

ESC 2015 室性心律失常和心脏性猝死指南：有所为，有所不为

制定者：欧洲心脏病学会（ESC）；

出处：医脉通

作者：医脉通心内科

【声明：医脉通编译，转载请务必注明出处】

8月29日，欧洲心脏病学会（ESC）年会上公布了新版“室性心律失常（VA）管理和心脏性猝死（SCD）预防指南”。

一、重要更新

1、ESC指南推荐将DNA分析作为年轻患者猝死后尸检评估的基本步骤，这种分子鉴定有助识别心脏结构正常（尸检无异常）者的遗传性疾病。识别此类患者死亡的遗传因素有助于快速诊断并为其亲属提供保护，指南更新的主要目的是预防室性心律失常患者的心源性猝死。

2、指南还引入了一些医学循证证据并不充分的新兴建议，例如推荐在使用 β 受体阻滞剂时

发生反复性晕厥或多形/双向性 VT 与存在 ICD 植入风险/并发症的儿茶酚胺敏感性多形室速患者联用氟卡尼与 β 受体阻滞剂进行治疗。

3、在新型治疗技术方面，指南推荐医院可在经选择患者（常规疗法无效或禁忌时）中谨慎应用某些正在研究之中的新技术。首先是可穿戴式心脏复律除颤器，指南推荐左心室收缩功能不良（可在短时间内猝死且不适合植入 ICD）者可考虑此类治疗。此外，指南还推荐皮下 ICD 作为经静脉除颤器的替代疗法，适用人群是因感染而需取出经静脉除颤器、静脉途径不畅通或需长期 ICD 治疗的年轻患者。

4、指南最重要建议之一是识别猝死高危且可能从 ICD 获益的缺血性心脏病患者。MADIT II 研究 8 年随访结果发现，ICD 可改善射血分数低于 30% 与轻中度心衰（NYHA II~III 级）者的长期存活率。ESC 指南推荐患者心梗后 6~12 周再次评估左室功能，以明确患者是否需要植入 ICD。

5、心脏再同步治疗在某些患者中的疗效有待进一步明确，例如房颤患者。

6、指南强调，及早诊断可引发心源性猝死的相关疾病对于挽救患者寿命至关重要，目前专家多建议对已有患者的家庭及存在心源性猝死家族史的家庭进行相关筛查。

二、该做什么，不该做什么

(To do and not to do messages from the guidelines)

一般人群	推荐级别	证据水平
建议对所有原因不明的猝死患者的血液和其他充分收集的体液进行毒理学和分子病理学分析。	I	C
建议在适合设备放置的心脏骤停多发地点（如学校、体育场馆、大型站点和娱乐场所等）或无其他可用除颤设备的地方（如火车、游艇和飞机等）安置可供公众使用的除颤器。	I	B
有 ICD 适应症的患者		
ICD 植入前和疾病进展期的所有患者，建议对生活质量问题进行讨论。	I	C
缺血性心脏病		
在评估 ICD 植入进行一级预防的必要性时，建议心肌梗死后 6-12 周重新评估 LVEF。	I	C

心衰患者	推荐级别	证据水平
症状性心衰 (NYHA II-III)、最佳药物治疗 ≥ 3 个月后 LVEF $\leq 35\%$ 、预期良好功能状态生存至少 1 年的患者, 建议 ICD 植入以减少 SCD:		
-缺血性病因, 心肌梗死后至少 6 周	I	A
-非缺血性病因	I	B
QRS ≥ 130 ms、最佳药物治疗 ≥ 3 个月后 LVEF $\leq 30\%$ 且有 LBBB、预期良好功能状态生存至少 1 年的患者, 推荐 CRT-D 植入以降低全因死亡率。	I	A
最佳药物治疗 ≥ 3 个月后 LVEF $\leq 35\%$ 且有 LBBB、预期良好功能状态生存至少 1 年的患者, 推荐 CRT 植入以降低全因死亡率:		
-QRS 时间 >150 ms	I	A
-QRS 时间 120-150 ms	I	B
遗传性致心律失常疾病	推荐级别	证据水平
ARVC 患者应避免竞技体育。	I	C
新兴的推荐 (Emerging recommendations)		
在诊断为 CPVT、出现复发性晕厥或多型/双向 VT、正接受 β 受体阻滞剂治疗且具有 ICD 植入风险或禁忌症的患者中, 可 β 受体阻滞剂基础上在联合使用氟卡胺。	IIa	C
存在确定的致病性 LMNA 突变和临床危险因素的 DCM 患者, 可考虑 ICD 植入。	IIa	B

备注:

- ARVC=致心律失常性右室心肌病;

CPVT=儿茶酚胺敏感性多形性室性心动过速;

CRT-D=心脏再同步治疗除颤器; DCM=扩张型

心肌病; HF=心力衰竭; ICD=植入式心律转复除

颤器; LBBB=左束支传导阻滞; LMNA=核纤层

蛋白 A/C; LVEF=左心室射血分数; ms=毫秒;

NYHA=纽约心脏协会; SCD=心脏性猝死; VT=

室性心动过速

- Emerging recommendations 是指目前缺乏强有力依据、但之后很有可能成为 I 类推荐。