

心梗后室速的临床价值及干预策略

南京医科大学第一附属医院 陈明龙教授

一、流行病学

- 心梗后室速（VT）/室颤（VF）的发生率较高，院外室速/室颤发生率约为10%，猝死率高达90%；由于采用了药物治疗和介入治疗手段，院内的室速（VT）/室颤发生率约为4.7%（再灌注心律失常）。

■ 急性期和慢性期均有室性心律失常的发生，急性期室速、室颤及室性早搏较为常见，远期主要是单型性室速，其发生风险主要取决于心梗的程度和左室功能，这类室速的ICD及导管消融治疗成功率较高，尤其是对血流动力学稳定的患者。随着PCI技术的进步，远期室性心律失常的发生率已经有所下降，死亡率也随之减少。拟行介入治疗时，急性期和远期的评估也是不同的。

二、心梗致心律失常的机制

■ 1.急性期

- • 钙负荷增加致早期后除极（EAD）和延迟后除极（DAD），动作电位时程（APD）异质性增加；
- • 缺血致Cx-43去磷酸化，心肌间电偶联减少和组织的各相异性增加；
- • 交感兴奋增强组织的脂解，游离脂肪酸增加促进VF的诱发；
- • Purkinje纤维相关（电风暴）。

■ 2.慢性期

- • 疤痕介导的折返性室速：心肌彻底梗死或心梗后尽早开通血管来保证心肌完全存活均不会发生室速，而心肌和疤痕掺杂的状态最容易引起缓慢传导，导致各种复杂的心律失常，而导管消融的目的就是使疤痕均质化。所以建议冠心病医生尽早的为患者开通血管；
- • Purkinje纤维也会参与，但比重明显低于急性期。

三、治疗策略

- 急性期治疗以药物治疗为主，但急性期的室性心律失常与远期室性心律失常是无关的，急性期发生室颤者的远期室颤风险不一定更高，因为急性期的电不稳定性和修复的可恢复性会冲淡远期心律失常的风险

1) 器械治疗

- 器械治疗通常被作为急性期的过渡治疗。心梗后**40**天时射血分数 $<35\%$ 的患者可以考虑，患者完成**PCI** 3个月以后需重新评估来明确风险，因为急性期风险不代表远期风险。急性期高危患者可以考虑穿戴式除颤器，作为药物治疗和植入**ICD**间的补充。

2) 导管消融

- 导管消融有助于治疗急性期的室速/室颤风暴（实际为Purkinje系统介导触发的心律失常）。导管消融能够消除Purkinje系统的触发灶，室速/室颤风暴也随之解决。

2.慢性期

- 慢性期治疗包括2种预防措施，首先是一级预防。2002年发表于《NEJM》的一项研究显示，心梗后 $EF < 35\%$ 患者植入ICD后的死亡风险明显低于药物治疗组，各亚组分析也支持ICD治疗。因此，心梗后 $EF < 35\%$ 的患者植入ICD是非常有效的一级预防措施。

■ 二级预防方面，对AVID、CIDS及CASH试验的meta分析发现，ICD组心梗后室性心律失常患者的死亡率（包括心律失常相关性死亡）明显优于胺碘酮治疗组， $EF < 35\%$ 的患者获益更大。

■ 虽然ICD能够明显减少心梗后的猝死风险，但是它不能防止室速或电风暴复发，因为致心律失常基质未消除；室速或电风暴会导致ICD频繁放电，严重影响患者的生活质量，甚至增加死亡率。

■ 总结

■ 1.消融可作为一线治疗

- ▶ 适合血流动力学稳定的单形性室速患者，并且有保存LVEF值；
- ▶ 需要进一步的前瞻性研究去证实。

■ 2.ICD植入后治疗

- ▶ 适合血流动力学不稳定或LVEF<35%的患者
- ▶ 减少ICD放电和治疗，提高患者生活质量，甚至可能减少ICD相关死亡率。

谢谢！