

心房颤动控制心律还是控制心率？

刘文玲

北京大学人民医院 心内科

毫无疑问，一般人群，窦性心律优于心房颤动（房颤）。研究表明，房颤患者发生脑卒中的风险高于无房颤者 5 倍^[1]，死亡率为无房颤者的 1.5~1.9 倍^[2]。但是，为什么多项研究表明，维持窦性心律患者的预后并不优于控制心室率的患者？这可能与研究人群及抗心律失常药的毒副作用有关。

近来有关房颤律治疗阴性结果的研究有四项随机试验，包括房颤药物干预研究（PI 房颤）、持续性房颤心率控制/电转律研究（RACE）、房颤治疗策略研究（ST 房颤）和房颤节律控制的随访研究（房颤 FIRM）。PI 房颤结果：节律控制组 56%患者恢复为窦律，心率控制组恢复为窦律者为 10%。两组生活质量和症状均有改善，但差异无统计学意义。6 分钟步行试验提示节律控制组运动耐量增加。节律控制组入院率显著增加（69% vs 24%， $P=0.001$ ），其中 25%患者因药物不良反应而终止治疗，而心率控制组为 14%。ST 房颤结果：心率控制组 9 例发生主要终点事件，节律控制组 10 例发生主要终点事件，两组相比无显著性差异，19 例至试验终点的患者有 18 例发生房颤。两组患者，在晕厥、出血、病情恶化、心衰或生活质量方面差异均无统计学意义。节律控制组需反复转律和使用负荷剂量的抗心律失常药，因而住院次数较多，住院时间较长。至第 3 年，仅 23%接受转律的患者仍为窦律。RACE 结果：平均随访 2.3 年，节律控制组患者 39%为窦律而心率控制组为 10%，窦律患者中一半自发转律，一半因症状明显难以忍受而行电转律术。心率控制组主要终点事件发生率为 17.2%，而节律控制组的发生率为 22.6%，两组相比差异无统计学意义。节律控制组比心率控制组更易出现心律失常药物不良反应，但其他终点事件发生率无显著性差异。此外，节律控制组并发栓塞多见，不过大多出现在停药抗凝药后或者未达目标 INR 值者。房颤 FIRM 结果：至第 5 年时，

心率控制组 35%患者为窦律，而节律控制组为 63%，两组患者治疗有交叉现象，节律控制组 37.5%、心率控制组 14.9%的患者采用了对侧组治疗方法。心率控制组超过 85%的患者试验期间正在口服华法林，而节律控制组，在试验开始 4 个月后，服用华法林的病例降至 70%左右。两组总体死亡率差异无统计学意义，但节律控制组死亡病例较心率控制组有增加趋势，预设亚组显示，年龄<65 岁和充血性心力衰竭者，控制节律更优。冠心病、无充血性心力衰竭或年龄>65 岁的患者，控制心率，死亡率有显著下降，其余亚组未能显示两组患者间存在的差异，或仅显示控制心率较好的趋势。同样，两组复合终点差异无统计学意义，但节律控制 Tdp 和心脏骤停的发生率较高，考虑为无脉性电活动、心动过缓、非室性颤动、心动过速以及多次入院所致，两组缺血性中风发生率相同，多见于停用华法林或剂量不足的患者。试验亚组研究发现两组病例总体生活质量均有改善。

由于允许心律控制组患者在恢复窦性心律 4 周后停用抗凝治疗，房颤 FIRM 和 RACE 试验没有显示出心律控制有获益，很可能因为生存获益被过多的卒中伤害掩盖。理论上节律控制在改善长期预后方面应优于室率控制，但目前尚无绝对安全有效的抗心律失常药（AAD）用于房颤节律控制。节律控制获益被 AAD 不良反应抵消（房颤 FIRM 研究中维持窦律降低了 53% 的死亡率，但却带来了 49%AAD 相关的死亡率）。试验结果不能不加区别地应用于年轻患者，因年轻人易出现潜在器质性重构或症状更明显。RACE 平均年龄 68 岁，房颤 FIRM 平均年龄 70 岁，房颤 FIRM 试验中节律控制组<65 岁，患者有获益趋势。PI 房颤试验中，平均年龄略年轻，节律控制组运动耐量增加。此外，许多年轻患者现在或将来可采取非药物治疗，如消融术，而这几项随机试验均很少使用。

2012 年加拿大对节律和室率控制治疗房颤进行的一项长期随访观察研究发现，4 年内节律控制和室率控制的患者死亡率并无差异，但第 5 年开始随访结果却显示节律控制患者死亡率较室率控制有所下降，随访至 8 年的患者，节律控制组死亡率下降达 28%。节律控制可

能在房颤的长期治疗中存在优势。

房颤的个体化治疗很重要，控制心率可作为房颤的基本治疗，存在心律失常风险、年老或者症状轻微者尤其如此。年轻、并发症少的患者更倾向于心律控制。此外，新发或初发房颤给予至少一次节律控制治疗。理论上节律控制在改善长期预后应优于室率控制，但目前尚无绝对安全有效的AAD用于房颤节律控制。节律控制获益被AAD不良反应抵消，而房颤导管消融在维持窦性心律方面明显优于现有的AAD，提示导管消融可改善临床预后。

目前，国内外指南均建议大多数房颤患者需要心率控制，除非房颤期间心率缓慢的患者。如果患者在充分控制心率的情况下仍有症状，或者由于症状严重程度、年龄较轻或活动量较大等原因而选择节律控制，应在控制心率的基础上节律控制。永久性房颤的治疗主要是控制心率。某些患者因出现的严重房颤相关症状或左心室功能恶化而需要尝试复律和维持窦性心律时，这类房颤界定为“长期持续性房颤”。阵发性房颤较多采用节律控制策略治疗，特别是有症状且仅伴有轻度或无基础心脏疾病时。是否在房颤治疗中加入节律控制需要个体化决策。

参考文献

- [1]. Lévy S, Maarek M, Coumel P, et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study. The College of French Cardiologists. *Circulation*, 1999, 99(23):3028-3035.
- [2]. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*, 1991, 22(8):983-988.