



2016 ESC最新房颤指南解读

聚焦卒中预防和抗凝治疗

南方医科大学珠江医院心脏中心

杨平珍（广州）

2016年指南由多个协会共同制定



- 本次指南由欧洲心脏病学会(ESC)选择欧洲心胸外科协会(EACTS)、欧洲心脏节律协会(EHRA)和欧洲卒中组织(ESO)成员共同制定
- 指南不仅涵盖最新研究数据，并制定具体的推荐内容，提供了教育工具和参考实施策略



ESC/EACTS房颤管理指南



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY



EACTS

1. 房颤的诊断与评估

2. 房颤的综合管理

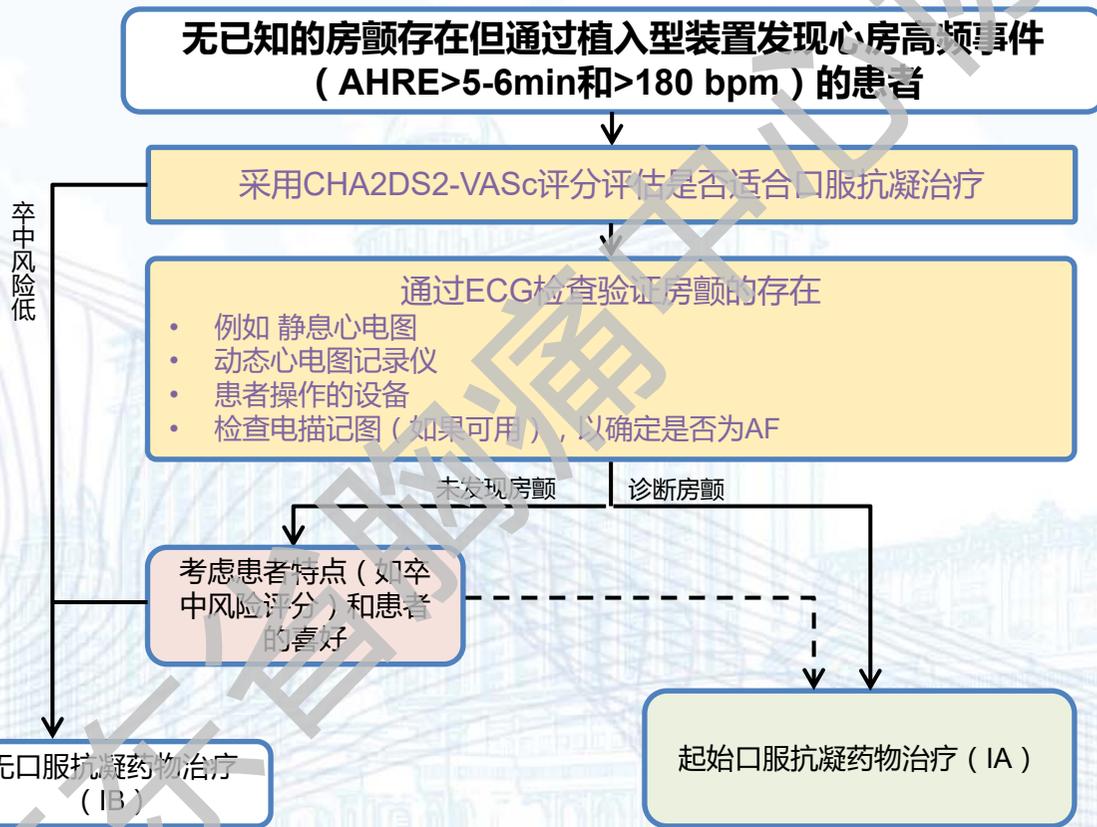
3. 房颤患者的卒中预防

4. 心室率和节律控制

房颤的诊断筛查

推荐	等级	水平
心电图（ECG）需要用于诊断房颤	I	B
对于>65岁的患者：推荐在记录脉搏或做ECG的同时，观察患者有无房颤发作	I	B
对于短暂性脑缺血（TIA）或缺血性脑卒中的患者：推荐短期ECG基础上继续检测ECG>72小时，以筛查房颤	I	B
建议定期程控植入起搏器和心律转复除颤器（ICD）患者的心房高频事件（AHRE）：AHRE患者，在房颤治疗前，应该利用ECG进一步记录房颤信息。	I	B

通过植入装置发现心房高频事件(AHRE)的管理



卒中风险低

2016年ESC/EACTS房颤管理指南



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®



1. 房颤的诊断与评估

2. 房颤的综合管理

3. 房颤患者的卒中预防

4. 心室率和节律控制

抗凝治疗是房颤患者急性和长期管理的重要一环

房颤的急性和长期管理与预期的预后



Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016 Aug 27. pii: ehw210. [Epub ahead of print]

房颤患者的综合管理推荐



推荐	等级	水平
所有房颤患者均应考虑结构化治疗与随访的综合手段，以减少住院率及死亡率	IIa	B
制定决策时应以患者为中心，根据患者意愿实现个体化治疗，以改善长期治疗的依从性	IIa	C

NEW 新指南新增了房颤的综合管理内容，强调患者的参与度，多学科团队管理、临床决策及支持等技术工具的支持

房颤患者整合管理的基础



2016年ESC/EACTS房颤管理指南



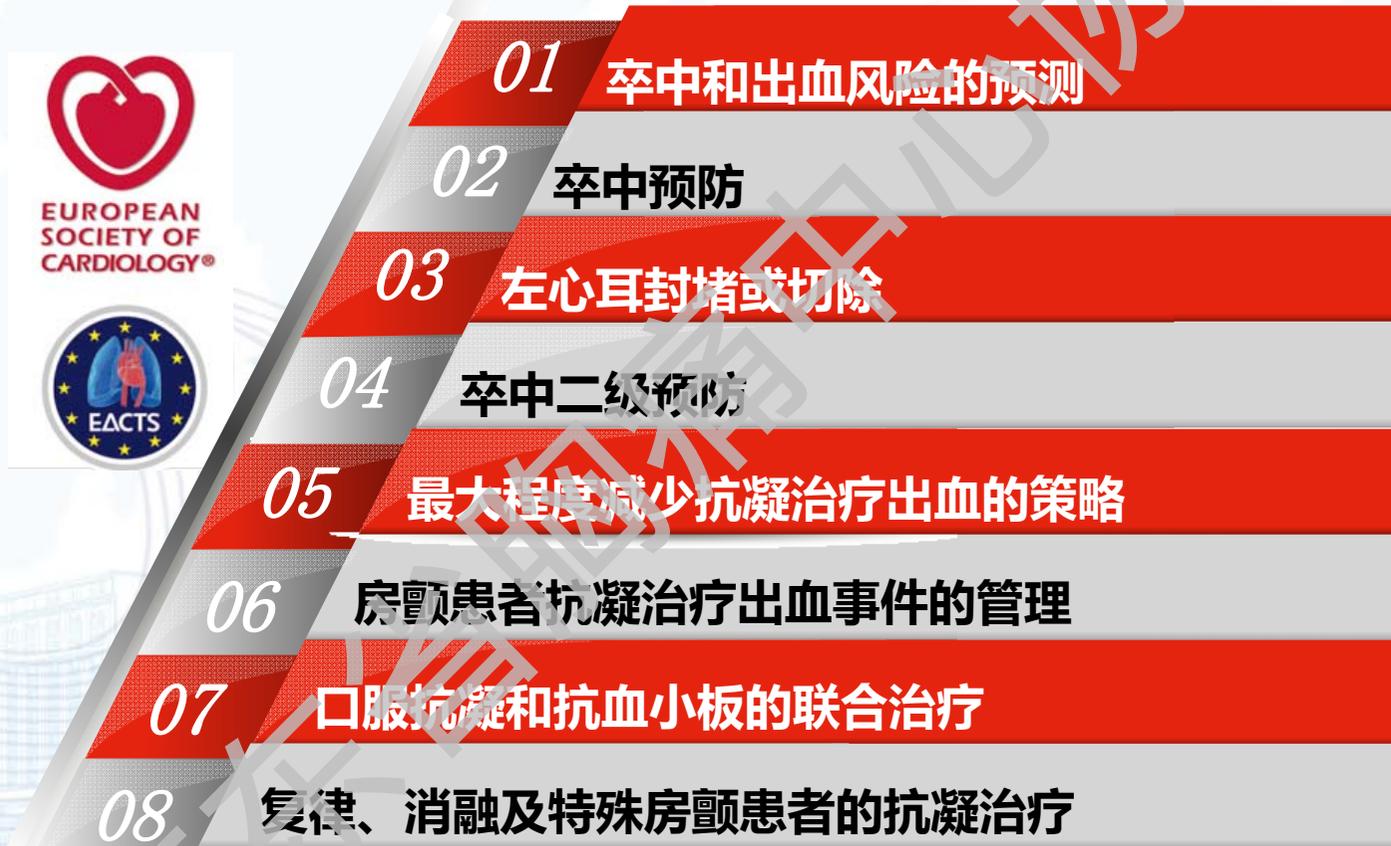
1. 房颤的诊断与评估

2. 房颤的整合管理

3. 房颤患者的卒中预防

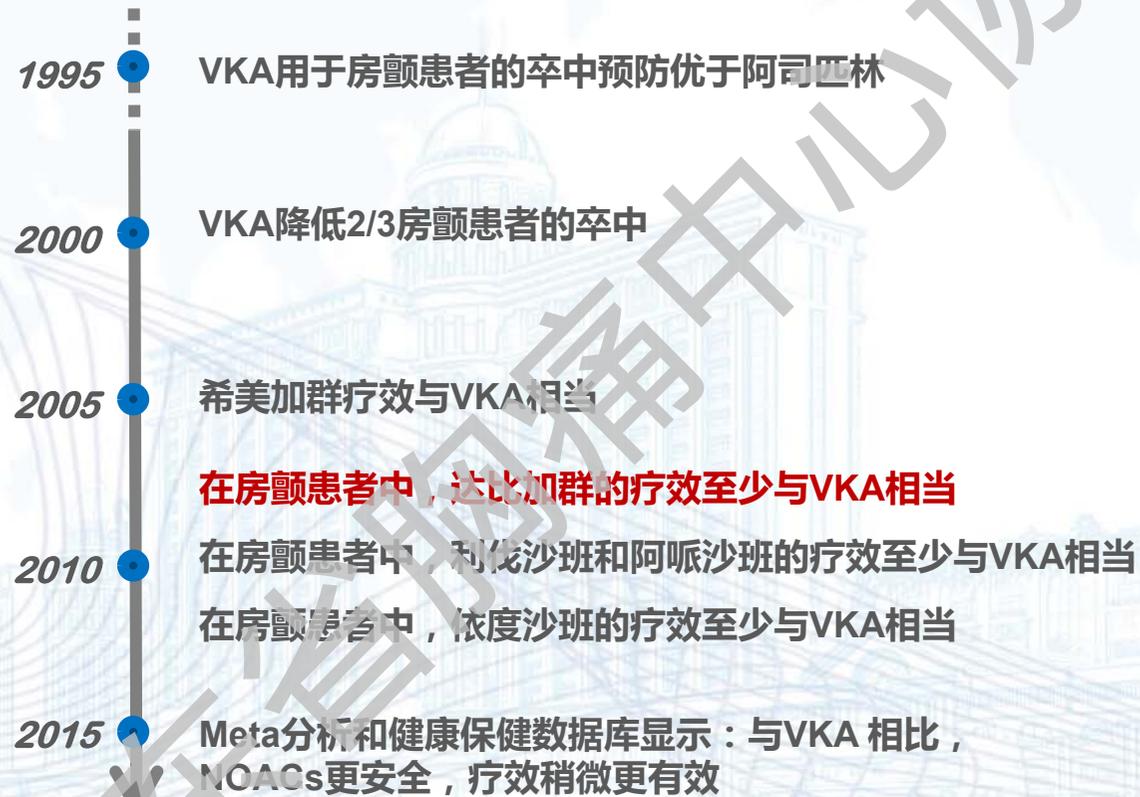
4. 心室率和节律控制

房颤患者的卒中预防治疗



Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016 Aug 27. pii: ehw210. [Epub ahead of print]

房颤患者卒中预防的OAC里程碑研究发展



房颤患者卒中预防的药物

维生素K拮抗剂（VKA）

- 华法林和其他VKAs是首个用于房颤患者的抗凝药物
- 与对照组（阿司匹林或无治疗）相比，VKA降低2/3的卒中风险和1/4的死亡风险
- VKAs使用存在局限性：治疗窗窄，需要频繁的监测和剂量调整
- VKAs是目前风湿性二尖瓣病变和/或机械心脏瓣膜合并房颤患者唯一确定安全性的治疗

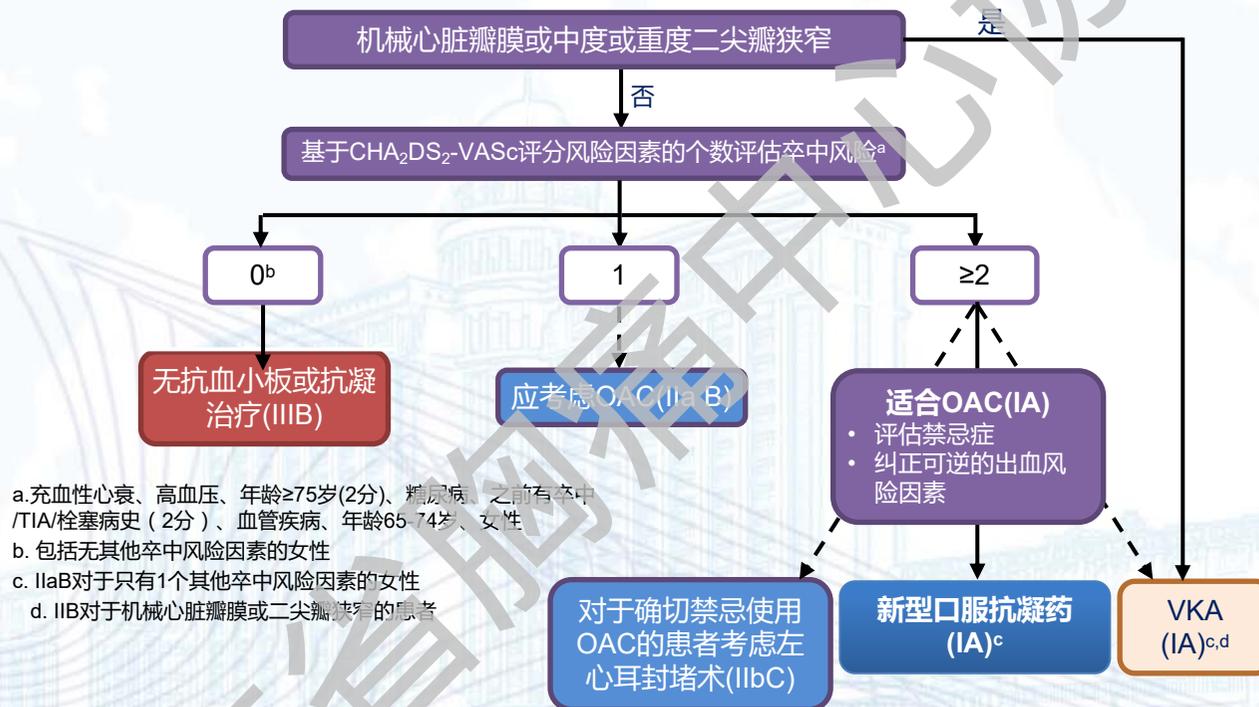
非维生素K拮抗剂口服抗凝药物（NOAC）

- NOACs包括直接凝血酶抑制剂——达比加群和直接Xa因子抑制剂——阿哌沙班、利伐沙班和依度沙班，可替代VKAs用于房颤患者的卒中预防
- 所有的NOACs疗效可预测（起效和失效），且无需定期监测

NOAC——达比加群

- 在RE-LY（长期抗凝治疗的随机评估）研究中，与华法林相比：
 - 达比加群150 mg bid显著降低卒中/全身性栓塞达35%，显著减少24%的缺血性卒中和12%的血管性死亡，大出血事件无显著差异
 - 达比加群110 mg bid预防卒中和全身性栓塞不劣于华法林，且减少20%的大出血事件。
 - 达比加群两种剂量均显著减少出血性卒中和颅内出血，且不增加心肌梗死发生率
- 观察性数据在接受标准计量的达比加群（150mg bid）治疗的房颤患者中也复制了RE-LY研究中达比加群优于VKA的获益。

房颤患者的卒中预防



NEW 新指南中1分者可以考虑抗凝治疗，而非2012年版应该抗凝治疗；并指出禁忌使用OAC的患者考虑左心耳封堵术

新指南中抗血小板药物用以预防卒中的地位下降

CHA ₂ DS ₂ -VASc评分	2010年	2012年	2016年
0分	阿司匹林 75-325 mg qd 或无抗栓治疗(优选)	无抗栓治疗	无抗血小板 或抗凝治疗
1个临床相关的非主要危险因素 1分	口服抗凝药物(优选) 或阿司匹林 75-325 mg qd	口服抗凝药物 (对拒绝任何OAC治疗的患者，考虑阿司匹林每天75-100mg加氯吡格雷每天75mg的联合治疗或疗效更差的阿司匹林每天75-325mg治疗)	口服抗凝药物
1个主要风险因素或≥2个临床相关的非主要危险因素 ≥2分	口服抗凝药物		

Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016 Aug 27. pii: ehw210. [Epub ahead of print]

房颤患者预防卒中的推荐

推荐	等级	水平
所有CHA2DS2-VASc评分≥2的男性房颤患者均需口服抗凝治疗以预防血栓栓塞	I	A
所有CHA2DS2-VASc评分≥3的女性房颤患者均需口服抗凝治疗以预防血栓栓塞	I	A
CHA2DS2-VASc评分为1的男性房颤患者，可根据个体体征和患者意愿给予口服抗凝治疗。	IIa	B
CHA2DS2-VASc评分为2的女性房颤患者，可根据个体体征和患者意愿给予口服抗凝治疗。	IIa	B
中-重度二尖瓣狭窄或机械瓣患者推荐维生素K拮抗剂(INR2-3或更高)预防卒中	I	B
起始口服抗凝治疗的房颤患者，如无NOAC禁忌症，则首选NOAC，次选维生素K拮抗剂。	I	A
使用维生素K拮抗剂治疗时应密切监测，并保持较高的TTR。	I	A
使用维生素K拮抗剂治疗的房颤患者，若无NOAC禁忌症（如人工瓣膜），TTR控制不良时尽管依从性良好或根据患者意愿，建议转换NOAC治疗。	IIb	A
联合口服抗凝药物与抗血小板药物明显增加房颤患者的出血风险，如无其他抗血小板药物指征，应避免联合用药。	III(有害)	B
无论男性还是女性房颤患者，如无额外卒中风险因素的，不应使用抗凝或抗血小板药物治疗。	III(有害)	B
无论卒中风险如何，不推荐房颤患者单用抗血小板药物。	III(有害)	A
不推荐机械瓣(证据等级B)或中-重度二尖瓣狭窄(证据等级C)患者使用NOAC。	III(有害)	B C

Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016 Aug 27. pii: ehw210. [Epub ahead of print]

NOAC包括 达比加群、阿哌沙班、利伐沙班、依度沙班

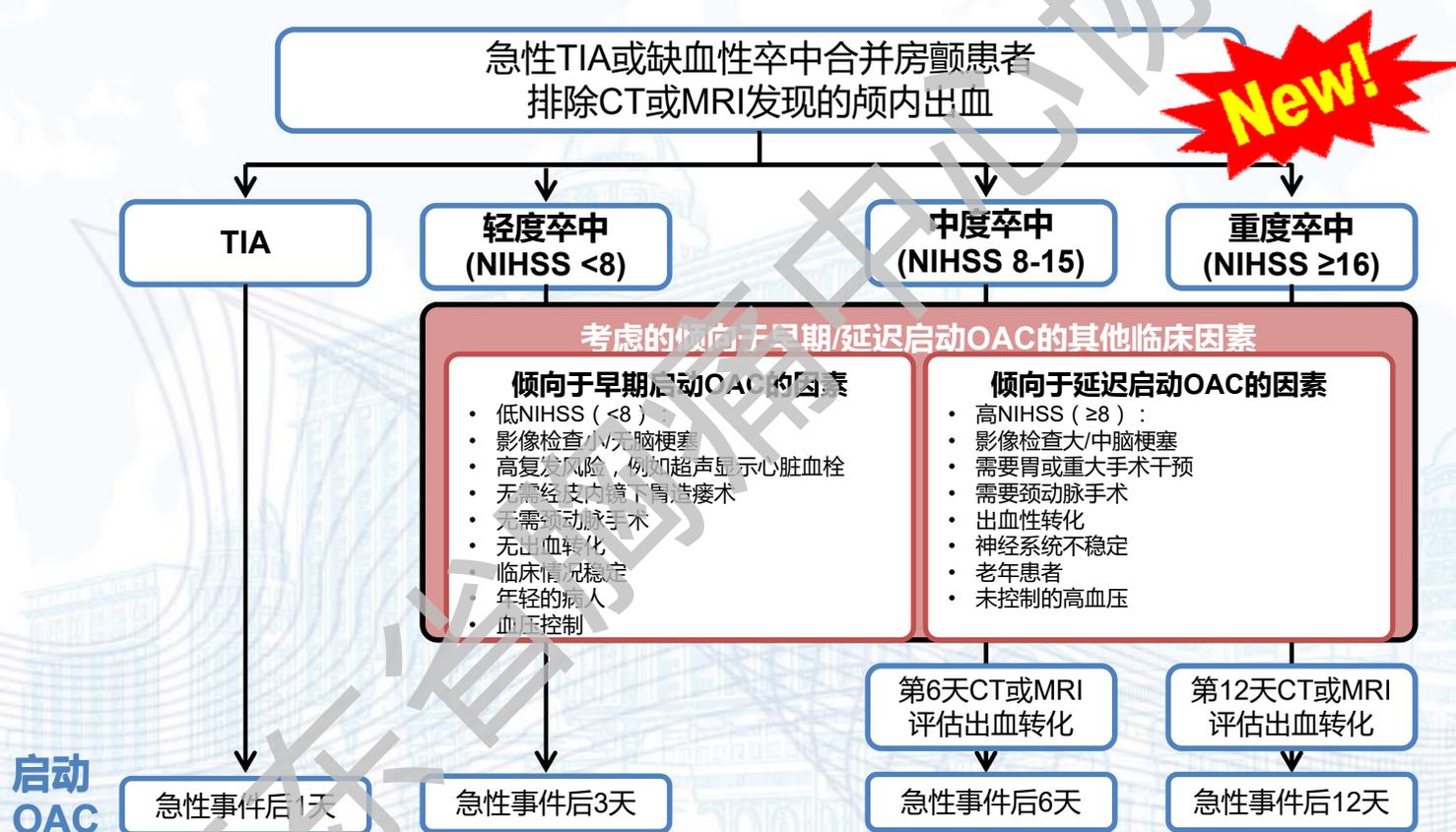
左心耳封堵或切除建议卒中高危房颤患者继续抗凝治疗

推荐	等级	水平
经过手术封堵或切除左心耳后，建议卒中高危的房颤患者继续抗凝治疗以预防卒中。	I	B
LAA封堵可考虑用于具有长期抗凝治疗禁忌症(例如之前发生无可逆原因的危及生命出血)房颤患者的卒中预防。	IIb	B
对于接受心脏手术的房颤患者，建议LAA的外科封堵或切除用于卒中预防。	IIb	B
对于接受胸腔镜手术的房颤患者，建议LAA的外科封堵或切除用于卒中预防。	IIb	B

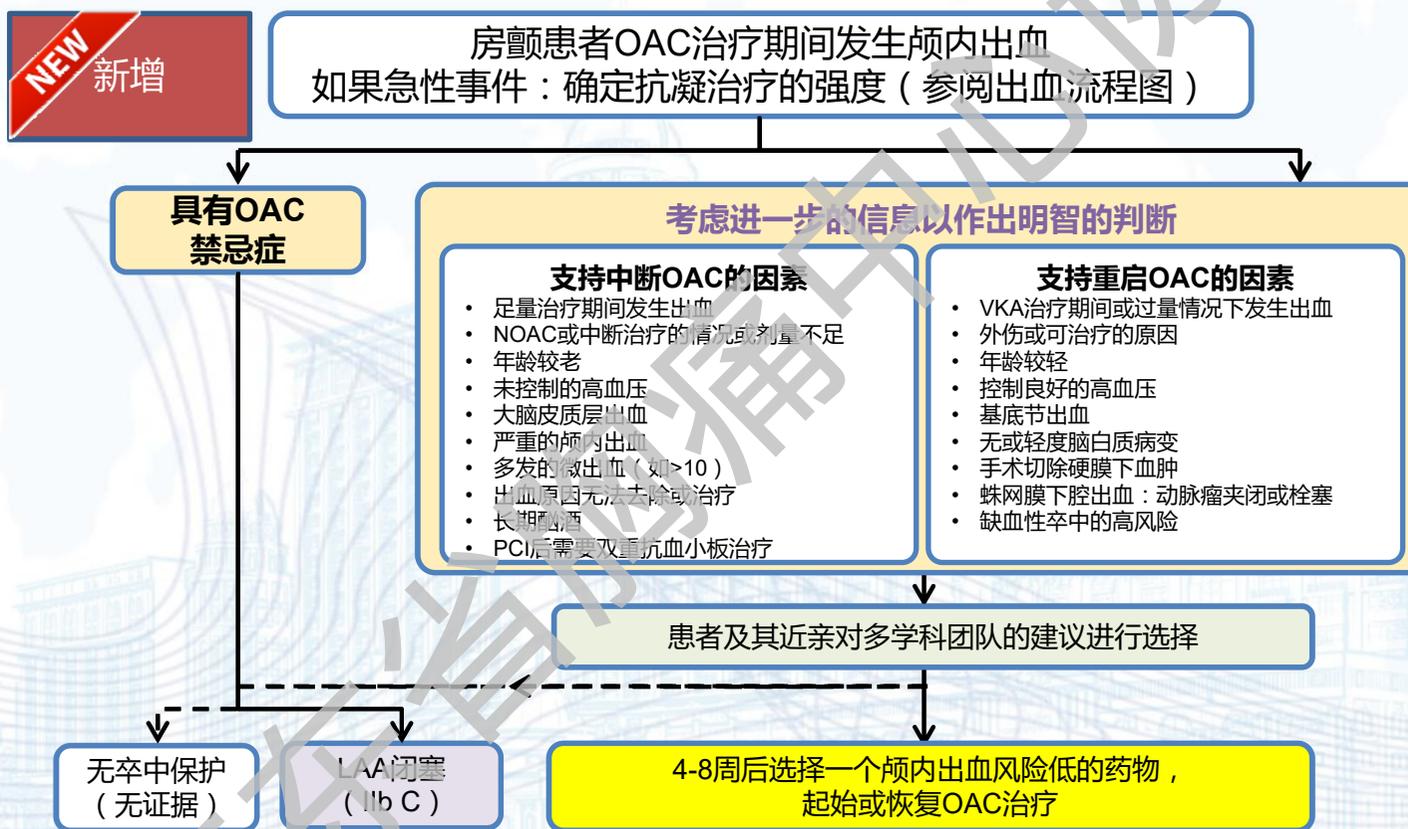
NEW

新指南明确指出左心耳封堵术后，卒中高危的患者建议继续抗凝治疗

卒中/TIA发生后启动抗凝治疗的时机 1-3-6-12法则



颅内出血后启动或继续抗凝治疗



卒中二级预防的推荐

推荐	等级	水平
房颤患者缺血性卒中后不推荐立即使用肝素或LMWH抗凝治疗	III(有害)	A
对于抗凝治疗期间发生TIA或卒中的患者，应该评估和优化方案后坚持治疗	IIa	C
对于抗凝治疗期间发生中-重度缺血性卒中的患者，应基于多学科评估急性卒中和出血风险中断抗凝治疗3 - 12天。	IIa	C
对于罹患卒中的房颤患者，应考虑阿司匹林用以卒中二级预防，直到启动或重启口服抗凝药物治疗。	IIa	B
如果INR高于1.7(或者正接受达比加群治疗的患者，如果aPTT超出正常范围)，不建议使用rtPA全身溶栓治疗。	III(有害)	C
对于有卒中病史的房颤患者，推荐NOACs优先于VKAs或阿司匹林。	I	B
在TIA或卒中后，不推荐OAC和一个抗血小板药物的联合治疗。	III(有害)	B
在出血原因或相关风险因素已被治疗或控制后。房颤患者的口服抗凝治疗可在颅内出血4-8周后重启。	IIb	B

最大程度减少抗凝治疗出血的策略

- 最大限度地减少出血危险因素似乎对于减少抗凝药物的出血率至关重要
 - **未控制的高血压**：已确诊高血压的患者根据目前的指南推荐进行治疗
 - **之前出血事件**：出血原因已被确定和治疗的患者，应重启OAC治疗
 - **INR不稳定和适当的非VKA口服抗凝剂量**：VKAs治疗的患者推荐INR靶目标2.0-3.0，并维持高TTR(如 $\geq 70\%$)，**当无法维持高TTR考虑转换至NOAC治疗；NOAC给药应遵循临床试验中评估的减量标准，如肾功能、年龄和体重等。**
 - **酗酒**：在适合OAC治疗的患者中，严重的酗酒、酗酒习惯应该纠正
 - **跌倒和老年痴呆**：严重、无法控制跌倒(如癫痫等)的患者，照看者无法保证依从性的老年痴呆患者停用抗凝药物
 - **基因检测**：基因检测对于服用华法林患者的TTR或出血风险影响小，目前不建议临床使用
 - **口服抗凝药的桥接期间**：尽量减少OAC中断，以预防卒中

NEW

新指南中根据出血风险提倡积极改善可干预的出血风险

01

02

03

04

05

06

07

08

房颤患者抗凝治疗出血事件的管理



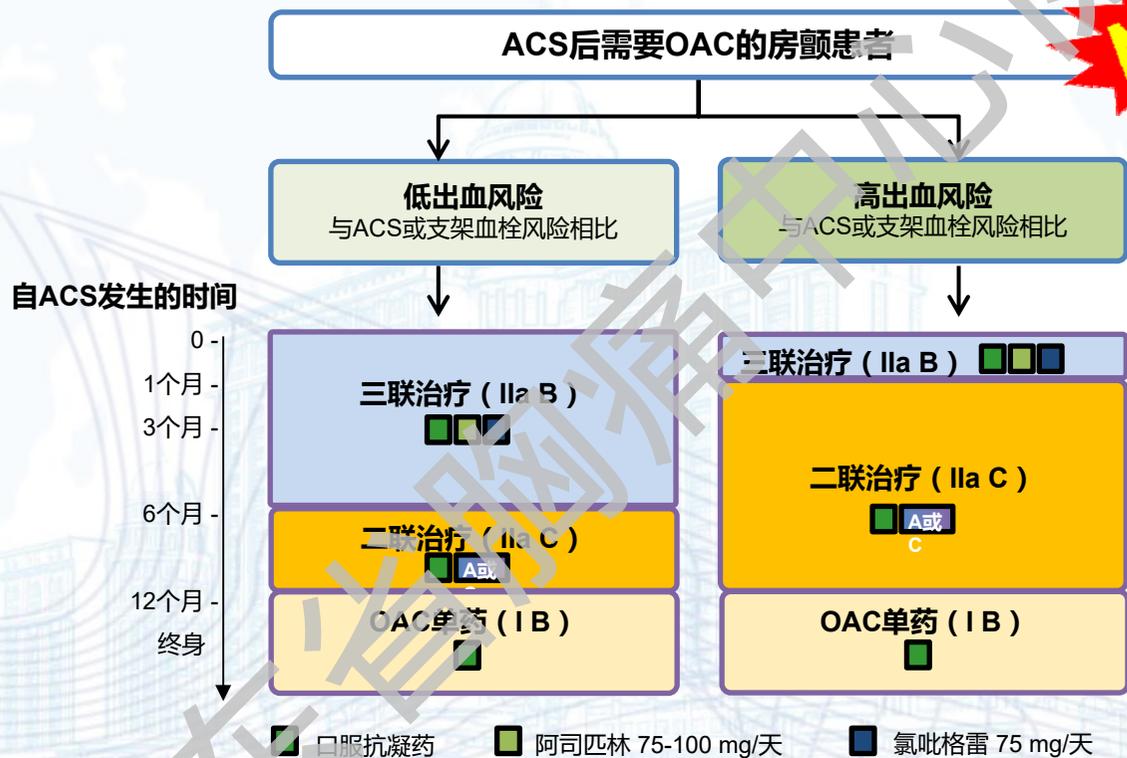
出血管理的推荐

新指南中出血风险不是抗凝禁忌，坚持适当的抗凝治疗，并建议出血事件后应重启OAC治疗

推荐	等级	水平
合并高血压的抗凝治疗患者应考虑控制血压以降低出血风险。	IIa	B
当使用达比加群时，年龄>75岁的患者应考虑减量（110mg bid）以降低出血风险。	IIb	B
在胃肠道出血的高危患者中，VKA或其他NOAC应优于达比加群 150mg bid、利伐沙班 20mg qd、依度沙班 60mg qd。	IIa	B
所有首个OAC治疗的房颤患者应考虑咨询和治疗以避免酗酒。	IIa	C
在启动VKA治疗之前，不推荐基因检测	III(有害)	B
经过多学科房颤团队，考虑不同的抗凝药物和卒中预防的干预措施，改善出血和卒中的危险因素管理后，所有适合的患者应考虑在出血事件后重启OAC治疗。	IIa	B
严重活动性出血的患者，推荐中断OAC治疗直至解决了出血原因。	I	C

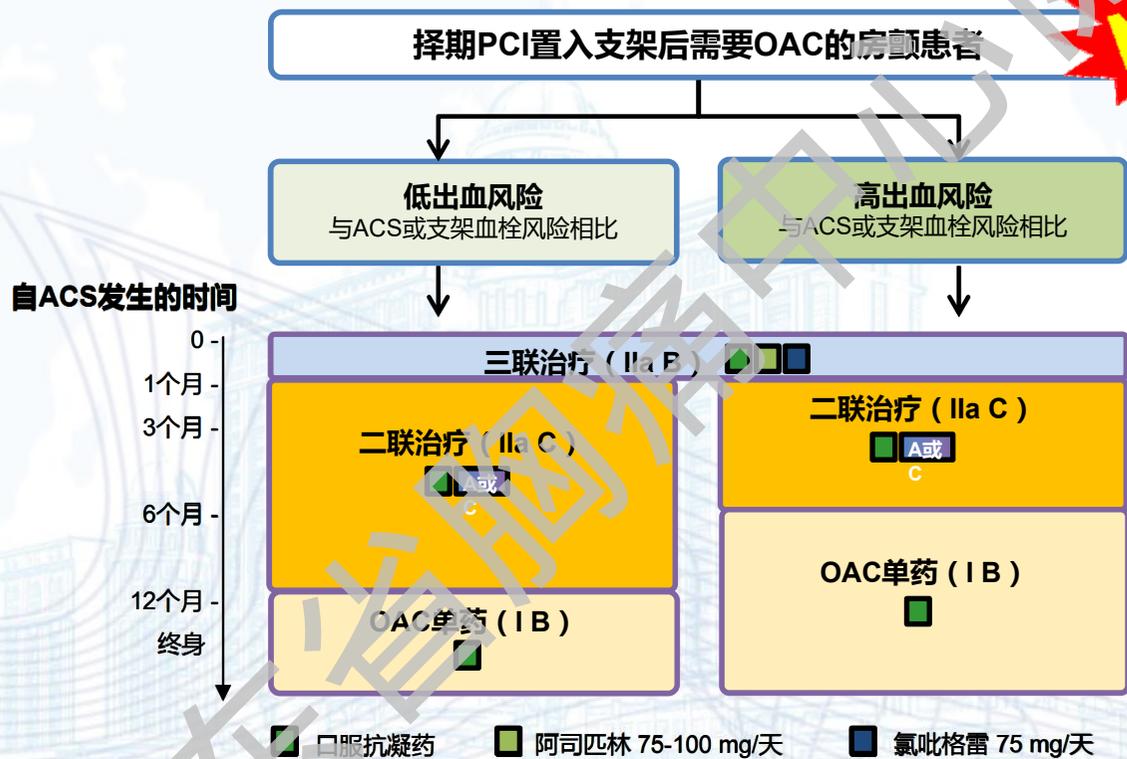
Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016 Aug 27. pii: ehw210. [Epub ahead of print]

需要抗凝治疗的ACS合并房颤患者的抗栓治疗

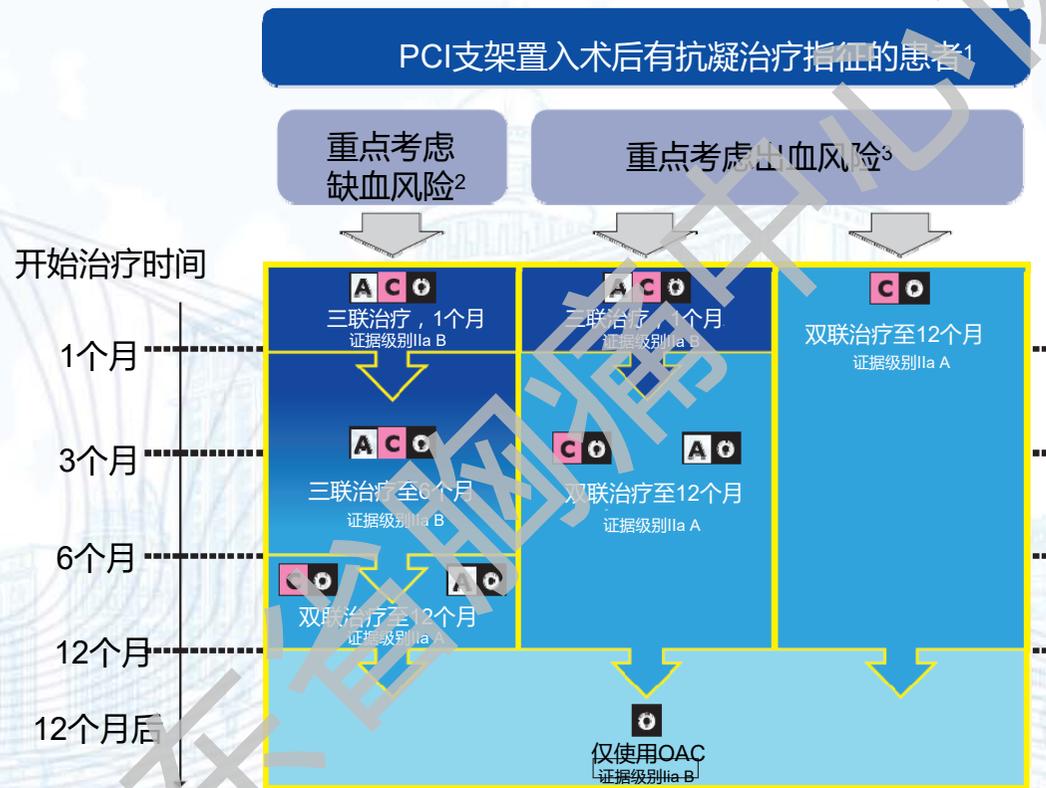


New!

需要抗凝治疗的ACS合并房颤患者的抗栓治疗



需要抗凝治疗的PCI支架置入术后患者的抗栓治疗 (2017 ESC冠脉疾病双联抗血小板治疗指南)



A =阿司匹林 C =氯吡格雷 O =口服抗凝药物

¹不论使用何种治疗策略,在PCI支架置入手术期间推荐使用阿司匹林和氯吡格雷;²高缺血风险被认为是一种可能增加心肌梗死风险的急性临床表现或解剖/程序特征;³出血风险可通过HAS-BLED或ABC评分评估。Valgimigli M, et al. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 00 (2017) 1-45.

特殊患者的抗凝治疗推荐

推荐	等级	水平
肥厚性心肌病合并房颤患者，应该终生抗凝治疗	I	B
妊娠的房颤患者如有卒中风险，建议抗凝治疗。为了减少致畸风险和功能出血，建议前三个月及分娩前2-4周使用肝素（调整合适剂量）。妊娠的其余时间可用VKA或肝素。	I	B
如果心脏术后房颤患者有卒中风险，建议长期抗凝治疗，并评估卒中及出血风险。	IIa	B
无症状性术后房颤患者应给予心率控制和抗凝治疗。	IIa	B
房扑的抗凝治疗原则与房颤相同。	I	B

CKD合并房颤患者的抗凝治疗

慢性肾脏疾病（CKD）患者

- 在大型数据中，CKD与卒中和出血风险，抗凝药物可安全地用于中度或中-重度CKD [肾小球滤过率（GFR） $\geq 15\text{ mL/min}$]的AF患者
- **接受OACs的房颤患者应常规监测肾功能，以了解其对NOACs剂量的适应和改进风险评估**

透析患者

- 目前缺乏评估OAC用于血液透析患者的随机试验，且**无NOACs用于严重CKD（CrCl, 25–30 mL/min）患者的对照试验**
- 需要进一步研究抗凝药物(包括VKAs和NOACs)用于接受透析的房颤患者中的对照研究

肾移植患者

- 目前缺乏在肾移植后评估OAC的随机试验
- NOAC治疗的处方应基于移植肾估计GFR的指导
- 应考虑OAC与免疫抑制剂潜在的药代动力学相互作用

目录

1 房颤的综合管理

2 房颤的筛查

3 房颤的卒中预防

- 卒中和出血风险评估
- 房颤患者卒中预防抗凝治疗
- 卒中患者/ACS/PCI的二级预防
- 高出血风险、活动性出血管理

4 心室率和节律控制

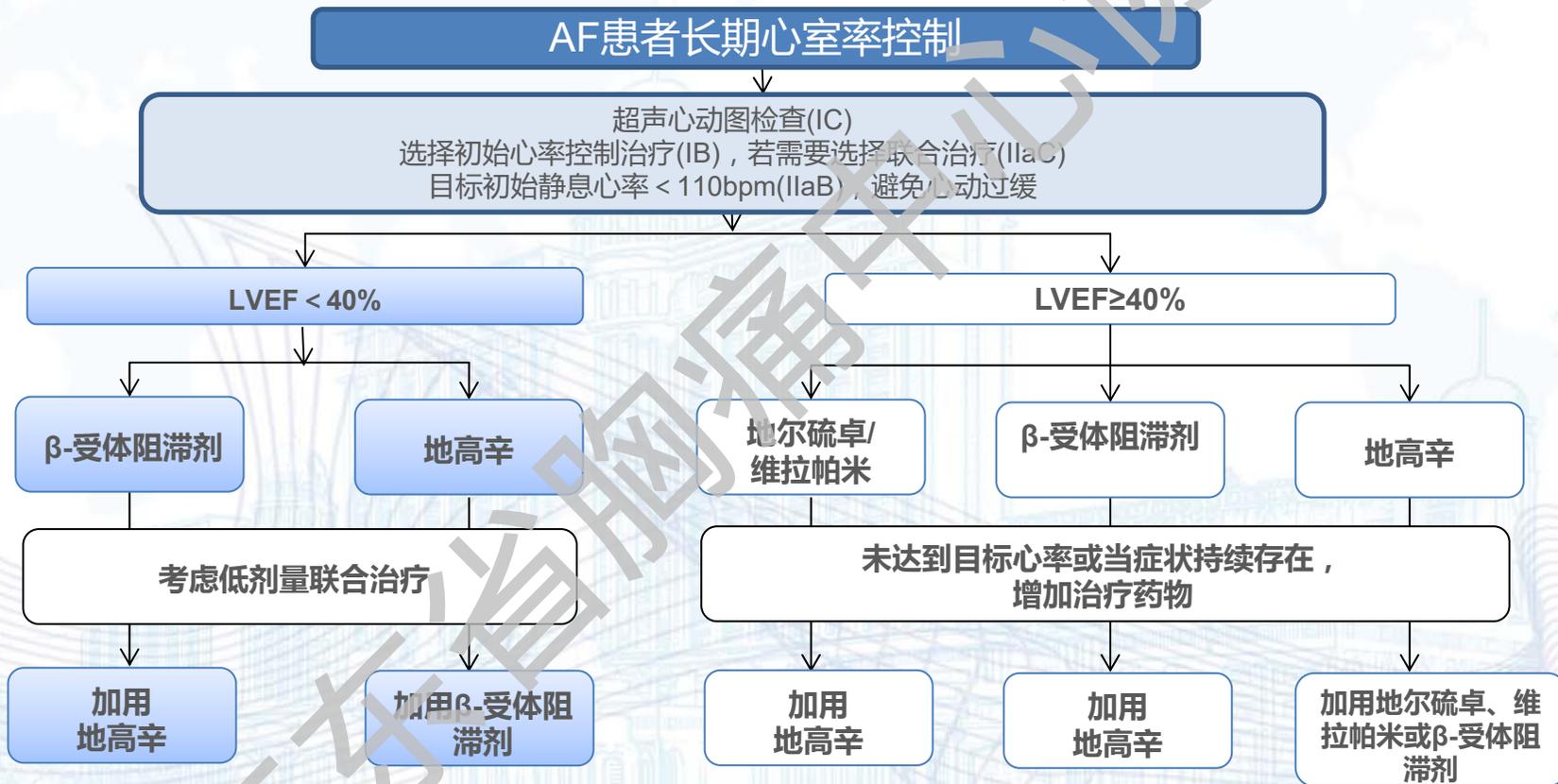
心室率控制相关推荐

推荐	类别	等级
对于LVEF \geq 40%的AF患者，推荐使用 β 受体阻滞剂、地高辛、地尔硫卓或维拉帕米控制心室率	I	B
对于LVEF < 40%的AF患者，推荐使用 β 受体阻滞剂和/或地高辛控制心室率	I	B
若单药治疗不能达到需要的心室率目标，可考虑不同心室率控制药物联合治疗	IIa	C
血流动力学不稳定或LVEF严重降低的患者，可考虑胺碘酮用于急性心室率控制	IIb	B
永久性AF患者(无复律计划)，不应常规使用抗心律失常药物控制心室率	III	A
静息心率 < 110bpm(如宽心率控制范围)可作为心室率控制的起始靶目标	IIa	B
合并预激或妊娠的AF患者，节律控制应优于心室率控制	IIa	C
若心室率或节律控制药物无效或患者不能耐受，应考虑行房室结消融，但患者以后需依赖起搏器	IIa	B

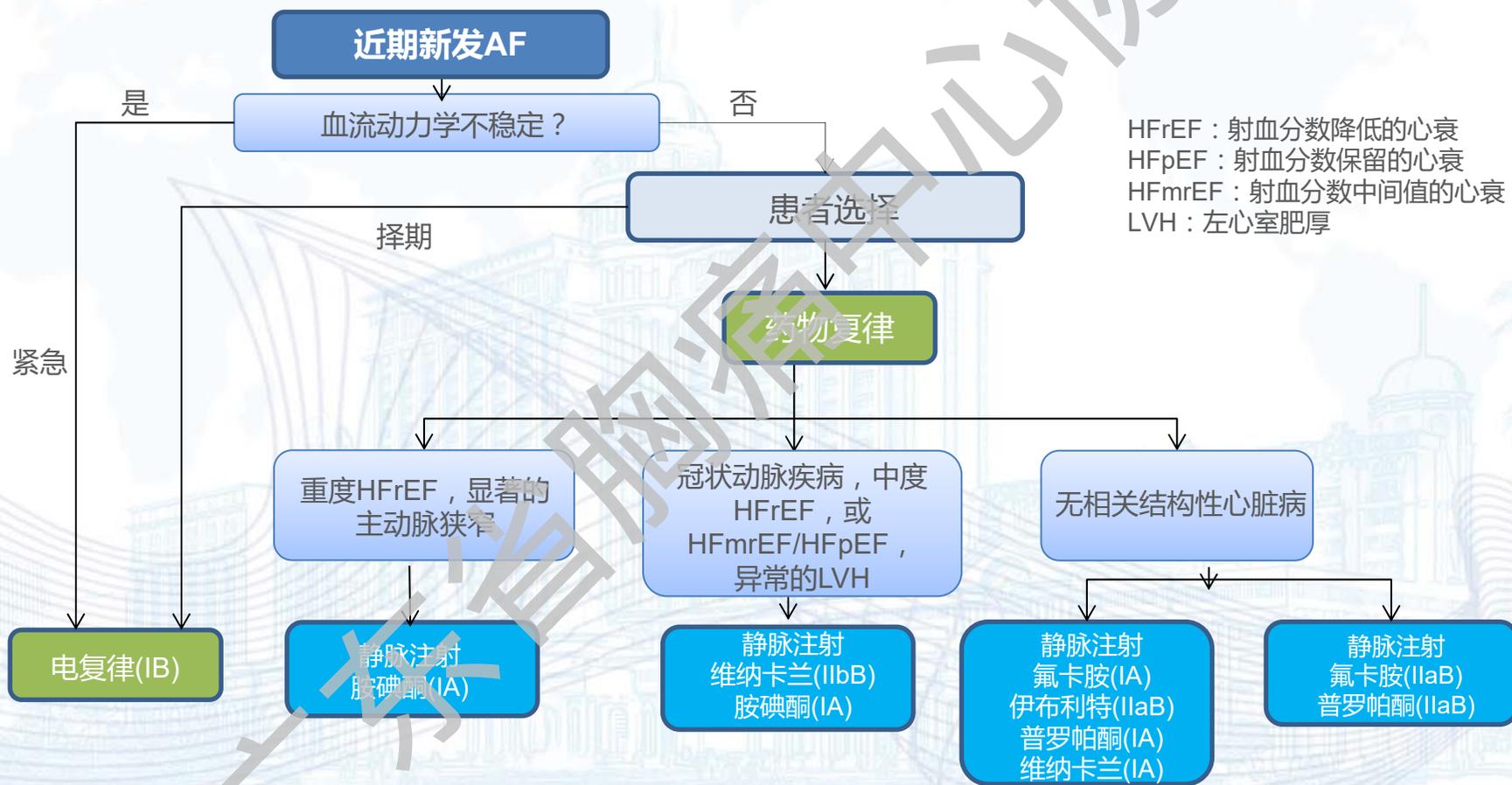
AF患者急性心室率控制流程



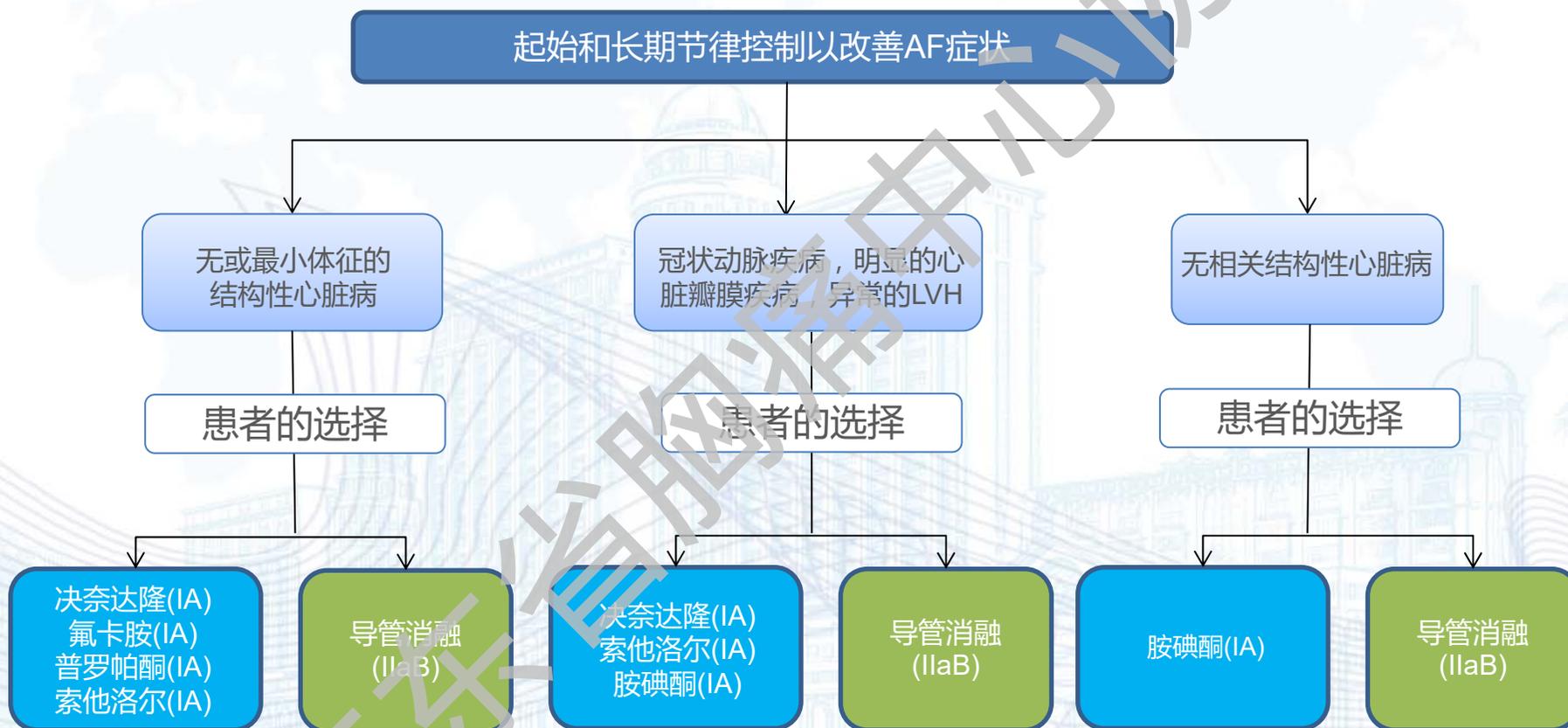
AF患者长期心室率控制流程



近期新发AF患者节律控制流程



症状性AF患者起始和长期节律控制治疗流程



个人体会

- 2016版指南基本保持了2010版指南的理念，但更加强调对脑卒中的预防，对出血风险的评估也更加重视
- 抗凝治疗，节律和室率控制在证据方面没有大的突破，治疗推荐有一些小的变化，更关注如何落实已有证据
- 更加强调综合管理，提出了“综合治疗”、“多学科团队合作”，“患者参与”等理念
- 抗血小板药物用以预防卒中的地位下降，NOAC和华法林仍作为一线治疗推荐，而**对于适宜应用NOAC的患者，优先推荐NOAC**
- 我国医务工作者应该借鉴这部指南的理念，但应根据我国的特点做好房颤的诊治和并发症预防

谢谢!

广东省胸导管中心协会