

2017年ACC/AHA/HRS 指南：晕厥评估和管理

广州军区广州总医院

马骏

2017-11-04

《2017 ACC/AHA/HRS 晕厥患者评估和管理指南》

- 2017年3月9日，由美国心脏病学会(ACC)、美国心脏协会(AHA)、美国心律学会(HRS)联合发布，这是美国晕厥诊断与处理方面的**首个**指南。

Shen W-K, et al.
2017 ACC/AHA/HRS Syncope Guideline

2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association
Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society

*Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians and Society for
Academic Emergency Medicine*

Endorsed by the Pediatric and Congenital Electrophysiology Society

WRITING COMMITTEE MEMBERS*

Win-Kuang Shen, MD, FACC, FAHA, FHRS, *Chair*†
Robert S. Sheldon, MD, PhD, FHRS, *Vice Chair*

David G. Benditt, MD, FACC, FHRS*†
Mitchell I. Cohen, MD, FACC, FHRS†
Daniel E. Forman, MD, FACC, FAHA†
Zachary D. Goldberger, MD, MS, FACC, FAHA, FHRS†
Blair P. Grubb, MD, FACC§
Mohamed H. Hamdan, MD, MBA, FACC, FHRS*†
Andrew D. Krahn, MD, FHRS*§

Mark S. Link, MD, FACC†
Brian Olshansky, MD, FACC, FAHA, FHRS*†
Satish R. Raj, MD, MSc, FACC, FHRS*§
Roopinder Kaur Sandhu, MD, MPH†
Dan Sorajja, MD†
Benjamin C. Sun, MD, MPP, FACEP||
Clyde W. Yancy, MD, MSc, FACC, FAHA†¶

ACC/AHA TASK FORCE MEMBERS

1▶

晕厥的定义

2▶

指南解读

3▶

值得关注

什么是晕厥？

- **晕厥**（syncope），是一种症状，表现为突发、短暂、完全性意识丧失，导致不能维持姿势性张力，并且能迅速自行恢复。其机制可能是大脑低灌注。不包括由癫痫、头颅外伤或貌似意识丧失（如假性晕厥）等原因引起的意识丧失。

晕厥的流行病学

发病率取决于研究人群

- 40%的人在一生中至少会经历一次晕厥¹
- 占住院率的1-6%²
- 占每年急诊人次的1%^{3,4}
- 老年人年发病率7%，总患病率23%⁵



¹Kenny RA, Kapoor WN. In: Benditt D, et al. eds. *The Evaluation and Treatment of Syncope*. Futura;2003:23-27.

²Kapoor W. *Medicine*. 1990;69:160-175.

³Brignole M, et al. *Europace*. 2003;5:293-298.

⁴Blanc J-J, et al. *Eur Heart J*. 2002;23:815-820.

⁵Campbell A, et al. *Age and Ageing*. 1981;10:264-270.

1▶

晕厥的定义

2▶

指南解读

3▶

值得关注

一、晕厥初始评估与处理

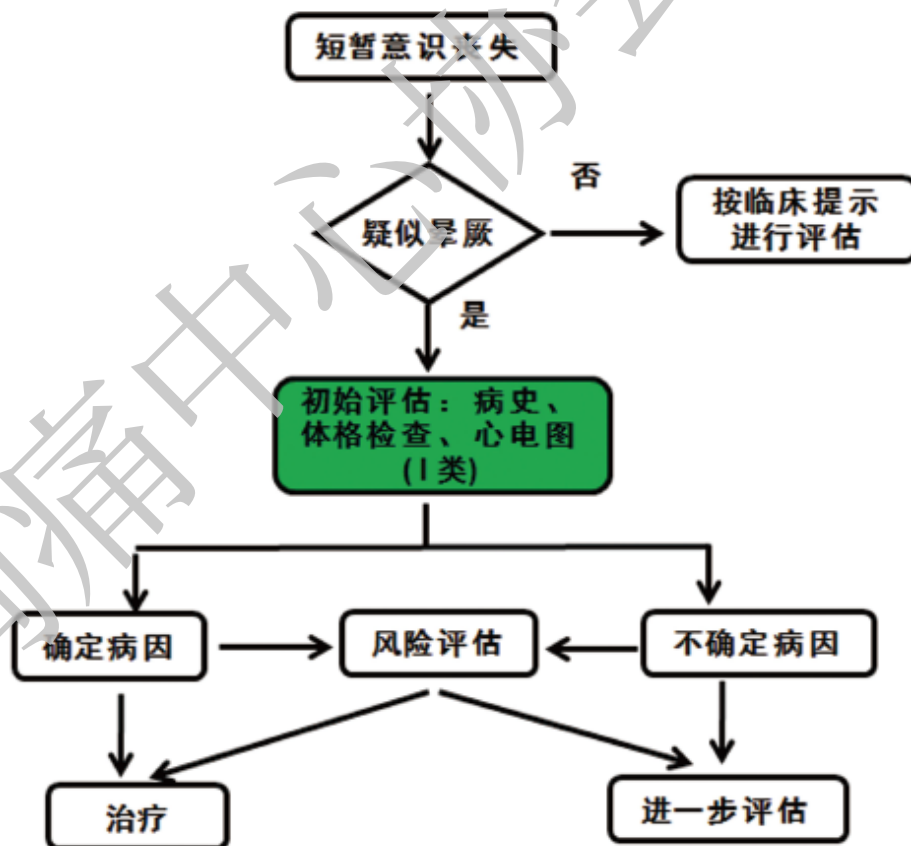
二、心源性晕厥的处理

三、反射性晕厥的处理

1.晕厥患者初步评估流程

在晕厥患者的初始评估中，应进行详细的病史采集和体格检查。
静息12导联静息心电图是有用的。

图1 晕厥初始评估



* 相关术语和定义参见表3。

颜色与表1中推荐等级的颜色相对应，该图为所有患者晕厥发作后初始评估的一般原则。

ECG：心电图

分级	证据等级	建议
I	B-NR	应在晕厥患者中进行详细的病史和身体检查； 包括“评估与心脏和非心脏原因相关的特征”

与心脏相关的诱因

- ✓ 高龄（>60岁）
- ✓ 男性
- ✓ 存在缺血性心脏病、结构性心脏病、心律失常既往史或心室功能降低
- ✓ 短暂的心悸或无意识丧失之前的症状
- ✓ 发作时处于运动状态
- ✓ 发作时处于仰卧位
- ✓ 发作次数少（1次或2次）
- ✓ 心脏检查异常
- ✓ 遗传性心脏病或SCD的家族史（<50岁）
- ✓ 先天性心脏病

与心脏无关的诱因

- ✓ 年轻
- ✓ 没有已知的心脏疾病
- ✓ 仅仅在站立位时发作
- ✓ 体位变化时发生（由坐卧位到站立位）
- ✓ 出现恶心、呕吐、感觉发热的症状
- ✓ 存在具体的触发因素：脱水，疼痛，情绪刺激，医疗环境
- ✓ 情境触发：咳嗽，大笑，排尿，排便，吞咽
- ✓ 晕厥频繁复发且每次发作具有相似的特征

晕厥患者风险评分

分级	证据等级	建议
I	B-NR	建议评估晕厥原因，短、长期发病率和死亡风险

短期（< 30天）危险因素

- ✓ 高龄（> 60岁）
- ✓ 男性
- ✓ 意识丧失前心悸或意识丧失前无症状
- ✓ 发作时处于运动状态
- ✓ 结构性心脏病
- ✓ 心力衰竭
- ✓ 脑血管疾病
- ✓ SCD家族史
- ✓ 外伤
- ✓ 出血证据
- ✓ 持续性异常生物指征/心电图
- ✓ 肌钙蛋白异常

长期（> 30天）危险因素

- ✓ 高龄（> 60岁）
- ✓ 男性
- ✓ 晕厥之前没有恶心/呕吐症状
- ✓ 检测到室性心律失常
- ✓ 癌症
- ✓ 结构性心脏病
- ✓ 心力衰竭
- ✓ 脑血管疾病
- ✓ 糖尿病
- ✓ 高CHADS2评分
- ✓ 异常心电图
- ✓ 低GFR（肾功能）

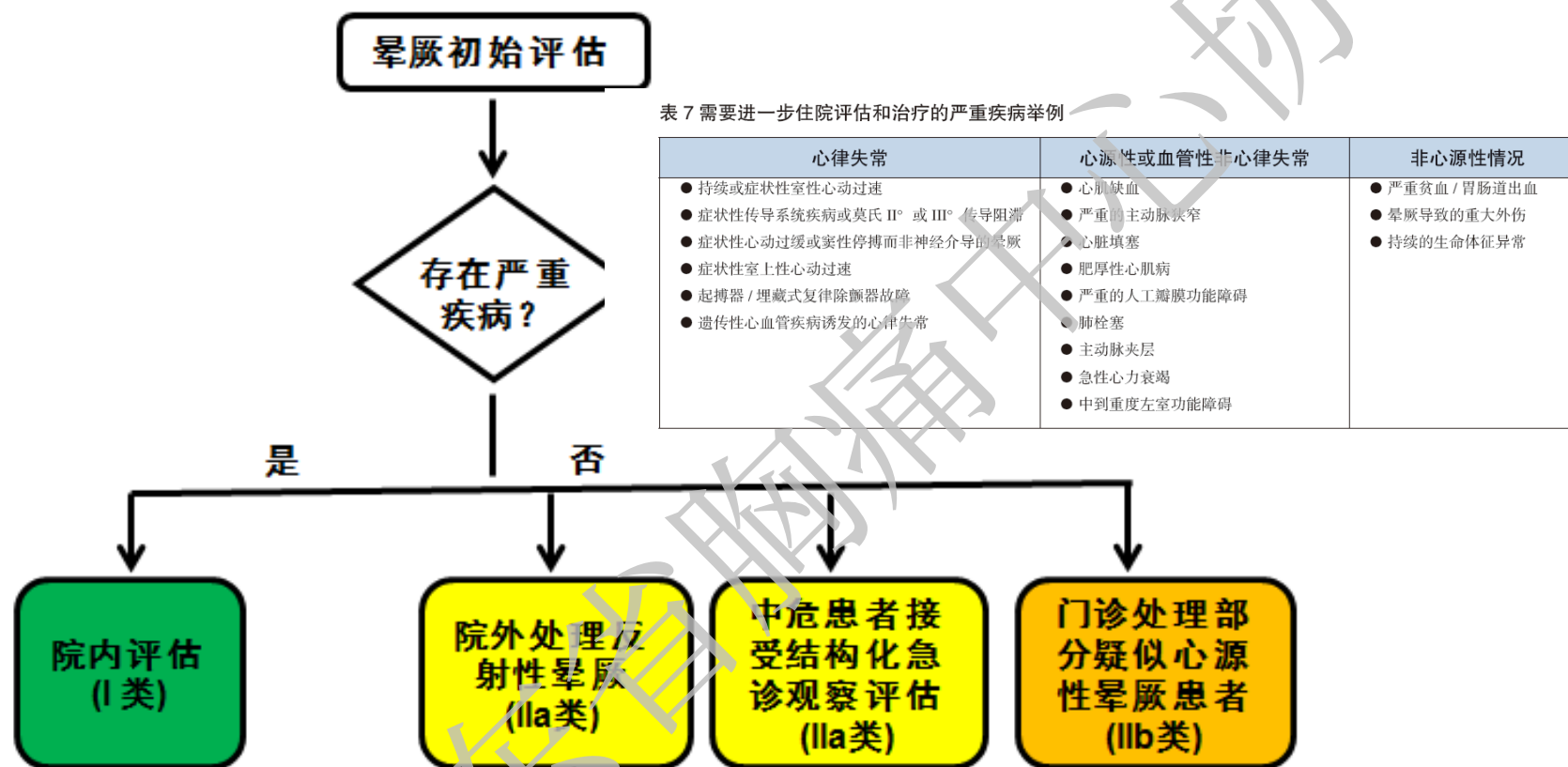
IIb

B-NR

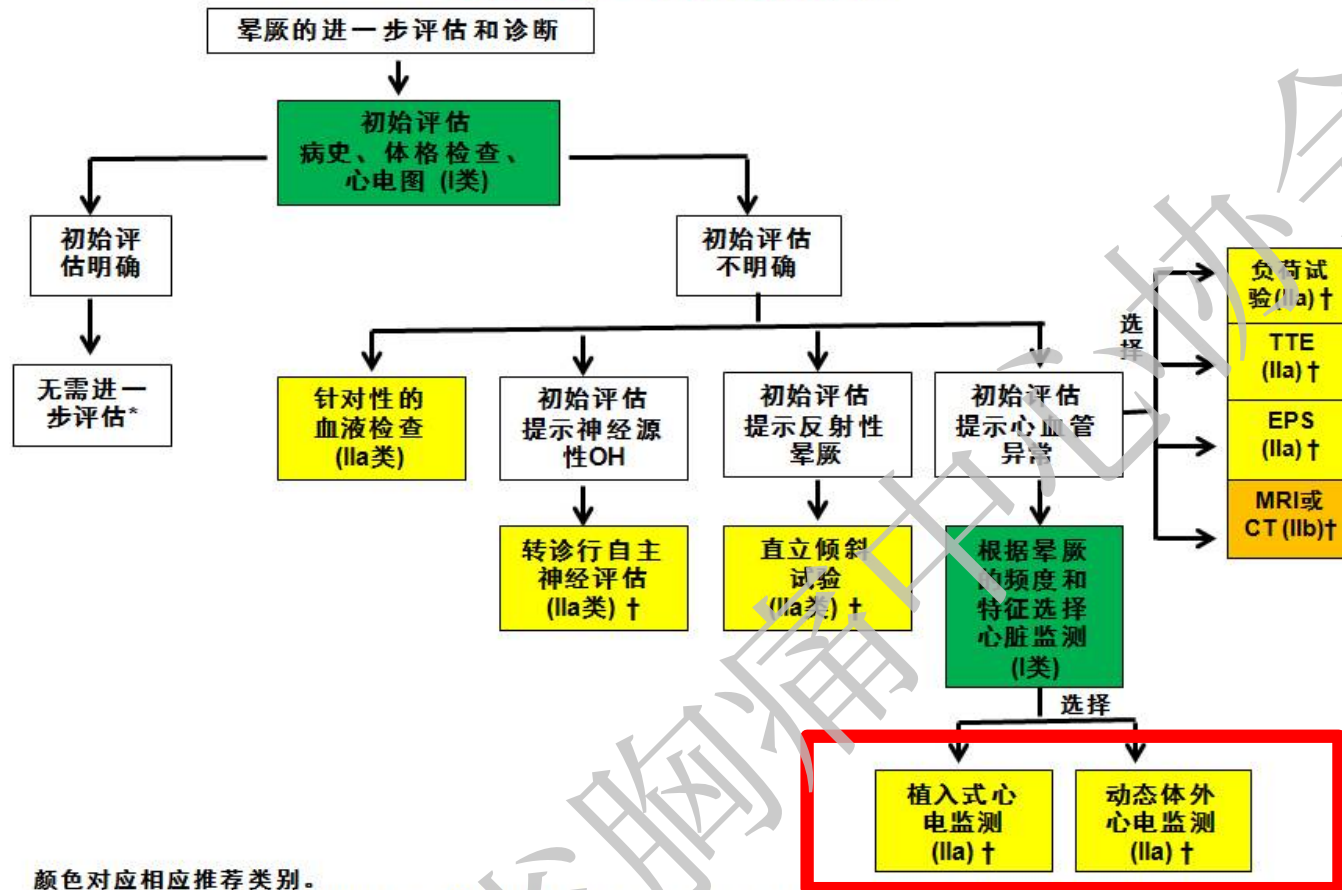
在晕厥患者的管理中使用风险分层评分可能是合理的

2.评估后处理

晕厥患者初始评估后的处理



晕厥的进一步评估和诊断



- 经过初始诊断发现晕厥原因疑似与心脏相关后，**应该**进行心脏监测
- **ICM**应该被用于发作频率> 30天的患者中

- 一、晕厥初始评估与处理
- 二、心源性晕厥的处理
- 三、反射性晕厥的处理

1.心律失常 正确地判断晕厥与心律失常的因果关系

1)缓慢性心律失常、室上性心动过速、房颤、室速、缺血性心脏病、瓣膜病、肥厚性型心肌病等相关的心源性晕厥，应根据相应疾病指南推荐的管理和治疗原则处理。

2)晕厥且记录到持续性室速的致心律失常性右室心肌病患者应植入

I(致心律失常性右室心肌病(ARVC)建议

推荐级别	证据水平	建议
I	B-NR	ARVC患者，已记录到持续性室性心律失常的晕厥患者，推荐植入ICD。
Ila	B-NR	ARVC患者，若出现了可疑的心律失常源性晕厥，也可以植入ICD。

2.器质性心脏病

1) 对于缺血性心肌病或非缺血性心肌病引起的晕厥。

晕厥患者在行心脏电生理检查过程中，出现起源不明、但有临床意义的室性心律失常时，推荐植入式心脏复律除颤器（ICD）。

对于非缺血性扩张型心肌病合并明显左室功能障碍的晕厥患者，推荐植入ICD。

2) 主动脉瓣狭窄的患者，在劳力时可能出现晕厥。

近期发表的瓣膜源性晕厥患者的管理指南指出，对于已排除其他原因，确定为主动脉瓣狭窄引起晕厥的患者，推荐行主动脉瓣置换术。

结节性心肌病建议

推荐级别	证据水平	建议
I	B-NR	结节性心肌病患者，若出现晕厥或自发性持续性室性心律失常，推荐植入ICD。
I	C-EO	结节性心肌病合并传导异常和晕厥患者，根据相关指南推荐进行管理和治疗。
IIa	B-NR	结节性心肌病患者，尤其是左室功能下降或具有起搏器植入指证的患者，若出现可疑的心律失常源性晕厥，推荐植入ICD。
IIa	B-NR	结节性心肌病患者，若出现了可疑的心律失常源性晕厥，应进行心脏电生理检查。

3.遗传性心律失常

1) Brugada综合征

Brugada波心电图改变和晕厥的建议

推荐级别	证据水平	建议
Ila	B-NR	心电图有Brugada波，晕厥的原因可疑为心律失常的患者，应植入ICD。
Ila	B-NR	Brugada波心电图改变，晕厥的原因可疑为心律失常的患者，可以考虑有创性心脏电生理检查。
III: 无益	B-NR	Brugada波心电图改变，晕厥为迷走反射机制所介导，无其他危险因素的患者不推荐植入ICD。

2) 短 QT 间期综合征

对于短 QT 间期综合征导致的晕厥患者，可考虑植入 ICD。

广东省胸痛中心

3) 长QT综合征

LQTS建议

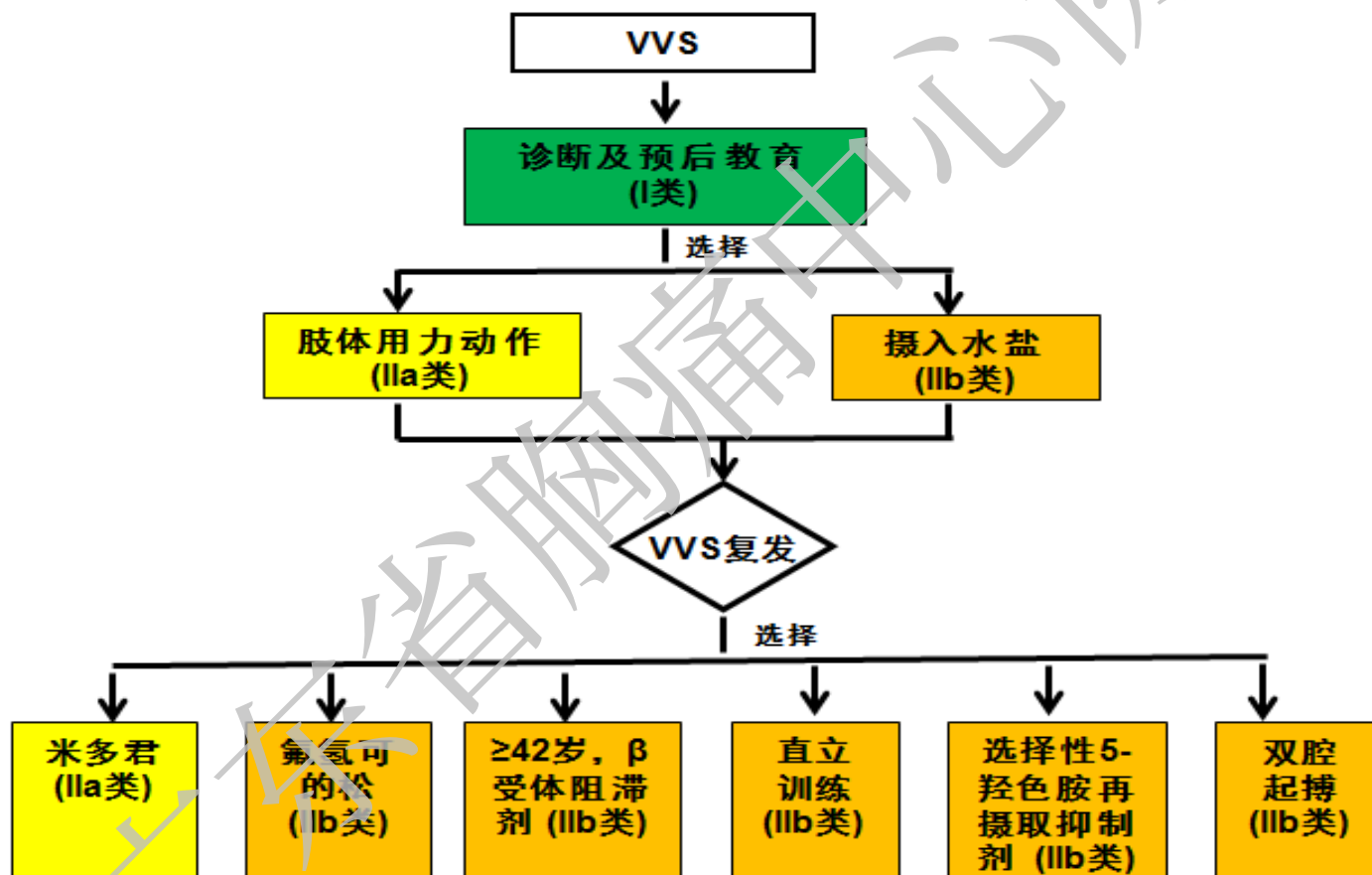
推荐级别	证据水平	建议
I	B-NR	如无禁忌症， β 受体阻滞剂治疗是LQTS伴有可疑心律失常性晕厥患者的一线治疗。
IIa	B-NR	LQTS伴有可疑心律失常性晕厥患者，在 β 受体阻滞剂治疗的基础上或不耐受 β 受体阻滞剂的情况下，可以考虑植入ICD。
IIa	C-LD	LQTS且反复发生可疑心律失常性晕厥患者，在不耐受 β 受体阻滞剂或 β 受体阻滞剂治疗失败的情况下，可以考虑左心交感神经祛除术（LCSD）。

- 一、晕厥初始评估与处理
- 二、心源性晕厥的处理
- 三、反射性晕厥的处理

1. 血管迷走性晕厥 (VVS)

最常见原因

VVS处理流程



2. 颈动脉窦综合征

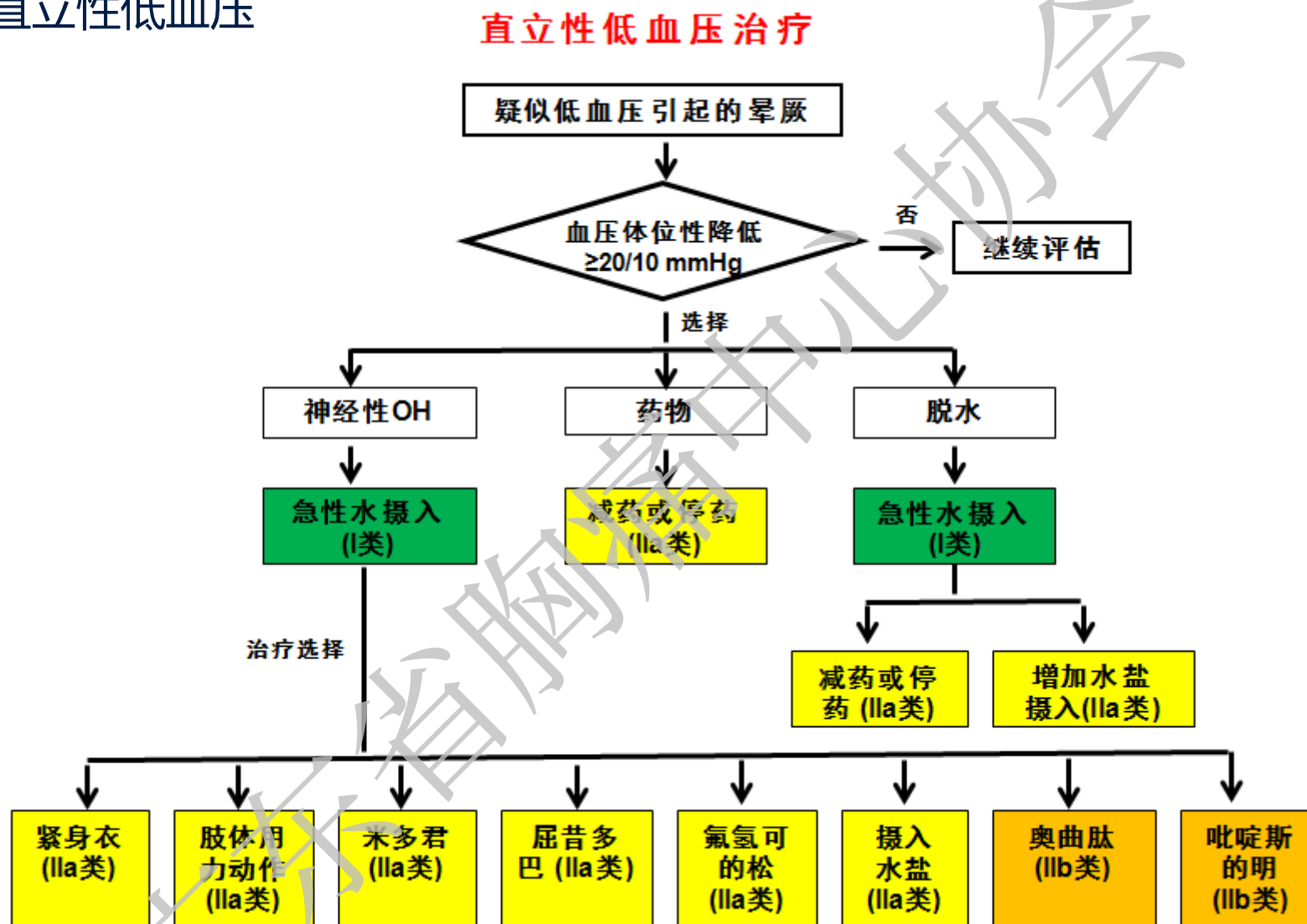
- 心脏抑制型或混合型颈动脉窦综合征患者植入永久性心脏起搏器式合理的。（IIa B-R）
- 对于需要永久起搏的颈动脉窦综合征患者，可植入双腔起搏器。（IIb B-R）

3. 其他的反射性晕厥

情境性晕厥：仅发生在某些特定场景的晕厥，如排尿晕厥、排便晕厥、咳嗽晕厥、笑晕厥、吞咽晕厥等。

治疗：避免或排除诱因

3. 直立性低血压



内 容

1▶

晕厥的定义

2▶

指南解读

3▶

值得关注

新技术在评估和管理晕厥中的价值

心脏监测应用建议

分级	证据等级	建议
I	C-EO	应该根据晕厥事件的 <u>频率</u> 和 <u>性质</u> 来选择合适的 <u>心电监测方法</u> ；
Ila	B-NR	为了评估疑似由于心律失常病因引起晕厥的院外患者，以下中长期心电监测方法可能是有用的： 1.动态心电监测仪 2.电话传输远程心电监测 3.外部循环事件记录仪 4.Patch记录仪 5.远程移动心脏监测
Ila	B-R	疑似心律失常致晕厥的院外患者，应用ICM有助于评估晕厥原因

- 临床影响：
- 心电监测仪（ICM）的使用是必要的，患者选择是基于症状频率，心律失常的可能性和患者临床特性
- 随机临床试验证明了晕厥患者应用ICM监测的价值

监测仪器的选择标准

恰当的设备适用于正确的患者

	动态心电监护仪 	“Patch”监测器 	外部循环记录仪 	移动心脏遥测 	植入式心脏监测仪 
持续时间	24 – 48 小时*	2-14天	最多一个月		≤3年
特征	✓通过有线连接电极到电池 ✓连续监测 ✓患者日志记录症状/事件	✓无线，防水 ✓连续监控 ✓患者手动或自动触发检测心律失常	✓有线电极 ✓患者手动或自动触发记录 ✓可以通过手机发送触发事件	✓有线和无线两种选择 ✓患者可手动或自动触发记录 ✓自动发送到24小时监测服务器	✓皮下植入 ✓患者手动激活或自动检测发作事件 ✓远程监测
患者选择	✓发作频率：天 ✓非紧急的心脏监测（不具备无线功能）	✓发作频率：周 ✓有症状和无症状的疑似事件 ✓非紧急监测（无遥测）	✓发作频率：月（有些长达6周） ✓主要由症状触发（也可自动识别） ✓非紧急监测	✓发作频率：月 ✓有症状/无症状的疑似事件	✓复发性，发作频率低 ✓结构性心脏病患者（在初始诊断无法确诊后应用）

使用了体外监测后仍无法诊断的患者，都应根据发作频率考虑植入ICM.

总结及展望

- 晕厥是一个症状，需要进行全面的分析评估以及危险分层。
- 关注心源性晕厥
- 晕厥患者应该集中管理，而不是在多科室中进行。

谢谢