

3月3日，美国心脏学会和美国心脏病学院（AHA/ACC）发布“2014年心脏瓣膜病患者管理指南”，该指南及执行摘要在线刊登于《美国心脏病学院杂志》和《循环》杂志。这是AHA/ACC继2008年发布心脏瓣膜病指南集中更新之后，首次针对成人心脏瓣膜病管理发布的新版指南。该指南由AHA/ACC协同美国胸外科学会、美国超声心动图学会、美国心血管造影和介入学会、美国心血管麻醉师协会和美国胸外科医生学会（STS）共同完成。

美国新版心脏瓣膜病指南解读

瓣膜病分期管理,降低治疗门槛,强调团队合作,提倡微创手术

▲ 复旦大学附属中山医院心内科 潘文志 葛均波



葛均波 院士

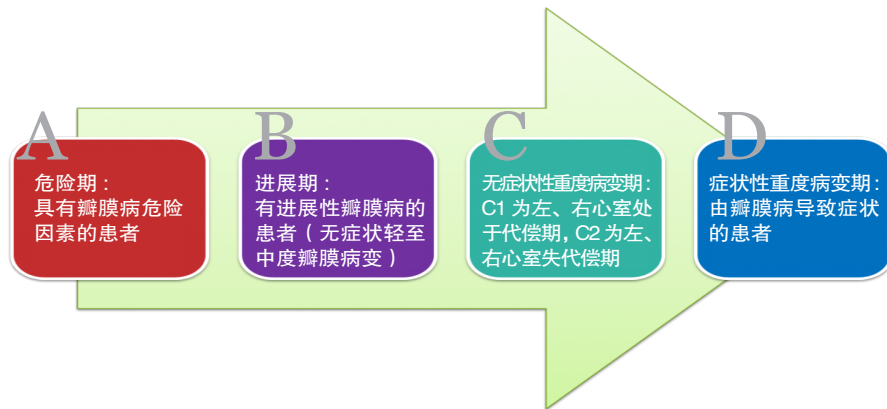
新指南的最大亮点就是参照心衰的处理，对心脏瓣膜疾病进行分期，根据不同的分期采取不同

参照心衰处理 对心脏瓣膜病进行分期

的处理方式。新指南将所有瓣膜病分为A、B、C、D四期，分别为“危险期”、“进展期”、“无症状性重度病变期”和“症状性重度病变期”（图1）。有的瓣膜病分期还有亚分期，疾病阶段划分更为细致。

作者认为，这种疾病

管理模式有两个优点：第一，能使医生更关注瓣膜病发展全程，而不是瓣膜终末期状态，从而能更早干预、及时阻止瓣膜病恶化；第二，可使得医生的疾病处理思路更清晰、具体，医生可根据患者病情所处分期阶段采取相应处理措施。



提倡更早干预 手术时机提前

由于外科手术和经皮介入治疗风险已明显下降，临床医生可将干预时机提前，因此，相对于旧版指南，新指南降低了干预治疗的门槛。在某种情况下，即使在症状出现之前，患者就可以接受干预治疗。

无症状患者推荐手术治疗的依据在于，目前患者实施手术的风险已非常低。例如，对于重度二尖瓣反流（MR），自然

病史研究表明，患者会出现左室扩张、功能障碍和长期症状。而大量数据显示，二尖瓣修补术的长期耐受性良好，在出现左室扩张、房颤或肺动脉高压之前实施手术结局更佳。

因此，新指南推荐，对于无症状性重度MR，即使是左室处于代偿期（左室射血分数>60%、左室收缩末内径<40mm）的患

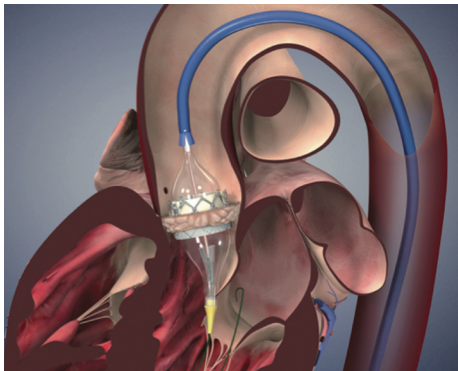
者（C1期），如果瓣膜可修复（成功修复、无残余MR的可能性>95%）、预期手术死亡率很低（<1%），在高级心脏瓣膜病中心进行早期干预手术也是合适的（IIa, B）。而2012年欧洲瓣膜病管理指南在这点上较为保守，要求无症状性重度MR患者合并左房扩大或肺动脉高压时，才可外科修复，且为IIb类推荐。

强调多学科团队 建议成立心脏瓣膜团队或中心

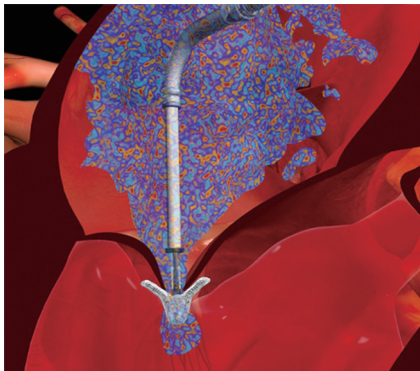
随着介入医学的突飞猛进发展，许多瓣膜病治疗已由以前只能外科手术转变成目前介入治疗和外科治疗并驾齐驱。因此，新指南建议，应建立由心脏介入医生、心脏外科医生等成员构成的心脏瓣膜

团队，经团队人员共同讨论后再选择最优的患者干预手段，包括：无症状、重度瓣膜病患者是否需要手术处理，患者采取哪种外科策略（瓣膜置换或瓣膜修复）更受益，采取介入手术还是外科手术。

作者认为，随着经导管心脏瓣膜治疗（TVT）的发展，越来越多的瓣膜病可以通过介入治疗，国内心脏中心建立这种心脏团队模式愈加必要，特别是一些TVT技术需要心内、心外科医生共同完成。



经导管主动脉瓣置换（TAVR）示意图



经导管二尖瓣修复（MitraClip）示意图

TAVR及MitraClip写入指南

与2012年欧洲瓣膜病管理指南类似，2014年AHA/ACC新指南也将经导管主动脉瓣置换（TAVR）写入指南：外科手术禁忌、预期寿命超过12个月的主动脉瓣狭窄患者，TAVR获肯定（I, B）；外科手术高

危的主动脉瓣狭窄患者，TAVR是一种合理的替代方法（IIa, B）。具有明显症状性（NYHA III~IV）慢性重度原发性MR（D期）、预期寿命较长、外科手术禁忌的患者，新指南建议可行经导管二尖瓣修复（MitraClip），而对

继发性MR未予推荐。这一点与2012年欧洲瓣膜病管理指南也类似。

虽然近年在TVT方面取得巨大突破，但是在有明确证据之前切勿任意扩大适应证。因此，目前新指南在TVT治疗建议上还是很谨慎。

内容精干而全面 增加手术危险评分系统

新指南执行摘要尽管内容非常简洁，却包括瓣膜病处理的方方面面，囊括了各种类型的获得性成人瓣膜病，提供的建议涵盖了疾病分期、诊断、药物治疗及介入（手术和微创）治疗，还包括人工心脏瓣膜、感染性心内膜炎预防和治疗、妊娠和瓣膜病、心脏和非心脏外科手术等特殊

新指南首次增加了手术危险评分系统。这是因为随着TVT发展，越来越需要准确评估患者手术风险，以判断患者是适合外科手术还是TVT。

与2012年欧洲瓣膜病管理指南不同的是，该评分在STS评分基础上增加了3项要素：体弱、手术不能改善的主要器官损害和手术操作存在障碍，

使得手术风险评估更加全面、准确（表1）。

作者认为，手术风险评估评估不能完全依赖于一个简单评分系统，应强调个体化评估和决策。此外，临床医生还需知道，STS评分不适合TVT的风险评估。

另外，新指南还增加了心脏瓣膜病患者非心脏外科手术术前风险评估。

表1 2014年AHA/ACC心脏瓣膜病处理指南心脏瓣膜病手术风险评估

	低危（满足所有标准）	中危（符合以下任何1项标准）	高危（符合以下任何1项标准）	禁忌（符合以下任何1项标准）
STS评分	<4分	4%~8%	>8%	预计手术相关死亡或致残风险1年内>50%
身体脆弱性	无	轻度	中重度	
手术不能改善的主要器官损害	无	1个	2个	3个以上
手术操作存在障碍	无	可能有障碍	很可能有障碍	严重障碍