

《经皮冠状动脉介入治疗指南(2025)》发布 从急救到康复 优化冠脉介入全流程管理



指南发布会现场（左起：丛洪良教授、窦克非教授、杨跃进教授、刘冰编审、韩雅玲院士、付晓霞编审、袁祖贻教授、佟倩教授和李毅教授）

医师报讯 “希望经皮冠状动脉介入治疗（PCI）新指南能够迅速在临床实践中得到广泛应用，在规范诊疗操作、提高救助水平、改善患者生活质量方面发挥巨大作用。”6月14日，《经皮冠状动脉介入治疗指南（2025）》发布会在2025东北心血管病大会期间召开。中国人民解放军北部战区总医院韩雅玲院士表示，新指南更新撰写历时5年，汇聚百余位专家的智慧与心血，纳入最新的循证医学证据，为PCI的规范诊疗提供了权威依据。

“中华医学会杂志社在新指南规范化发表工作中全力以赴，对每个环节严格把关，对内容进行反复雕琢。”中华医学会杂志社刘冰编审强调，为提升指南的传播，利用多平台发布；为推动指南的有效落地，开展一系列线下巡讲活动，新指南的发布是我国心血管病领域的重要成果，杂志社未来将继续努力，助力医学指南的规范化发表。

会议由西安交通大学医学院第一附属医院袁祖贻教授、吉林大学第一医院佟倩教授、天津市胸科医院丛洪良教授、《中华心血管病杂志》《心血管病探索（英文）》编辑部付晓霞编审主持，杂志社工作人员、媒体代表及众多心血管医生现场参加了本次会议。

指南解读

杨跃进 为PCI严格手术指征和规范实施提供指导

中国医学科学院阜外医院杨跃进教授介绍，新指南的更新，以国际和国内新近临床研究为依据。推荐级别和证据水平平均采用ACC/AHA新的细化标准，在我国2016版PCI指南基础上，参考国际最新相关

指南制定。亮点内容方面，明确了冠状动脉狭窄程度和PCI指征定义；明确了复杂多支病变的风险评估和PCI或冠状动脉旁路移植术（CABG）策略选择；给出了非ST段抬高型急性冠

脉综合征和急性ST段抬高型心肌梗死的救治策略；新增我国特色方案和中药治疗应用。杨跃进教授指出，新指南为我国PCI严格手术指征和规范实施提供参考和指导，以确保患者安全。

窦克非 打磨技术 善用器械 为患者保驾护航

中国医学科学院阜外医院窦克非教授对新指南中重要技术及器械的更新要点进行解读。动脉入路选择方面，强调将经桡动脉入路作为首选推荐。新增尺动脉、远桡动脉作为桡动脉入路补充；在有经验术者指导下可选择肱动脉作为

桡、股动脉失败后的选择。冠状动脉腔内影像方面，强调对于解剖复杂病变，特别是左主干病变、真性分叉病变和长病变，推荐应用腔内影像（包括血管内超声和光学相干断层成像）指导PCI，以减少缺血事件。功能学检测方面，提出血

流储备分数和定量血流分数指导的PCI均能改善患者的预后。冠状动脉支架置入术方面，推荐使用新一代药物洗脱支架。此外，新指南对药物洗脱球囊扩张术、经导管血栓抽吸术、钙化病变预处理技术、机械循环辅助的临床应用均有更新。

李毅 更适合国人的药物治疗策略

解放军北部战区总医院李毅教授对新指南中药物治疗的更新要点进行解读，详细介绍了新指南中针对抗血小板治疗、抗凝治疗等临床问题所进行的更新，其中推荐药物及治疗方案基于中国原创研究结果（如

OPTION、TWILIGHT CHINA、ULTIMATE DAPT、PEGASUS、HOST-EXAM、SMART-CHOICE3、OPT-BIRISK、BRIGHT-4、RIGHT研究等），更适合中国人群。指南在关注冠状动脉大血管再通的同时，关注微循环改

善，更关注全面管理，新增抗心肌缺血、无复流和再灌注损伤章节。同时，注重中西医结合，根据中医药临床循证CTS-AMI、QUEST和HEARTTRIP研究结果，新增更具有中国特色的治疗方案。

刘海伟 优化术后全方位管理策略

中国人民解放军北部战区总医院刘海伟教授对新指南并发症防治及术后管理方面的更新要点进行解读。从穿刺入路动脉到PCI的操作全过程中，

相关器械均可能对入路血管和冠状动脉造成损伤，因此新指南对冠状动脉相关并发症，出血、血栓和栓塞，穿刺血管并发症，对比剂并发症的处理进

行了多处更新，全方面指导临床救治。刘海伟强调，要进一步细化术后管理要求，强调控制危险因素及康复治疗。

媒体问答

Q 对于复杂病变（如左主干、分叉病变），指南推荐的血运重建策略有何变化？如何平衡PCI与CABG的选择？

A 在临床决策过程中，通常需从指征或适应证、禁忌证、技术风险、患者经济承受能力以及安全这五个关键维度，对不同治疗方案进行全面评估与对比。而在这些考量因素里，患者的安全始终占据着最为核心的地位，容不得半点马虎！

我们开展治疗，必须切实回应患者及家属最为关切的问题：当前的治疗该不该进行？患者自

身条件能不能支撑治疗开展？治疗过程中面临的技术风险是否在可控范围之内？患者家庭的经济状况能否承受治疗带来的费用？以及在整个治疗过程中，患者的安全能否得到切实保障？

至于采用PCI还是CABG？临床有多种评分工具帮助决策。然而，无论借助何种工具，都必须始终将患者的安全置于首位，制定最适宜患者的治疗方案。

Q 抗栓治疗是PCI术后管理的重点，指南对双联抗血小板治疗的时长和降阶策略有哪些新建议？

A 除治疗维持时间与降阶治疗策略外，特殊人群的抗栓治疗同样重要。以缺血高风险患者为例，由于发生心血管不良事件风险显著增加，需采取更积极、充分的抗栓方案，以有效降低缺血风险，切实预防心血管事件的发生，更好地维护患者的心脏健康。

而对于同时兼具高出血风险和高缺血风险的“双高危”患者，在制定抗栓治疗方案时，必须精

准权衡缺血与出血风险。

此外，对于合并肾功能不全、肝功能异常、糖尿病等基础疾病的患者，其抗栓治疗更需审慎考量。临床医师应当全面评估患者的个体特征，结合各项临床指标，制定真正“量体裁衣”式的个体化抗栓方案，在确保疗效的同时保障治疗安全性。这种精准化的治疗策略，正是现代抗栓治疗的核心要义。

Q 现在很多人担心支架置入后的长期安全性，新一代支架有哪些改进？是否需要终身服药？

A 目前，PCI常规采用新一代药物洗脱支架，在提升治疗效果的同时，进一步保障了手术的安全性，为患者提供了更为可靠的血管重建方案。然而，支架置入并非适用于所有患者，术前必须严格评估手术指征，结合患者临床情况、冠脉病变特点及整体风险，权衡治疗的必要性与合理性，以确保个体化精准治疗。

此外，PCI术后管理同样至

关重要，它是一项涵盖多方面的系统性工程。按时服药固然是术后康复的基础，但仅靠药物治疗远远不够。科学的康复训练、长期随访监测、生活方式调整以及心理支持等综合管理措施，对于促进心脏功能恢复、提高患者生活质量、降低再狭窄及心血管事件风险具有不可替代的作用。只有全面优化术后管理，才能真正实现PCI治疗的最大获益。

Q 针对STEMI患者的急诊PCI，指南对“时间窗”和转运策略有哪些优化？如何减少院前延误？

A 在急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）的急救过程中，“时间就是心肌，时间就是生命”的理念至关重要。新指南明确指出，从接诊患者完成心电图确诊STEMI开始，必须在120min内通过急诊PCI开通梗死相关血管。

为优化院前转运流程，指南提出：应建立区域急救转运网络，将各PCI中心的急诊科、导管室和冠心病监护病房纳入急救体系，确保24h提供急诊PCI服务。救护车需优先将患者就近转运至具备急诊PCI条件的医院，在确保安全的前提下，可绕过急诊室直接将患者送至介入导管室，以最大限度缩短转运时间。

指南特别强调，若预计无法在120min内将患者送达具备急诊PCI条件的医院，应立即启动院前溶栓治疗。若患者被就近送至非PCI医院，则需尽快完成转运交接，联系PCI医院安排后续救治，必要时迅速启动院前溶栓，确保患者得到及时有效的治疗。

这一系列措施旨在优化STEMI患者的救治流程，为抢救心肌、挽救生命争取宝贵时间。



关联阅读全文