

《2020ESC/EACTS 心房颤动诊断与管理指南》更新解读

朱文青¹ 陈庆兴¹

[摘要] 《2020ESC/EACTS 心房颤动诊断与管理指南》结合最新循证证据,对心房颤动(房颤)的诊断、治疗、用药及围术期管理等方面进行证据更新与推荐等级的调整。新指南延续了2016年ESC房颤综合管理的理念,以“CC—ABC”的诊疗管理方案为核心,用更为凝练、可操作性强的路径来管理房颤。

[关键词] 欧洲心脏病学会;心房颤动;综合管理;抗凝

doi:10.13201/j.issn.1001-1439.2020.11.001

[中图分类号] R541.7 [文献标志码] C

Interpretation of the 2020 ESC/EACTS guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation

ZHU Wenqing CHEN Qingxing

(Department of Cardiology, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai, 200032, China)

Corresponding author: ZHU Wenqing, E-mail: zhu.wenqing@zs-hospital.sh.cn

Summary The "2020 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation" based on the latest evidence, update the recommendation level for the diagnosis, treatment, medication and perioperative management in atrial fibrillation(AF). The new guidelines continue the concept of 2016 ESC guidelines in AF, and pay attention to the "CC TO ABC" diagnosis and treatment management plan, which will manage the patients with AF in a more condensed and operable path.

Key words European Society of Cardiology; atrial fibrillation; integrated management; anticoagulation

2020年8月29日,欧洲心脏病学会(ESC)与欧洲心胸外科协会(EACTS)协作共同发布了《2020ESC/EACTS 心房颤动诊断与管理指南》^[1]。新指南在2016年ESC心房颤动(房颤)管理指南的基础上进行了更新^[2],整合了房颤的最新证据,解答了部分长期存在的临床问题,首次提出重要的综合管理路径。本文将从6个方面重点解读2020年房颤指南重要更新。

1 房颤的筛查与诊断

1.1 房颤的筛查

新指南强调了房颤筛查的重要性。接受筛查的患者:①应被告知检测和治疗房颤的意义;②为筛查呈阳性的患者组织一个转诊平台,以便进一步由专科医生指导临床评估,确认房颤诊断,并为确诊的房颤患者提供最优管理;③在筛查阳性的病例中,明确了只有在医生检查到 ≥ 30 s的单导联心电图或12导联心电图确认为房颤,才能确定房颤的诊断(I,B)。

1.2 房颤的诊断

新指南提出了临床房颤(clinical AF)的定义,

即标准的12导联心电图或 ≥ 30 s单导联心电图记录到没有可识别的P波,且RR间期不规则(不伴房室传导阻滞时)的心电事件(I,B)。房颤的定义还包括心房高频事件(atrial high-rate episode, AHRE)和亚临床房颤。AHRE由心脏植入性电子设备记录,持续时间 ≥ 5 min及 ≥ 175 次/min。亚临床房颤包括被确定为房颤、心房扑动或房性心动过速的AHRE,以及植入或可穿戴性电子设备记录到,且经过医生评阅后确定的房颤。

新指南重视对AHRE及亚临床房颤的管理。应对AHRE患者定期监测和评估,了解是否进展为临床房颤及患者的血栓栓塞危险分层是否变化,如CHA₂DS₂-VASc评分的变化。对于AHRE持续时间较长(尤其是 > 24 h),且血栓栓塞风险较高的患者,在充分沟通和讨论的基础上考虑启动抗凝治疗。

2 房颤的综合管理

2016年ESC房颤指南引入了5个领域综合管理理念,2020年新版指南延续其综合管理理念,并提出CC-ABC整体路径管理。CC指诊断房颤(confirm AF)和房颤特征评估(characterise AF),后者运用4S法则来描述。

¹复旦大学附属中山医院心内科(上海,200032)
通信作者:朱文青,E-mail:zhu.wenqing@zs-hospital.sh.cn

4S 法则,即评估卒中风险(stroke risk)、症状严重程度(symptom severity)、房颤负荷(severity of AF burden)和房颤基质特征(substrate severity)。在不同水平的医疗机构均应有这4个方面的格式化评估流程(II a, C)。卒中风险通过CHA₂DS₂-VASc 评分评估;症状严重程度依靠EHRA 症状评分;房颤负荷指持续时间、自发终止情况;房颤基质特征是指年龄、合并症、左心房扩大和纤维化、左心房电机械传导延迟和功能下降,可以用多种非介入性影像学检查方法来评估,包括经胸或经食管超声心动图、心脏CT和磁共振成像等。

ABC 整体路径管理,其中A是抗凝或卒中预防(anticoagulation/avoid stroke):确定卒中风险及评估患者出血风险,并注意可控出血因素,综合选择口服抗凝药物(OAC);B是指症状管理(better symptom management):据患者症状、生活质量评分及患者意愿,选择更好措施控制心率和心律,包括电复律、抗心律失常药物(AAD)及消融;C是指优化心血管合并症和危险因素的管理(cardiovascular and comorbidity optimization):加强对心血管危险因素和生活方式的管理,如戒烟、减肥、避免饮酒过量和适当运动。

4S 房颤评估法则的提出和实施,将有利于房颤治疗方案的确定和管理的优化。房颤综合管理

的核心是以患者为中心的多学科合作,其目的是提高房颤治疗的科学性,改善患者对治疗方案的依从性,从而使房颤治疗更为有效。而ABC 路径管理为房颤的综合管理设立了具体的目标和路线。多项研究提示,与常规治疗相比,房颤ABC 整体路径管理在各级医疗机构和不同学科的实施,可显著降低房颤患者的总死亡、首次住院以及卒中、大出血和心血管死亡等复合终点风险,并降低医疗费用。

3 房颤血栓栓塞事件预防

新指南继续推荐CHA₂DS₂-VASc 评分评估房颤患者卒中风险,卒中风险高的患者非维生素K口服抗凝剂(NOAC)作为首选抗凝药物(I, A),并强调动态评估患者的卒中风险。出血风险评估应考虑使用HAS-BLED 评分,识别出血高危患者(HAS-BLED 评分 ≥ 3),以便早期和定期地进行临床检查和随访(II a, B)。

建议定期对卒中和出血风险进行重新评估,以辅助临床决策(例如卒中风险变高的患者启动OAC 治疗),并解决潜在可改变的出血危险因素(I, B)。最初为低卒中风险的患者,应在4~6 个月后重新评估卒中风险(II a, B)。INR 在治疗窗内的时间(time in therapeutic range, TTR) $< 70\%$,可改用NOAC,但要确保良好的依从性和治疗的持久性(I, B),或尽力提高TTR(II a, B),见图1^[1]。

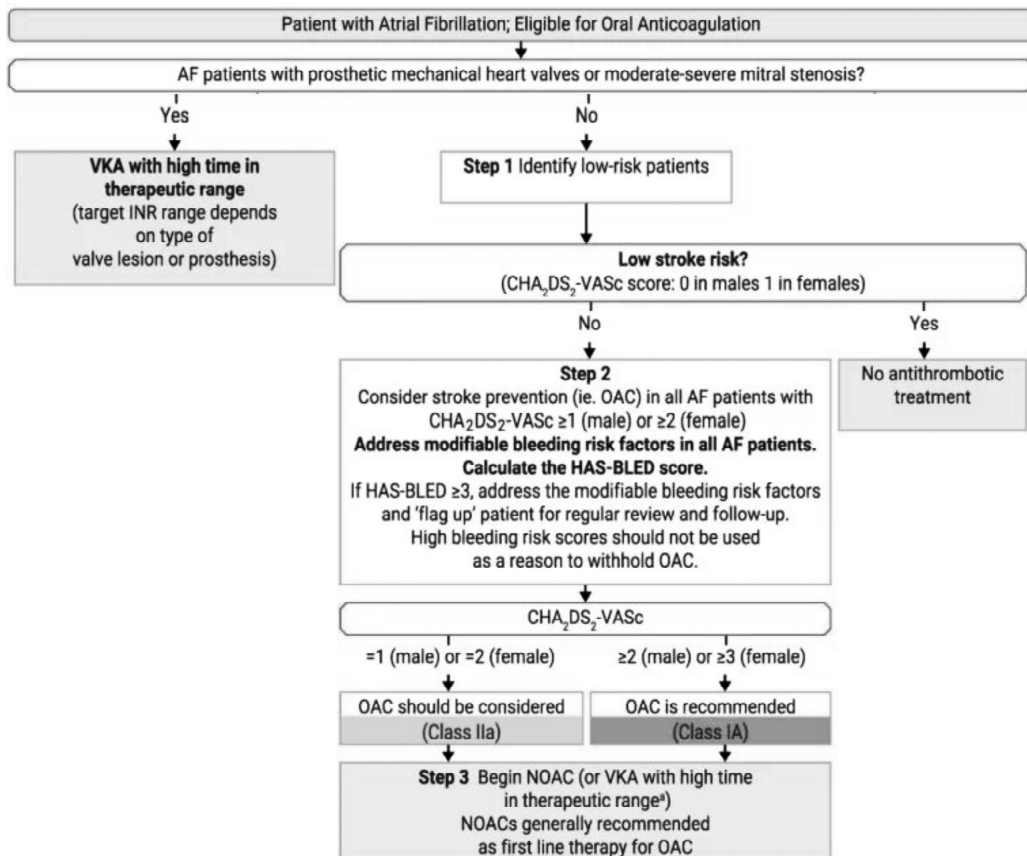


图1 房颤患者卒中风险分层和抗凝决策

Figure 1 Stroke risk stratification and treatment decision making in patients with atrial fibrillation

4 房颤导管消融治疗

新指南更为积极地推荐房颤患者导管消融治疗,特别是药物治疗无效及房颤诱发心动过速性心肌病的患者。同时强调考虑房颤复发的危险因素,以指导消融决策。

对于房颤患者,要评估其获益风险比,包括介入治疗风险、术后房颤复发风险和可能的获益,并与患者充分讨论(I, B)。既往指南推荐,对于1种以上I类或III类AAD治疗无效或不能耐受的症状性阵发性房颤患者,行导管消融是合理的(I, A)。而新指南建议对于药物治疗无效或不能耐受的症状性持续性房颤患者,也应积极行导管消融治疗[没有左心房增大和纤维化等房颤复发危险因素(I, A);伴有这些复发危险因素的持续性房颤(I, B)]。对于 β 受体阻滞剂治疗无效或不能耐受的症状性阵发性或持续性房颤患者,行导管消融治疗也是合理的(II a, A)。在上述几个方面,新指南对持续性房颤患者导管消融的推荐与阵发性房颤患者一样。

对房颤伴左心室收缩功能下降的心力衰竭(心衰)患者,如果有心动过速性心肌病的可能,则应积极行房颤导管消融(I, B);在有选择的房颤伴左心室收缩功能下降的心衰患者中,现有证据提示,导管消融可以改善房颤患者的生存率,降低心衰住院率(II a, B)。

所有的房颤导管消融术均应完成肺静脉电隔离(I, A)。合理的生活方式管理可以降低导管消融术后房颤的复发率,尤其是体重管理(I, B),目标是体重下降10%以上, $BMI < 27 \text{ kg/m}^2$ 。

5 特殊房颤患者的管理

5.1 房颤合并冠心病患者的管理

①对于房颤合并急性冠脉综合征(ACS)行经皮冠脉介入治疗(PCI)的患者,如果患者有抗凝指征,且支架血栓形成风险较低,或衡量出血风险大于血栓栓塞风险时,推荐三联抗栓治疗(OAC+阿司匹林+1种P2Y₁₂受体抑制剂,一般选择氯吡格雷)只限于围术期(≤ 1 周),出院后可以停用阿司匹林,维持双联抗栓治疗(OAC+1种P2Y₁₂受体抑制剂)至12个月(I, B)。

②对于房颤合并慢性冠脉综合征(CCS)行PCI的患者,如果患者有抗凝指征,且支架血栓形成风险较低,或衡量出血风险大于血栓栓塞风险时,推荐三联抗栓治疗只限于围术期(≤ 1 周),出院后维持双联抗栓治疗至6个月(I, B)。

③如果ACS或CCS患者的支架内血栓风险较高,超过出血风险,则三联抗栓治疗可延长至出院后1个月内(II a, C)。在OAC与抗血小板药物联合应用时,应首选NOAC(I, A)。

5.2 妊娠期房颤患者的管理

急性期管理:①对于患有肥厚性心肌病的持续性房颤患者,应考虑心脏复律(II a, A);②对于血

流动力学稳定且心脏结构正常的患者,复律可考虑伊布利特或氟卡尼(II b, B)。

长期管理(口服药物):①如果房室结阻滞药物使用失败,应考虑使用氟卡尼特、普罗帕酮或索他洛尔(II a, B);②控制心室率时如果 β 受体阻滞剂无效,应使用地高辛或维拉帕米(II a, B)。

5.3 外科术后房颤的管理

①考虑到OAC的预期临床净获益和患者意愿,非心脏手术后患有术后房颤且有卒中风险的患者应考虑长期进行NOAC治疗(II a, B);②对于非心脏手术患者,不应常规使用 β 受体阻滞剂预防术后房颤(III, B)。

5.4 颅内出血后房颤患者管理

对于有缺血性卒中高风险的房颤患者(如果NOAC耐受),应优先考虑使用NOAC。创伤相关性颅内出血和急性自发性颅内出血的患者抗凝前应在神经科医生会诊后再开始抗凝治疗(II a, B)。

6 房颤药物治疗

AAD治疗的目的是改善房颤相关症状。因此,决定开始长期AAD治疗需要平衡症状负担、可能的药物不良反应和患者意愿。

①胺碘酮被推荐用于所有房颤患者的长期节律控制,包括射血分数减低的心衰患者。但由于其心外毒性,尽可能优先考虑其他AAD(I, A)。

②在接受索他洛尔治疗的房颤患者中,建议密切监测QT间期、血清钾水平、CrCl和其他心律失常的危险因素(I, B)。

③在使用氟卡尼长期控制心律的房颤患者中,应考虑同时使用房室结阻滞药物(如能耐受)(II a, C)。

④在密切监测QT间期、血清钾水平、CrCl及其他心律失常危险因素的情况下,左室功能正常或缺血性心脏病患者可考虑索他洛尔作为长期节律控制药物(II b, A)。

综上,ESC今年公布的房颤管理指南,较上一版本更加强调了房颤的筛查与诊断、综合管理、导管消融的意义。在房颤合并特殊疾病及情况的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] Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) [J]. Eur Heart J, 2020, Aug 29. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
- [2] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS [J]. Eur Heart J, 2016, 37(38):2893-2962.