

■技术·思维

急性房颤的处理策略

□郑海军 王中明

房颤首次发作、阵发性房颤发作期、持续性或永久性房颤发生快速心室率和(或)症状加重,均为急性房颤,在临床上经常表现为突然明显加重,包括心悸、气短、乏力、头晕、活动耐量下降、尿量增加,严重时还可出现静息状态呼吸困难、胸痛、晕厥前驱或者间歇性晕厥等。因此,需要紧急干预。

急性房颤发作与某些急性、暂时性的诱因有关,如过量饮酒、毒素、外科手术后、心功能不良、急性心肌缺血、急性心包炎、急性心肌炎、肺部感染、急性肺动脉栓塞和电击等。急诊处理时需要考虑诸多因素,包括准确的诊断,评价患者生命体征是否稳定,有无可纠正的病因,心律调控(节律控制或心室率控制),是否需要抗凝治疗,以及患者相关教育及后续随访。

临床上根据处理策略不同,将急性房颤分为血流动力学不稳定型和血流动力学稳定型两大类。

1.血流动力学不稳定的急性房颤
如果存在下述情况,就是血流动力学不稳定的房颤:①收缩压<90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),并有低灌注的表现(神志不安,躁动,迟钝,皮肤湿冷等);②肺水肿;③心肌缺血(持续性胸痛和/或有急性缺血的心电图表现)。

转复窦性心律是恢复血流动力学稳定的首要任务,如无禁忌证,推荐同步直流电复律作为一线治疗方案。如果患者心室率不快,应注意房颤可能不是循环衰竭主要的原因,应进行全面的临床评价,并针对病因进行相应治疗。

房颤合并预激综合征时,如心室率过快(>200次/分)时,推荐同步电复律;当心室率达250次/分,推荐立即同步电复律。

2.血流动力学稳定的急性房颤
首先,评价血栓栓塞的风险,决定开始抗凝的时间,以及是否需要长期抗凝治疗。其次,根据心室率、症状和有器质性心脏病,决定是否需要控制心室率。最后,决定是否复律、复律的时间、复律的方式,以及复律后预防房颤复发。

抗凝治疗

脑卒中的中高危急性房颤患者,应立即进行抗凝治疗或者继续进行抗凝治疗。对脑卒中低危的急性房颤、房颤发作时间<48小时者,可直接进行复律治疗。

由于无症状房颤的存在,难以确定房颤持续的准确时间,使得48小时时限的

判定困难,所以对既往病史房颤发作持续时间<24小时,或本次房颤发作时间<24小时者,可暂不抗凝,主要控制心室率,减轻症状,等待房颤自行转复。

对既往房颤发作时间≥24小时,或本次房颤发作时间≥24小时者,应该立即开

始抗凝治疗,为后续房颤复律或延长复律时间窗(48小时)做准备。

对于无脑卒中危险因素者,即使在48小时内复律,为避免房颤时左心房机械顿抑可能形成血栓,推荐复律后进行4周的抗凝治疗。

房颤发作≥48小时,或

房颤发作时间不清楚者,心房内可能形成血栓,暂不能复律,需要口服新型抗凝药物,或低分子肝素联合口服华法林,有效抗凝3周后才能进行复律治疗。

如果需要尽快复律,可经食管超声心动图检查排除心房血栓后再进行复律。

心室率控制

房颤急性发作时,心室率控制是持续时间≥48小时房颤患者的首选治疗方式。对于房颤发作持续时间<48小时的患者,在急诊时,也应该首先控制心室率以缓解症状,然后根据以往房颤发作持续时间,再决定是否需要复律治疗。

控制目标
房颤发作时心室率过快,可产生明显症状时,应首先控制心室率。

在静息状态下房颤急性发作心室率>150次/分,提示存在高肾上腺素水平或房颤合并房室旁路前传。目前推荐宽松的心室率控制,静息心室率目标值≤100次/分或

行走时心室率≤110次/分。

药物选择
控制房颤快速心室率的药物主要包括四大类:β受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙拮抗剂、洋地黄类和胺碘酮。房颤急性发作时主要应用静脉制剂,起效快、作用肯定。一旦心室率控制住,应及时使用口服药物,防止快速心室率复发。

急诊处置时,非二氢吡啶类钙拮抗剂和β受体阻滞剂均有较好的减慢心室率作用,尤其是存在高肾上腺素水平时,如房颤合并感染、急性消化道出血、贫血、甲亢以及围术期。洋地黄类药物在急性心衰伴快速

心室率房颤患者的治疗中可作为首选药物。胺碘酮仅在其他药物不能使用或效果不佳时使用。

β受体阻滞剂应避免应用于合并急性心衰、重度慢性阻塞性肺疾病或支气管哮喘的患者,因为其有使基础疾病恶化的风险。对LVEF(左心室射血分数)降低的失代偿性心衰患者,避免给予非二氢吡啶类钙拮抗剂。单独应用β受体阻滞剂或非二氢吡啶类钙拮抗剂无法达到心室率控制目标时,可考虑加用洋地黄类药物(避免β受体阻滞剂和非二氢吡啶类钙拮抗剂联合应用,因为这样做可能导致严重的心动过

缓、低血压)。

胺碘酮由于副作用较多,比洋地黄类药物起效慢,主要作为合并严重的器质性心脏病患者,或其他药物无效时控制心室率患者的二线药物。胺碘酮在减慢心室率时有明确的转复窦性心律作用,所以有血栓栓塞风险或没有充分抗凝的房颤患者,慎用胺碘酮控制心室率。

房颤合并预激综合征时,不能使用β受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙拮抗剂和洋地黄类药物控制心室率,对这类患者应考虑尽快电复律,若无器质性心脏病也可静脉应用普罗帕酮转复窦性心律。

节律控制

对未能自行转复的急性房颤患者,则可能需要进行节律控制,恢复窦性心律,尤其是二尖瓣狭窄、重度舒张功能不良的心脏病患者。

考虑血栓的风险,临床上以房颤发作持续时间<48小时作为能够即刻复律的时间节点。当房颤发作持续≥48小时,心房内有可能形成血栓,必须有效抗凝3周治疗,或经食管超声心动图排除心房血栓后,进行复

律治疗。急性发作房颤的复律最佳时机可能是24小时~48小时。

对于房颤发作持续时间7天以内的患者,药物复律效果较好,常用药物有Ic类药物(如氟卡尼、普罗帕酮)和Ⅲ类药物(如多非利特、伊布利特)。对有缺血性心脏病或器质性心脏病患者,推荐使用胺碘酮进行复律。

在治疗房颤患者时,需要注意的是,Ic类药物禁

用于有器质性心脏病和心功能不良的患者;伊布利特不能用于心脏收缩功能不良的患者,会增加尖端扭转型室速发生风险,治疗前给予镁剂,治疗后心电图监测4小时~6小时,可以减少风险。支气管哮喘患者避免使用普罗帕酮、索他洛尔和非选择性β受体阻滞剂。一次性口服450毫克~600毫克普罗帕酮或氟卡尼(200毫克~300毫克),4小时~6小时

可能转复房颤,但服药后心房不应期延长,有时使房颤转变为房扑1:1传导,可以在用药前至少30分钟给予β受体阻滞剂,预防这种情况发生。

心功能不良患者禁止使用顿服较大剂量普罗帕酮的方法转复房颤。

急性房颤患者复律后,根据情况及时过渡到口服药物维持窦性心律,防止或减少房颤复发。

临床笔记

脊柱结核为结核杆菌导致脊柱骨质损坏,由于椎骨或间盘组织的破坏塌陷、结核性脓液积聚于椎管内外、肉芽组织形成等原因累及脊髓,并发脊髓压迫症,从而出现神经损害,甚至截瘫。本病多继发于肺结核,病变部位多见于胸椎。

症状
脊柱结核最常见的症状为背部疼痛(60%患者中为唯一症状)。

23%~76%的患者存在神经功能症状。20%~30%的患者有低热、疲倦、消瘦、盗汗、食欲不振与贫血等全身症状。部分患者出现脊柱后凸畸形。

临床检验
60%~83%患者血沉(ESR)>20毫米/小时。

结核菌素皮内试验:63%~90%的患者为阳性。

影像学检查
X线检查:脊柱前部骨密度降低,椎旁软组织影。

CT检查:可见骨质破坏,椎管侵犯,脓肿。

MRI(磁共振检查):较CT及X线检查有更高的灵敏度及特异性。脊柱结核T1像表现低信号、T2表现高信号。可见骨质及椎间盘破坏。

ECT(一种利用放射性核素的检查方法)及PET-CT(正电子发射计算机断层显像)检查可见异常摄取。PET-CT可评估病灶在治疗中的变化,评估疗效。

与多发性骨髓瘤影像相鉴别:1.多发性骨髓瘤。骨显像上发现椎体“横条状”浓聚、肋骨“圆点状”浓聚。CT检查发现穿凿样溶骨性破坏。2.多发性骨结核。多累及相邻胸腰椎,同时累及脊柱外骨骼。这比较少见。CT检查可见骨质破坏区沙砾样死骨、椎间盘受累、椎旁冷脓肿。

组织学检查
细胞学检查显示特征性上皮样细胞肉芽肿、颗粒性坏死,发现淋巴细胞和朗格汉斯巨细胞,诊断成功率高。

PCR(聚合酶链式反应)灵敏度及特异性达90%。

治疗
全身药物治疗是基础,患者确诊后立即开始治疗;手术的目的是清创,解除脊髓或神经根压迫,稳定脊柱。

病例
患者为男性,42岁,以“胸背部疼痛3个多月,加重半个月”为主诉入院。

患者在当地医院就诊,进行胸腰段MRI检查,结果提示:胸10椎体压缩性改变并部分附件异常,考虑感染并椎旁脓肿形成。患者全身多发骨代谢不均匀、活跃,伴代谢缺损区,考虑恶性病变。

患者进行血常规检查:白细胞4.77×10⁹/升,中性粒细胞76.7%,血沉82毫米/小时,碱性磷酸酶121单位/升。

肝肾功能、肿瘤标志物、骨髓瘤相关蛋白等检查没有发现明显异常。

术前穿刺病理检查:胸10椎体肉芽肿性炎。考虑骨结核。

我们术前对患者进行抗结核治疗,待血沉控制在20毫米/小时以下时,考虑手术治疗。

在患者全麻下,实施胸10椎体切除重建+钉棒内固定+胸9/11椎体骨水泥成形术。

术中见胸10椎体、椎弓根等破坏、被灰褐色、质脆、血运较丰富、肉芽状的病变组织所取代,且局部有乳白色、无味的脓液约20毫升。

术后继续对患者进行抗结核治疗。

思考
对于多发性骨质破坏患者,首先考虑感染、转移瘤、多发性骨髓瘤。不典型的感染所致多发性骨质破坏容易与多发性骨转移瘤或多发性骨髓瘤混淆,不同的诊断可能带来完全不同的治疗方案,对患者的经济及健康均会造成很大影响。

对于难以鉴别的多发性骨质破坏,术前一定要充分评估,尽可能在诊断明确的情况下进行治疗,必要时需要多学科团队讨论后再制定治疗方案。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

医技在线

左上肺鳞癌的新辅助治疗

□薛明强 文/图



患者影像图

慎于术前,精于术中,勤于术后!精于术中,一方面要求术者于术前要根据患者的具体情况制定一个详尽的、切实可行的手术方案及备选方案。另一方面要求术者根据术中的探查情况,在兼顾肿瘤学原则、外科学原则的前提下,随机应变做出适当的处理。

病例

患者为男性,49岁,间断性咳嗽一个月,加重一周,在其他医院进行抗感染治疗和

对症治疗无效,遂来河南省胸

科医院就诊。
患者入院后进行胸部CT检查,结果提示:1.平扫见左肺门有一个不规则团块影,左上叶舌段支气管狭窄,远端见不规则条索伴多发模糊斑片影,邻近纵隔胸膜粘连,无明显分界。2.增强扫描见上述团块呈不均匀强化,左侧纵隔胸膜、左肺动脉、左上肺静脉、部分心包受到侵犯。3.隆突下可见肿大的淋巴结。

气镜检查结果显示:左上叶管口可见结节样新生物致使管腔狭窄,病变质脆,触之易出血。

病理学检查结果提示:鳞癌,左肺下叶各段支气管未见异常。

术前诊断:左上肺鳞癌。
经过术前讨论,我们决定在全麻下对患者进行左全肺切除术+纵隔淋巴结清扫术+心包部分切除术。

术后病理报告:(左全肺)角化型鳞癌,脉管、神经、被膜未见侵犯,血管、支气管残端未见癌组织,纵隔淋巴结未见异常。

总结

本文需要讨论两个核心问题:

一、该患者选用哪种治疗方案更合适?手术+辅助治疗还是新辅助治疗+手术+辅助治疗?

二、哪种新辅助治疗更能使患者获益?

目前,按国内外指南推荐,肺癌是根据分期选择治疗方案的。Ⅲ期患者的异质性较强,多需要先进行新辅助治疗。

大量临床研究数据显示,

新辅助治疗+手术+辅助治疗和手术+辅助治疗两种模式相比,无论是DFS(无病生存期)还是OS(总生存期),前者均优于后者。因此,国内外指南对该期患者的治疗模式做出了明确推荐。

新辅助治疗主要是指在术前所进行的一系列治疗。辅助治疗也称附加治疗,通常是手术后给予的治疗,以消灭患者体内残余的癌细胞。

新辅助治疗的作用是缩瘤、消除微转移,会降低术后的复发和转移。

患者术前胸部CT检查结果提示:左侧纵隔胸膜、左肺动脉、左上肺静脉、部分心包受侵犯。术中探查发现,左肺上叶鳞癌突破纵隔胸膜,进而侵犯心包。

我们在正常心包处切开心包,进一步探查,发现左上肺静脉心包外段、左肺动脉心包外段及其返折处心包受侵犯,于心包外已无法将血管解剖出来,就在心包内切闭左上肺静脉,解剖下肺静脉并切闭之;进一步解剖、游离下叶支气管,切闭之;以左肺动脉为中心,环形切开后返折处心包,在心包内切闭左肺动脉;清扫

纵隔淋巴结,术毕。

这位患者属于ⅢB期N2患者,按照指南推荐,可对他先进行新辅助治疗后再进行手术。

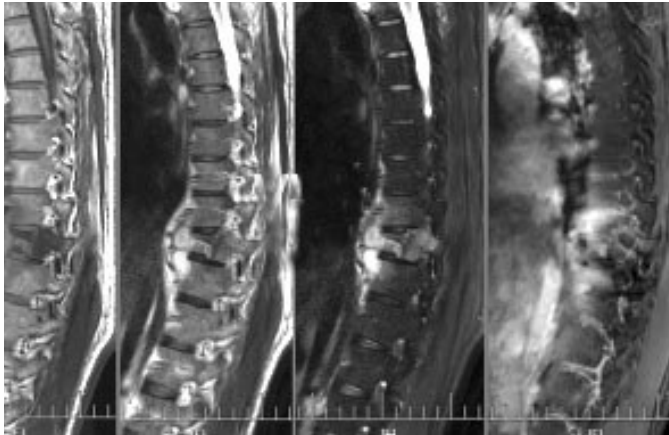
我们认为,通过新辅助治疗可能得到两个结果:1.缩瘤,患者可能会仅进行左肺上叶切除。2.可能会降低术后转移、复发的风险。

指南推荐新辅助治疗的手段有化疗、放疗,具体方案可以采用化疗,也可以采用放疗,还可以采用两种方式联合的模式。

随着新药的研发,临床研究显示,化疗联合免疫治疗在晚期肺癌患者中显示了长期生存的优势;同时,有的临床研究也显示了该模式在新辅助治疗中有较高的影像缓解率、病理缓解率。

该患者的病理类型为高分化鳞癌,常规新辅助化疗以及靶向作用有限。因此,参照临床研究,化疗联合免疫治疗可能是一种较好的选择,尤其是在受体阳性的情况下,进行新辅助治疗,有望将患者的左肺下叶保留下来。

(作者供职于河南省胸科医院)



影像图

征稿

科室开展的新技术、在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部