

2021最新房颤指南：从诊断到管理，9步带你读完！（下）

原创 人间世 医学界心血管频道 2021-05-25 19:30

*仅供医学专业人士阅读参考

海量医学专业内容持续
更新中

扫码下载医生站 >



该指南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。

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9个部分进行整理。

[上篇点这里](#) 📌

2021最新房颤指南：从诊断到管理，9步带你读完！（上）

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。

本文首发：医学界心血管频道

本文作者：人间世

责任编辑：詹雨 刘凤玲

版权申明

本文原创 欢迎转发朋友圈

- End -