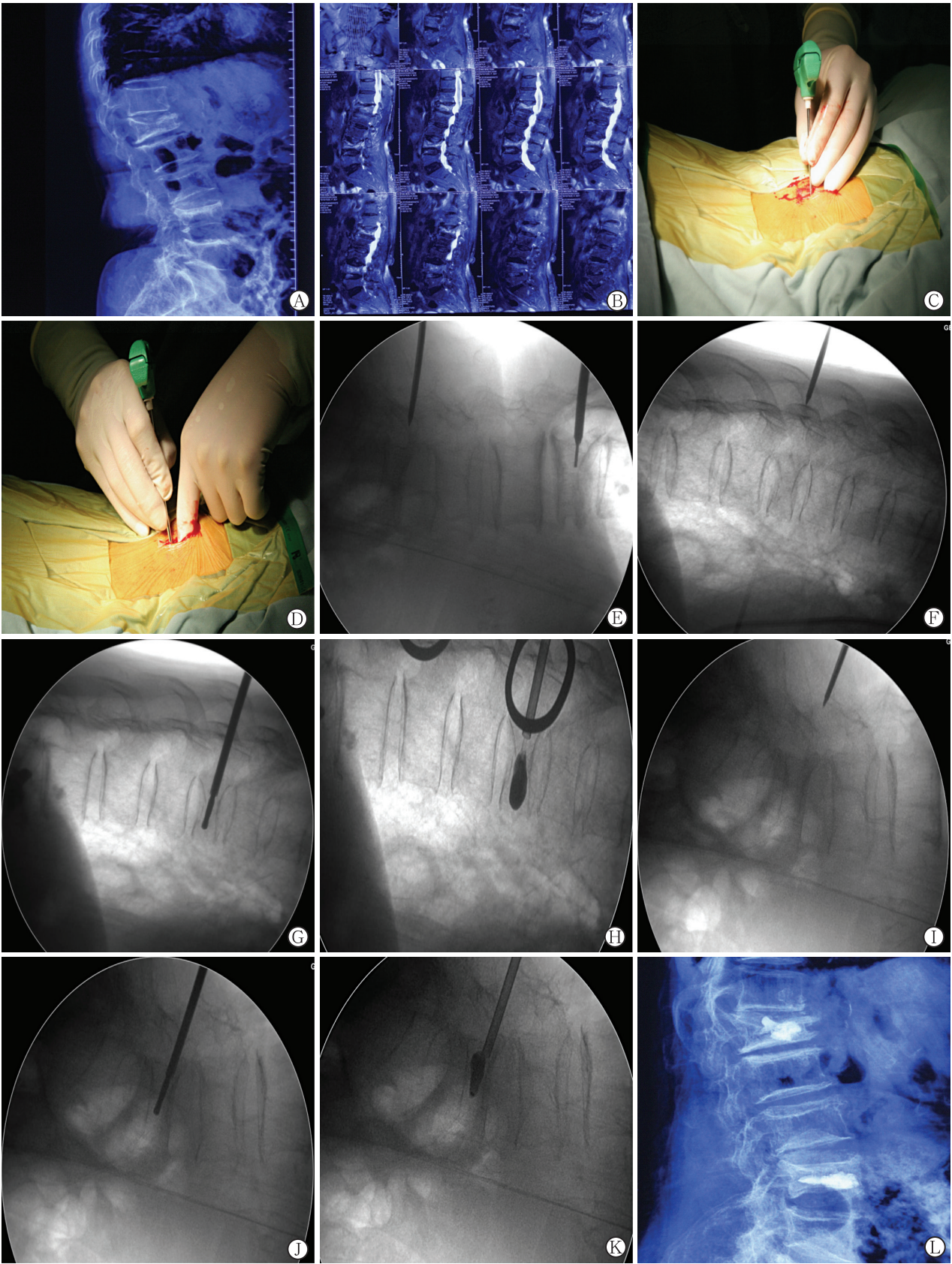


图 1 患者女性，78岁，轻度外伤伤致L₁、L₄ SOVCF，入院3 d后行微创小切口下PKP治疗

A、B 为术前X线及MRI表现；C、D 为术中采用小切口手指触摸定位入钉点；E、F、G、H、I、J、K 为两节段骨折同时进行手术，根据骨折后残留椎体形态调整入钉方向，球囊扩张到达椎体终板后停止；L 为术后X线表现

Figure 1 A 78-year-old female with severe vertebral compression fracture of L₁ and L₄ caused by mild trauma was treated with minimally invasive small incision combined with PKP 3 days after admission