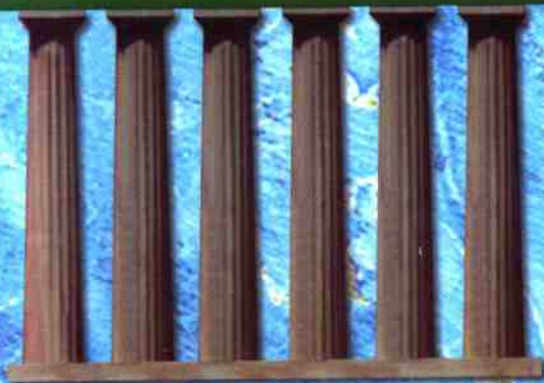


【 循证心血管病 】

心律失常分册

XINLU SHICHANG FENCE

主 编 胡大一 许玉韵



4
6
498



人民军医出版社

Renmin JunYi Chubanshe

· 循证心血管病 ·

——心律失常分册

XINLU SHICHANG FENCE

主 编	胡大一	许玉韵	
副主编	和渝斌	吴永全	
编 者	吴永全	秦绪光	吴 旻
	庞文跃	王学东	牟春平
	侯 斌	高 山	郭 明
	郭耀华	张鸿雁	戚 龙

陕西中医学院图书馆

人 民 军 医 出 版 社

北 京

图书在版编目(CIP)数据

循证心血管病、心律失常分册/胡大一等著.
—北京:人民军医出版社,2001.5
ISBN 7-80157-233-5

I. 循… II. 胡… III. ①心脏血管疾病-诊疗
②心律失常-诊疗 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 04483
号

人民军医出版社出版
(北京市复兴路 22 号甲 3 号)
(邮政编码:100842 电话:68222916)
北京国马印刷厂印刷
腾达装订厂装订
新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/36·印张:5.875·字数:94 千字
2001 年 5 月第 1 版 (北京)第 1 次印刷
印数:0001~4000 定价:9.00 元

(购买本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书全面、系统地阐述了心律失常治疗的最新进展。书中汇集大量中、外有关文献,将心房颤动、室上性心动过速、室性心律失常治疗对策起搏器的选择和植入时机、晕厥等治疗方法的原理、分类、措施选择、效果及评价进行了详细介绍。其结构合理,内容充实,专业性强。适合心内科医师及医学院校师生阅读。

责任编辑 张怡泓 王 宁

序

近年来,循证医学(evidence-based medicine)的概念与模式日益被我国医学界所了解、接受和重视。

循证医学的目的是把疾病的防治手段建立在坚实可靠的科学证据基础上。与传统的以经验和推理为基础的医学模式的关键区别在于,循证医学在评价药物或非药物治疗手段的意义与作用时,不仅观察治疗手段对替代终点(surrogate endpoint)或中间终点这些“软终点”的影响,而且强调对预后终点(prognostic endpoint)即“硬终点”的影响。以循证心血管医学为例,在评价防治心血管疾病的治疗手段时,不仅观察它们对室性期前收缩、心房颤动等心律失常、血压、血流动力学参数、生化指标(如血糖、血脂等)的作用,而且强调评价它们对总死亡率、主要心血管事件(如心肌梗死、脑卒中等)、病人的生活质量和卫生(药品)经济学的影响;评价这些治疗手段给病人带来的益处和病人为之承担的风险之间的比率和广泛推广应用这些治疗手段的成本/效益比

率。

证据的来源是多方面的,包括流行病学资料、病例对照研究、类似或同类研究的荟萃分析、对临床研究的回顾性分析等,但以“硬终点”为评价指标的前瞻性多中心随机临床试验的结果最为可信和可靠。做好这些临床试验的关键是认真贯彻临床试验规范原则(good clinic practice, GCP)的指导原则。

循证医学是指导新药研究开发和对老药再评价的指南;是指导广大临床医生科学规范防治疾病的指南(明确治疗手段的绝对适应证、相对适应证和禁忌证以及常见疾病的基本治疗手段);是医疗卫生行政部门制定医疗卫生政策法规的重要参考;是学术机构制定重要常见疾病以及治疗手段应用规范指南的依据。

循证医学尚有一些有待完善的方面,例如临床试验的规模大,历时长,人力、财力的消耗巨大,有待回答的临床问题很多,其中许多问题尚无明确答案,处于“灰区”,仍需临床医生根据自己的经验、习惯与推理作出决定;临床试验的对象有严格的入选与排除标准,大多选用病情相对较轻的病人入组,试验结果在推广应用时往往不适用于重病病人;大多数临床试验的随访时间较短,治疗干预对病人的远期预后意义不明;大多

数临床试验在欧美国家进行,不能全面反映不同种族病人的差异。

循证医学强调证据,但不排斥经验。临床试验的结果只能在宏观上对疾病防治和治疗手段的合理性作出评估,但每一个病人的具体防治方案仍需因人而异地确定,从临床试验到临床实践必须有经验的积累。

我国依据循证医学技术的大规模临床试验已有了一个良好开端,我国 GCP 的实行方案也已经公布。但我们这方面在国际上的地位、作用和影响仍很有限,这是今后有待加强的一个重要领域。组织编写这套循证心血管医学系列丛书正是想在这方面起一点推动作用。

胡大一

2000 年 6 月



胡大一,教授,主任医师,博士生导师。1970年毕业于北京医科大学医疗系。1985~1987 年在美国进修学习。现任北京大学人民医院心脏研究所所长,心脏内科主任,首都医科大学心血管疾病研究所所长,北

京同仁医院心血管疾病诊疗中心主任。

擅长心脏电生理检查与治疗、冠心病和高血压的现代治疗,在我国率先成功开展射频导管消融根治快速心律失常,并获得突出贡献,获国家、部、市级科技奖 14 项。出版专著 38 部。培养博士后、博士和硕士研究生 51 名。

DAN 39 / 3



和渝斌,副主任
医师。1973 年从医,
1979~1984 年在第四
军医大学医疗系学
习,获医学学士学位,
1990~1993 年在北京
大学医学部学习,获
医学硕士学位。现在
北京军区总医院心内
科工作。主要从事脂

代谢紊乱、冠心病及高血压病的预防及治疗
工作。先后共完成学术论文 100 余篇,主编专
著 3 部,参加编写 1 部。



许玉韵,教授,主任医师,硕士生导师。1953年毕业于福建医科大学本科六年制,1980~1982年在美国斯坦福大学,俄克拉荷马医学院进修,回国后,曾任北医大一院心内科副主任、中国生物医学工程学会

体外反搏分会副主任委员及杂志副主编、大百科全书心血管系编委、中国实用内科杂志编委会常委、中国心脏起搏与心电生理杂志编委。发表论文60多篇,主编学术著作3部,曾获北医大科技成果奖2项,教学优秀个人奖1项。现任首都医科大学心血管疾病研究所及心血管疾病诊疗中心顾问。

目 录

第一章 心房颤动	(1)
一、抗心律失常治疗	(1)
(一)心房颤动的定义	(1)
(二)自然病程和病理生理学	(2)
(三)临床表现	(4)
(四)心房颤动的治疗	(6)
(五)结论	(24)
二、抗栓治疗	(25)
(一)定义、发病率和自然病程	(25)
(二)抗栓处理	(28)
(三)治疗方法的选择	(37)
三、非药物治疗	(39)
(一)外科治疗	(40)
(二)预防心房颤动——双腔房或右心房多 部位起搏	(43)
(三)植入式心房除颤器	(43)
(四)房室传导系统的导管消融	(45)
(五)心房颤动的导管消融	(51)
(六)结论	(53)
第二章 室上性心动过速	(55)
一、药物治疗的优越性	(56)

二、射频消融治疗的优越性	(61)
三、不同类型室上性心动过速及治疗	(66)
(一)旁路参与心动过速	(66)
(二)房室结折返性心动过速(AVNRT)	(68)
(三)真性房性心动过速	(69)
(四)心房扑动	(70)
第三章 室性心律失常的治疗对策	(72)
一、药物治疗	(72)
(一)Ⅰ类药物临床试验的结果	(74)
(二)Ⅱ类药物临床试验的结果	(76)
(三)Ⅲ类药物临床试验的结果	(76)
(四)Ⅳ类药物临床试验的结果	(81)
(五)抗心律失常药物在不明原因心脏停 搏处理上的价值	(81)
二、持续性室性心动过速和心室颤动的非药 物治疗	(82)
(一)ICD 疗法	(82)
(二)ICD 有效性的评价	(83)
(三)ICD 的治疗性试验	(85)
(四)预防性应用 ICD 的临床试验	(89)
(五)室性心动过速的外科治疗和导管消 融	(91)
(六)冠状动脉旁路移植术	(93)
三、结论	(94)
(一)Grade A	(95)
(二)Grade C	(95)
(三)ICD 的应用指征	(95)

第四章 起搏器的植入时机和起搏器的选择	.....	(105)
一、心脏起搏的目标	.....	(106)
二、目前心脏起搏的状况	.....	(106)
三、选择起搏方式的总原则	.....	(108)
四、传统起搏的适应证	.....	(119)
(一)房室传导阻滞	.....	(121)
(二)窦房结疾病	.....	(128)
五、新的起搏适应证	.....	(132)
(一)神经心源性晕厥	.....	(132)
(二)肥厚梗阻型心肌病	.....	(135)
(三)扩张型心肌病	.....	(137)
(四)心房颤动	.....	(139)
(五)长 QT 综合征	.....	(141)
(六)心脏移植术后	.....	(142)
(七)心律失常的诊断	.....	(143)
六、结论	.....	(143)
第五章 晕厥	.....	(145)
一、流行病学	.....	(146)
二、晕厥原因的分类	.....	(146)
三、常见晕厥类型	.....	(148)
四、诊断性评估的策略	.....	(156)
五、治疗	.....	(160)
六、价效评价	.....	(165)
七、结论	.....	(165)

第一章 心房颤动

一、抗心律失常治疗

(一)心房颤动的定义

至今为止,心房颤动的分类和命名还未达成共识。Sopher 和 Camm 提出了值得推荐的“3P”分类法,把心房颤动分为阵发性(Paroxysmal)、持续性(Persistent)和永久性(Permanent)三类,见表 1-1。阵发性心房颤动的持续时间短(通常小于 2~7d),可以自行终止或经药物终止;持续性心房颤动的持续时间则长于 2~7d,药物不能终止,通常只能靠电转复;如果无法恢复窦性心律,就成为永久性心房颤动。

表 1-1 心房颤动的分类

类型	持续时间和特点	治疗方案
阵发性	<2~7d(常<24h),常可自行转复。	用 Ic 或 III 类药物转复和预防发作和(或)发作时控制心室率。

(续 表)

类型	持续时间和特点	治疗方案
持续性	>2~7d,常需电转复来恢复窦性心律。	电转复±抗心律失常药物+围转复期华法林抗凝。
永久性	无法恢复窦性心律。	控制心室率+华法林或阿司匹林。

(二)自然病程和病理生理学

1. 自然病程 心房颤动是临床上最常见的心律失常,发病率随年龄增长而升高。Framingham Heart Study 显示,55~64 岁男性和女性的每两年发病率分别为 6.2‰和 3.8‰,而年龄在 85~94 岁组升高至 75.9‰和 62.8‰。男性发生心房颤动的概率高出女性 1.5 倍。

除了性别因素以外,心房颤动多发生于高龄、糖尿病、原发性高血压、充血性心力衰竭和瓣膜病患者。冠心病只是男性患者心房颤动的危险因素之一。其它心房颤动预测因素还有心肌病和肥胖症。心脏超声查出左心房增大、左心室功能降低和(或)左心室壁增厚的患者易发生心房颤动。过去,风湿性心脏病是心房颤动的最常见原因,而现在更多的病因是原发性高血压和冠心病。孤立性心房颤动并不罕见,多见于年龄相对较轻的患者。

2. 心房颤动的发生机制 Moe 及其同事推测,心肌内多折返子波的随机传播维持了心房颤动,而心房颤动的稳定性依赖子波的平均数目。Allessie 及其同事实验证实了这一假说,估计维持心房颤动的关键子波数大约是 4~6 个。但也存在局灶性心房颤动,可能用消融根治。

随着病程的延长,心房颤动变得更为持续。大约 30% 的阵发性心房颤动终将发展成为持续性心房颤动。心房颤动的持续时间越长,药物转复和电转复的成功率就越低,窦性心律的维持也就越困难。究其原因,一是基础疾病可能有所进展,再就是心房可能发生电重塑(Electrical remodeling)。

3. 调节因素 心房颤动的发作和持续可能受到自主神经系统的影响。Courmel 及其同事把心房颤动区分为迷走型和肾上腺素型,但其中机制还不甚明了。与其用迷走或是交感张力的升高来解释,不如说是自主神经调节失衡更为恰当。

①迷走型心房颤动

迷走介导的心房颤动多见于男性,年龄不大(30~50 岁),很少发展为永久性心房颤动,绝大多数没有器质性心脏病。多在夜间发作,早晨终止,与情绪变化、体力活动无关。相反,有些观察发现,当患者感觉到心房颤动即将发作(频发的房性期前收缩)时,进行体力活动可以阻止心房颤动的

发作。这种心房颤动还发生于体力活动或精神紧张过后,休息、饭后和饮酒也是诱发因素。其病理生理学机制可能与迷走张力过高所致的心房不应期缩短有关。

②肾上腺素型心房颤动

与迷走型心房颤动相比,肾上腺素型心房颤动较多合并器质性心脏病,尤其是缺血性心脏病。通常在白天发病。在精神紧张和体力活动之后,以及饮用茶、咖啡或酒之后,更易发作。通常在几分钟内终止。这种心房颤动的发生率较迷走型少,发病的潜在机制还不清楚。

(三)临床表现

心房颤动时可有心悸、胸痛、呼吸困难和乏力。有些患者可出现晕厥先兆,甚至跌倒,特别在心房颤动的起病或终止时。即使不合并器质性心脏病,长期心房颤动的患者最终都会有左心室功能不全,一般认为是心动过速性心肌病的表现。然而,很多患者在心房颤动之前已有心力衰竭,因此,判断二者之间的因果关系较为困难。此外,心房颤动还可致栓塞并发症,尤其是老年患者。

1. 血流动力学和病死率 心房颤动降低心输出量,可致心力衰竭。除了心房辅助充盈作用的丧失、心室率过快和心律不规则等原因以外,必须提及另外两个相关因素,即基础心血管疾病和心动过速性心肌病的发生。事实上,基础心脏病产生了