

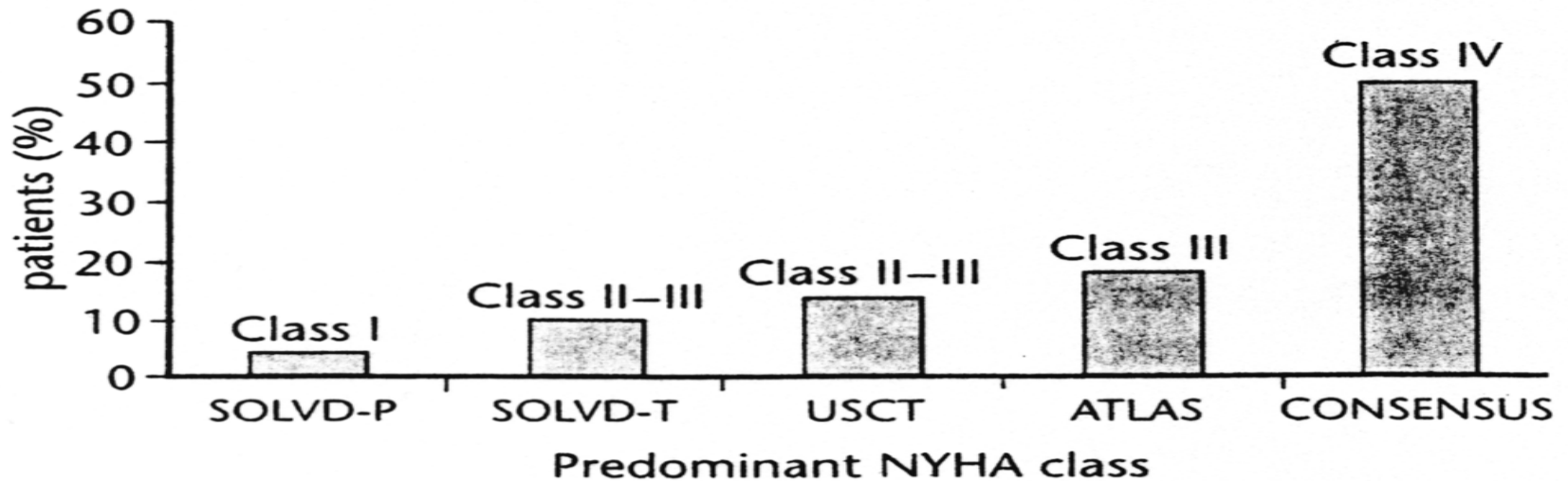
心衰(HF)合并心律失常治疗

苏州大学附属一院 蒋文平

2007年5月

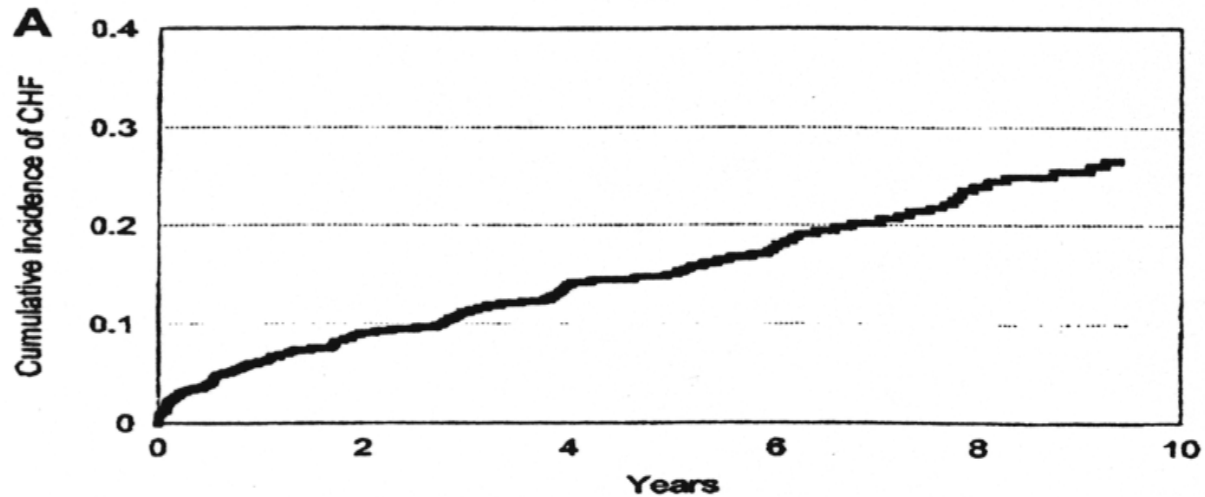
HF合并房颤的治疗(AF)

1. AF发生率随心功不全加重而增加



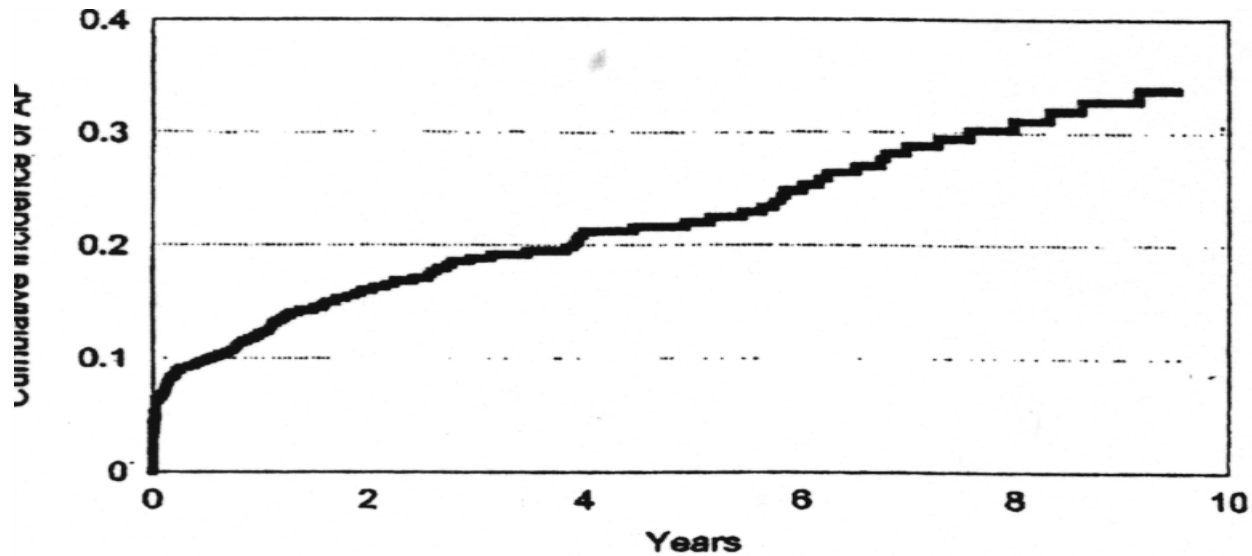
(Khand AU et al: Eur Heart J 2000;21:614-632)

2. AF者HF发生率



(Wang JJ et al : Circulation 2003;107:2920-5)

3. HF者AF发生率



(Wang TJ et al: Circulation 2003;107:2920-5)

4. HF诱发AF机制

(1) HF心房 I_{to} ↓、 SAC_S ↑

ERP缩短

(2) HF心房扩大，易化子波折返

(3) HF心房肌纤维化，造成非均质传导

5. AF诱发HF

- (1) 心率加快，心室充盈不足、EF ↓
- (2) 心房失去收缩功能，A-V不协调，心室充盈 ↓，EF ↓
- (3) HR ↑，心室扩大(心速心肌病)、EF ↓
- (4) HR ↑，胞内钙调节障碍

Rynadine受体

SERCa2a酶

下调，胞内钙 ↑，诱发AF和CHF

6. CHF+AF 治疗方向

HF+AF, AF组死亡率高于窦性组
但AF控制节律并未降低死亡率

(Corley SO et al: Circulation 2004;109:1509-1513)

7. CHF合并 AF是否要复律、维持窦律治疗？

- (1) AFFIRM、RACE试验证明，CHF+AF给与复律和维持窦律治疗，未见总体死亡率降低
- (2) AL-khatib SM等人在1000例CHF+AF分析中，HF节律控制死亡率反高于室率控制(Am heart J 2005:645-649)
- (3) 但维持窦律者(Sotalol AM)生活质量优于AF者
(Singh. BN etal:N Engl J Med 2005:352:1861-1871)

因此CHF合并AF是否要复律和维持窦律尚有争议

8. 为何CHF+AF者，不显出复律和维持窦律的优势？

(1)CHF者对AAD敏感，易显出负性肌力作用和促心律失常作用

(2)HF房颤者难以用AAD维持窦律，时有AF复发，达不到维持窦律效果

(Wyse DG et al:N. Engl J Med 2002;347:1825-1833)

(3)AAD维持窦律的优点被AAD的失效和毒性反应所抵消

因此CHF+AF者维持窦律治疗未能显出总体死亡率降低

9. CHF合并AF治疗

- (1) CHF发生AF是迟早的问题，重症HF合并AF占50%以上
CHF要维持窦律是困难的，可供选择的药物很少
- (2) CHF合并AF控制室率容易做到
控制室率与维持窦律在远期预后上相似
- (3) CHF合并AF治疗
控制室率+抗凝治疗是常用治疗方式
维持窦律(也需抗凝)需个体化选择

10. CHF+AF控制室率

- (1) 选用Carvedilol、Metoprolol、Bisoprolol
- (2) BBs用于CHF+AF，二者都可得益
- (3) BBs应用方法，服从CHF中应用
- (4) 地高辛可与BBs合用，有协同作用
单用地高辛效果不理想
- (5) 心脏手术后、HF初发AF，静注胺碘酮控制室率，
安全、有效

11. AVN消融控制AF室率

- (1) CHF者窦律不能维持，室率不能控制
- (2) AVN消融+RV起搏，心功能优于AF+快速室率
心功能恶化占7% (Vanderhayden M et al: Pacing Clin. Electrophysiol 1997:20:2422-2428)
- (3) CHF+AF， RV起搏，双心室起搏都能得益，但EF<45%
者双心室起搏得益大(Doshi RN et al: J Cardiovas Electrophysiol 2005: 16:1160-1165)

12. CHF+AF维持窦律指征

- (1) AF首次发作
- (2) 阵发性AF有症状者，室率难以控制
- (3) 窦房结功能良好，能应用AM者

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/837143114150006115>