

急性冠状动脉综合征与心律失常

作者：天津医科大学总医院心脏内科 万征 李洪仕

来源：中华医学信息导报, 2015, 30(19):14



急性冠状动脉综合征（ACS）患者可发生房性、室性和缓慢性心律失常。其中，持续性室性快速型心律失常和心房颤动（房颤）伴快速心室率可导致血流动力学恶化，需要进行紧急治疗。包括钠通道阻滞剂和胺碘酮在内的抗心律失常药物（AADs）曾是治疗心律失常的主要方法。

但随着胺碘酮临床用药的减少和局限性以及缺乏有说服力的临床试验，采用介入治疗方法干预 ACS 心律失常日渐增多。鉴于该方法的使用数量增多，加上此前也无关于这方面的指南或共识，欧洲心律协会、急性心血管治疗协会和欧洲经皮心血管介入协会设立工作组制定了《急性冠状动脉综合征患者心律失常工作组意见书》（以下简称“意见书”）。

ACS 伴室性心律失常（VA）

对于没有 VA 的 ACS 患者，意见书不建议预防性使用 AADs。当出现危及生命的 VA 时，首选电复律/除颤，并尽快进行再血管化治疗，同时早期应用 β 受体阻滞剂、维持电解质平衡、镇静和/或超速刺激。如上述治疗失败或无其他措施，则 AADs 必须排在首位，首选静脉注射胺碘酮，其次是利多卡因。

此外，再灌注治疗成功后的快速性 VA 通常是暂时性的，无需治疗。对于再灌注治疗成功并应用充足 β 受体阻滞剂的患者，如频发室性期前收缩和非持续性室性心动过速（VT），则要根据血流动力学情况，在遵循持续性室性快速性心律失常的治疗原则下进行治疗。在其他治疗失败的情况下，应根据经验考虑早期导管消融治疗。

ACS 伴房颤

意见书提出，多数患者可耐受房颤，无须特殊治疗；但快速心室率、心室不规则充盈和心房收缩减弱，可使 ACS 患者血流动力学恶化，此时心室率应重点控制。对于 ACS 合并房颤的患者，推荐使用 β 受体阻滞剂或钙离子拮抗剂控制心室率，而对于严重左室功能不全的患者则建议使用胺碘酮和/或洋地黄。当血流动力学不稳定时，需要紧急行直流电复律（DCCV），但通常需要经食管超声排除左心房血栓。此外，还可应用胺碘酮转复窦性心律，但其他 AADs 可能有害。推荐根据患者卒中和栓塞风险给予充分抗凝治疗，通常需要双联抗血小板和抗凝治疗一段时间。

对于 ACS 合并房颤的患者，意见书建议根据血栓栓塞风险和出血风险的评估结果，制定个体化抗栓策略，并通过支架的选择、介入入路以及短期/长期双联抗血小板治疗等各种措施减少出血及并发症。对于中重度血栓风险

（CHA₂DS₂-VASc 评分 ≥ 2 分）的患者，应适当给予口服抗凝药，如使用维生素 K 拮抗剂或新型口服抗凝剂。对于植入支架的房颤患者，有必要短期应用“三联”治疗，即双联抗血小板联合抗凝剂治疗，其中维生素 K 拮抗剂的国际标准化比值目标值为 2.0~2.5。通常，“三联”治疗时间为裸支架植入后 1 个月和药物支架植入后 3~6 个月，然后使用 1 种抗血小板药（氯吡格雷或阿司匹林）及 1 种抗凝药继续治疗 12 个月，最后终身抗凝治疗。

特定情况下 ACS 患者心律失常的管理建议

（1）ST 段抬高型急性心肌梗死患者行经皮冠状动脉介入治疗（PCI）过程中的心律失常：

ST 段抬高型急性心肌梗死患者行 PCI 期间发生快速型 VA，如持续性 VT/心室颤动（VF），治疗可采取 DCCV、超速起搏、 β 受体阻滞剂和胺碘酮；如发生多形性 VT，应纠正电解质紊乱，同时应用 β 受体阻滞剂和胺碘酮。对于血流动力学不稳定患者的难治性 VT，应考虑使用经皮心脏辅助装置。房颤伴快速心室律导致血流动力学损害者，应用 DCCV 治疗。

（2）心源性休克患者的心律失常：

对于心源性休克患者的心律失常，意见书强调立即行血运重建是首要的治疗措施，不能因处理心律失常而延迟。VT/VF 急性期管理包括 DCCV、胺碘酮，以及必要时应用利多卡因。对于难治性 VT/VF 可选用经皮左心室辅助装置和体外膜式氧合辅助。如果 VA 持续存在，可选用导管消融术。房颤伴快速室率导致心排量减少，应用 DCCV，也可用胺碘酮控制心率和辅助复律。如上述方法失败，可采用房室结消融和双心室或左心室起搏。对于再灌注后不能在几分钟内恢复的严重症状性心动过缓伴血流动力学紊乱者，需临时起搏。

（3）新发束支阻滞/房室传导障碍的管理：

尽早开通梗死相关血管可逆转新发缺血性传导阻滞，尤其是伴随下壁心肌梗死的房室阻滞。对于有症状、危及生命、药物治疗和再灌注后不缓解的高度房室阻滞和室内传导阻滞患者，应行临时起搏治疗；而永久起搏则适用于心肌梗死急性期后持续存在房室阻滞的患者。

（4）重症心脏监护病房中 ACS 患者的临时起搏：

意见书不推荐常规使用经静脉的临时起搏，仅作为正性药物（异丙肾上腺素和阿托品）不足或禁忌的最后手段。经静脉临时起搏仅限于以下情况：

①高度房室阻滞且逸搏心律缓慢；

②危及生命的心律失常，如行 PCI 期间发生心律失常；

③发生急性心肌梗死、电解质紊乱、药物中毒，或伴有全身感染。如果符合永久起搏适应证，应尽早植入永久性心脏起搏器。经皮起搏不能提供可靠的心室起搏，仅用于没有其他选项时，且需要严格血流动力学和心电监测，同时尽快应用替代方法。

(5) 植入心律设备的患者体外电复律技术要点：

对于该技术意见书中有 5 点推荐：

①前后电极板位置；

②电极板定位不应延误除颤；

③电极板胸壁定位距离起搏器至少 8 cm；

④优先选择双极电击用于心脏电复律；

⑤复律后 1 h 检查起搏、感知参数的变化。

指南全文：[《急性冠状动脉综合征患者心律失常工作组意见书》.pdf](#)