

《NICE：房颤的诊断和管理指南 2021》解读

医学界心血管频道

2021年4月，英国国家卫生与临床优化研究所（NICE）发布了房颤的诊断和管理指南，主要内容涵盖了成人房颤的诊断和管理，为房颤患者最佳管理提供指导建议，涉及卒中和出血的评估和风险管理。那么2021 NICE指南都有哪些更新呢？小编将从以下9个部分进行整理。

01 房颤检测和诊断

1) 对于可疑房颤患者，即临床表现为呼吸困难、心悸、晕厥、头晕、胸部不适及卒中或短暂脑缺血发作等，应行手动脉搏触诊评估有无脉搏不规整。

2) 对于有症状或无症状的可疑房颤患者，若脉搏触诊提示脉搏不规整，应行12导联心电图来评估有无房颤。

3) 对于可疑阵发性房颤，但是常规12导联心电图未记录到房颤的患者：

- a. 若房颤发作间期 < 24 小时，可行24小时动态心电图；
- b. 若房颤发作间期 > 24 小时，可行动态心电图、心电事件记录仪及其他心电监测等。

02 卒中和出血风险评估

1) 对于符合以下情况的患者，应采用CHA2DS2-VASc评分来评估卒中风险：有症状或无症状的阵发性、持续性或永久性房颤；房扑；转复为窦律或导管消融术后但有心律失常复发风险。

2) 对符合于以下情况患者，应采用ORBIT评分来评估出血风险：房颤考虑开始抗凝、已经接受抗凝治疗。

3) 应监测并积极纠正以下可修改的出血危险因素：未控制的高血压、国际化标准比值（INR）控制不佳、同时联用抗血小板药物和选择性5-羟色胺再摄取抑制剂及非甾体类抗炎药等、大量饮酒、贫血等可逆病因。

03 心功能评估

1) 对于符合以下情况的房颤患者，应行经胸心脏超声检查：基线心脏超声结果对于远期管理十分重要者、选择节律控制者、可疑潜在结构性或功能性心脏病者、需要进行抗栓治疗的临床风险分级者。

2) 对于已决定行抗凝治疗的房颤患者，并不建议单纯为评估卒中风险而常规行经胸心脏超声检查。

3) 对于符合以下情况的房颤患者，应行经食道心脏超声检查：经胸心脏超声检查发现异常，需要进一步评估者、经胸心脏超声检查图像质量差但又有必要排除心脏结构异常者、需要经食道心脏超声检查指导转复者。

04 个性化的治疗方案和信息

对于房颤患者，应提供个性化的治疗方案。确保治疗方案应包括以下方面：

- 1) 普及卒中知识及卒中预防措施；
- 2) 心率控制；
- 3) 评估症状以确定是否进行心律控制；
- 4) 确定随访人员；
- 5) 如果需要，提供心理支持；
- 6) 最新的全面患者教育和信息，包括房颤病因、影响和可能出现的并发症、心律及心率控制管理、抗凝治疗、抗凝治疗实用建议和社会支持（如心血管病慈善机构）。

05 卒中预防

05.1 抗凝治疗

1) 考虑到出血风险，对于CHA2DS2-VASc评分为2或2以上的房颤患者，可使用新型口服抗凝药物。阿哌沙班、达比加群、依度沙班和利伐沙班均推荐作为可选方案；

2) 考虑到出血风险，对于CHA2DS2-VASc评分为1分的男性房颤患者，可使用新型口服抗凝药物。

阿哌沙班、达比加群、依度沙班和利伐沙班均推荐作为可选方案；

3) 如果新型口服抗凝药物禁忌、不能耐受或不适合，可考虑维生素 K 拮抗剂；

4) 对于已经服用维生素 K 拮抗剂且稳定的房颤患者，继续使用目前的药物；并在下次常规治疗时，根据 INR 在治疗目标范围内的时间百分比情况来讨论是否更换抗凝治疗方案；

5) 对于年龄在 65 岁以下且除性别外无其他卒中危险因素的患者（即卒中风险极低，CHA₂DS₂-VASc 评分男性为 0 或女性为 1），不需要抗凝治疗；

6) 不建议仅因为年龄或跌倒风险而停止抗凝。

05.2 维生素 K 拮抗剂的抗凝效果评估

1) 每次随访应计算 INR 在治疗目标范围内的时间百分比（TTR）。其中在计算 TTR 时，应注意：使用经过验证的测量方法，如 Rosendaal 方法等，进行计算机辅助药物定量，或在测试范围内人工药物定量；排除治疗前 6 周的检测数据；计算 TTR 至少需要 6 个月的稳定期数据。

2) 符合以下条件考虑 INR 不稳定，需重新制定抗凝方案：过去 6 个月中 2 次 INR 超过 5，或 1 次 INR 超过 8；过去 6 个月中 2 次 INR 低于 1.5；TTR 低于 65%。

3) 如需重新评估抗凝治疗方案，应考虑并纠正以下可能导致 INR 不稳定的因素：认知功能、对治疗方案的依从性、疾病、药物相互作用、生活方式因素，包括饮食和饮酒。

4) 如果抗凝效果无法得到改善，应评估其他卒中预防策略的获益和风险，并与患者进行重新讨论。

05.3 抗血小板治疗

1) 不推荐阿司匹林单药用于房颤患者的卒中预防。

05.4 卒中及抗凝风险再评估

1) 对于未接受抗凝治疗的患者，符合以下条件应评估卒中风险：年龄大于 65 岁，或在任何年龄出现以下疾病：糖尿病、心衰、外周动脉疾病、冠心病、卒中 / 脑缺血（TIA） / 系统性栓塞；

2) 对于因出血风险或其他因素未接受抗凝治疗的患者，应每年评估卒中和出血风险，并保证所有评估和治疗决策都有记录；

3) 对于应用抗凝药物的患者，至少每年评估一次抗凝的必要性和效果，如果发生临床相关事件影响抗

凝效果或出血风险，应增加评估次数。

05.5 左心耳封堵术

1) 如果患者存在抗凝禁忌或对抗凝治疗不能耐受，可考虑左心耳封堵术，并告知患者左心耳封堵术的获益和风险；

2) 除非存在抗凝禁忌或对抗凝治疗不能耐受，否则不能将左心耳封堵术作为抗凝治疗的替代方案。

06 心室率控制和节律控制

06.1 心室率控制

1) 对于不符合以下情况的房颤患者，应将心室率控制作为一线治疗策略：可逆原因导致的房颤、房颤所致心衰、新发房颤、可消融的房扑，以及经过临床评估更适合节律控制；

2) 对于大多数患者，可选择 β 受体阻滞剂或非二氢吡啶类钙拮抗剂作为心室率控制的初始治疗；

3) 对于符合以下条件的非阵发性房颤患者，可选择地高辛作为心室率控制的初始治疗：不活动或很少活动、因合并疾病或者个人偏好不愿使用其他心室率控制药物；

4) 若单药治疗不能控制症状，且持续症状由心室率控制效果不佳引起，可考虑使用以下药物中的任意两种进行联合治疗：β 受体阻滞剂、地尔硫卓、地高辛；

5) 不建议胺碘酮用于心室率控制的长期治疗。

06.2 抗心律失常药物

1) 对于心率控制后仍有症状或心率控制策略效果不佳的房颤患者，可考虑药物节律控制或电复律；

2) 对于已知的缺血性或结构性心脏病患者，不建议应用氟卡尼、普罗帕酮等 Ic 类抗心律失常药物；

3) 如果需要长期药物节律控制，若无禁忌症应考虑使用 β 受体阻滞剂（除索他洛尔）作为一线治疗；

4) 如果 β 受体阻滞剂禁忌或治疗无效，可根据合并疾病选择其他合适的抗心律失常药物；

5) 对于房颤成功转复后患者，可选择决奈达隆作为节律控制的二线治疗；

6) 对于合并左室功能不全或心衰患者，应考虑胺碘酮治疗；

7) 对于发作不频繁且症状不明显，或症状是由已知诱因（如酒精、咖啡因）诱发的，可以不考虑药物治疗或选择 Pill-in-the-pocket 策略（即仅在发作时口服抗心律失常药物）；

8) 对于阵发性房颤患者, 符合以下条件者可选择 pill-in-the-pocket 策略: 无左室功能不全、瓣膜性或缺血性心脏病, 发作不频繁, 收缩压大于 100mmHg 且静息心率大于 70 次/分, 能够理解何时和如何应用药物。

06.3 电复律

1) 对于房颤持续超过 48 小时的患者, 应选择电复律而不是药物复律;

2) 在电复律前应使用胺碘酮 4 周, 并持续到转复后 1 年。

06.4 左房消融术

1) 如果药物治疗失败、不适合或不耐受的症状性阵发性或持续性房颤患者, 可考虑射频消融术, 若射频消融术不适合, 可选择冷冻球囊或激光球囊消融术;

2) 对于合并症状性房颤患者, 如果需要接受其他心胸外科手术, 可同时考虑左房外科消融;

3) 在左房消融术后, 建议应用抗心律失常药物 3 个月来预防房颤复发, 在 3 个月后重新评估继续抗心律失常药物使用的必要性。

06.5 房室结消融 + 永久起搏器植入策略

1) 对于怀疑快室率所致心功能不全的永久性房颤患者, 可考虑房室结消融 + 永久起搏器植入策略;

2) 当考虑房室结消融 + 永久起搏器植入策略时, 应在起搏治疗和进一步优化药物治疗后重新评估症状和房室结消融的必要性;

3) 对于阵发性房颤或者非永久性房颤所致心衰患者, 左房导管消融术优于房室结消融 + 永久起搏器植入策略。

07 急性房颤的管理

07.1 心室率控制和节律控制

1) 血流动力学不稳定的房颤患者, 应紧急电复律;

2) 血流动力学稳定的房颤患者, 若持续时间小于 48 小时, 可选择心室率控制或节律控制; 若持续时间大于 48 小时或不确定者, 可考虑心室率控制;

3) 对于急性房颤合并急性失代偿性心衰患者, 不适用钙拮抗剂, 而应在专科医师指导下应用 β 受体阻滞剂;

4) 新发房颤患者考虑节律控制策略时, 可根据临床情况和设施选择药物复律或电复律;

5) 新发房颤患者选择药物复律时, 如果没有结构性或缺血性心脏病, 可选择氟卡尼或胺碘酮; 如果合

并结构性心脏病, 应选择胺碘酮;

6) 对于房颤持续时间大于 48 小时或不确定的患者, 应抗凝治疗至少 3 周后选择延迟电复律, 在此期间应选择心室率控制;

7) 药物复律时不建议给予镁剂或钙拮抗剂。

07.2 抗凝治疗

1) 新发房颤但未抗凝或未接受标准剂量抗凝治疗的患者, 若无禁忌症, 可先给予肝素抗凝;

2) 房颤持续时间小于 48 小时的患者, 符合以下条件可启动口服抗凝药物: 预计房颤持续时间超过 48 小时, 存在房颤复发的高危因素 (如既往转复失败、结构性心脏病、长期持续性房颤或有复发病史), 卒中风险高;

3) 新发房颤但持续时间不确定的患者, 应按照持续性房颤给予口服抗凝药物。

08 术后房颤的预防和管理

1) 对于心胸外科手术患者, 预防术后房颤发作可选用胺碘酮、 β 受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙拮抗剂等, 不推荐地高辛;

2) 对于心胸外科手术患者, 如果术前已经接受 β 受体阻滞剂治疗, 术后应该继续;

3) 对于心胸外科手术患者, 如果术前已经接受他汀治疗, 术后应该继续, 但是不推荐术后专门开始应用他汀单纯为了预防房颤;

4) 对于心胸外科手术术后新发房颤患者, 可选用心室率控制或节律控制策略;

5) 对于心胸外科手术术后新发房颤患者, 如果选用节律控制, 建议接受抗心律失常药物治疗一定周期 (通常 6 周) 后重新评估抗心律失常药物应用的必要性;

6) 对于非心胸外科手术术后房颤患者, 按照其他原因所致的新发房颤来进行管理;

7) 在术后房颤的预防和管理中, 应选择合适的抗凝药物和纠正可识别的病因。

09 停止抗凝治疗

1) 对房颤患者, 不能因为房颤未检测到而擅自停用抗凝治疗;

2) 是否停止抗凝主要基于 CHA₂DS₂-VASc 评分和 ORBIT 评分的再评估, 并需要与患者充分沟通。