

美发布心脏介入明智清单

不愿意接受介入治疗的稳定型缺血性心脏病患者,避免为评估风险行冠脉造影

▲本报记者 牛艳红 实习记者 董杰

近日,美国心血管造影和介入学会(SCAI)公布了心血管病患者应避免的五种检查和清单。该清单是美国内科医学基金会董事会“明智选择(Choosing Wisely)”倡议的一部分。

- 1 ☆ 经皮冠脉介入治疗(PCI)术后患者,若无明确临床指征,避免行常规负荷试验;
 对于成功行PCI的患者,若目前无症状,常规负荷试验将导致几乎无临床获益的额外手术。因此,负荷试验应限于临床状态改变的患者,如出现新症状或运动耐量下降。
- 2 ☆ 冠脉旁路移植术(CABG)和PCI术后患者,若无症状,或负荷试验结果显示正常或轻微异常,且症状稳定、不影响生活质量,避免行冠脉造影;
 对于大部分完全血运重建(PCI或CABG)且目前无症状的患者,常规冠脉造影很难再发现经治疗后可能提高生活质量的狭窄。因此,血管造影应限于临床状态改变的患者,如出现新症状、运动耐量下降,或根据临床指征进行的负荷试验显示明显异常。
- 3 ☆ 稳定型缺血性心脏病患者,若由于合并症或个人偏好,不愿或不适合行血运重建,避免为评估风险行冠脉造影;
 医生在进行造影前应讨论造影的目的,包括CABG和PCI的可能作用。对于不愿或不适合行血运重建的患者,冠脉造影的必要性不大。
- 4 ☆ 对于无症状患者,若经充分非侵入性检查证实无缺血及其他异常证据,避免为评估风险行冠脉造影;
 经充分非侵入性试验证实无缺血或其他异常(如心律失常)证据的无症状患者,心脏事件风险很低。对于此类患者,冠脉造影对改善预后的价值不大。
- 5 ☆ 对于无症状的稳定型缺血性心脏病患者,若未经充分负荷试验证实有缺血证据或冠脉血流储备分数(FFR)检查正常,避免行PCI。
 对于稳定型缺血性心脏病患者,若无症状,则PCI临床获益有限,除非病变有明确的血液动力学意义(FFR<0.8)或非侵入性负荷试验发现病变可引起严重缺血。罕见例外情况包括明确的冠脉左主干病变或大冠脉近端狭窄>90%。

专家观点

警醒介入医生 应避免过度检查或干预

▲南昌大学第二附属医院心内科 程晓曙 杨人强

该清单无论对患者,还是对心血管病专科医生来说,都具有非常积极的意义。在这个心脏疾病介入治疗年代,该清单具有警醒作用,使大家保持头脑清醒,提醒大家什么做得太多,哪些还可以做得更好。

对于已经成功行PCI或CABG的患者,该清单明确了无症状或症状稳定的患者,若无临床指征,无需进行常规负荷试验和冠脉造影复查,从而避免对这一大人群过度检查。清单指出,对于无症状的稳定型冠心病患者,无缺血证据时应避免行PCI治疗。但统计资料显示,

在美国,行PCI的稳定型冠心病患者中至少有30%无临床症状。

该清单也存在一定争议,或者说不是绝对的。实际上,清单中也说明了对于明确的左主干病变或大冠脉近端90%以上狭窄的患者,即使无症状也应考虑进行干预治疗。特别是我国与美国医疗保险公司付费的医疗体系不同,患者付费看病,多数是症状驱使性就诊,往往有不同程度的症状,因此在我国,稳定型冠心病患者具有一定的冠脉造影检查适应证。鉴于药物治疗也可能明显改善这类患者的症状,所以患者是否真正需要冠脉造影检查,需要在



程晓曙 教授

临床过程中医生与患者共同商定诊治方案。对于不愿接受PCI的稳定型冠心病患者,清单指出应避免冠脉造影检查,但这些患者也可能在看到冠脉造影显示严重病变后改变主意,要求行PCI。

因此任何指南或标准都不应该是僵化的教条,需要结合临床具体情况综合判断。

日本高血压指南对我国高血压防治的启示

坚持严格控制血压对卒中风险高的人群或许有益

▲河北省人民医院老年病科 郭艺芳



郭艺芳 教授

蛋白尿)、慢性脑血管病;(2)ARB/ACEI:左心室肥厚、心衰、心肌梗死后、慢性肾脏病(伴或不伴蛋白尿)、慢性脑血管病、糖尿病与代谢综合征;(3)噻嗪类利尿剂:心衰、慢性肾脏病(无蛋白尿)、慢性脑血管病;(4) β 受体阻滞剂:心衰、心动过速、心绞痛、心肌梗死后。

借鉴意义 由于中日在人口学与遗传学、流行病学特征等方面存在诸多相似之处,因此日本指南对我国具有更多可借鉴之处。例如,虽欧美指南均放宽糖尿病患者的血压目标值(收缩压放宽至140 mm Hg),但JSH 2014建议目标值为<130/80 mm Hg,主要理由是严格控制血压有助于进一步降低卒中风险,而日本高血压患者的卒中风险明显高于欧美患者,这一点与我

国非常相似。因此我国也应坚持更为严格的血压管理策略。JSH 2014同样下调了 β 受体阻滞剂的临床地位。我国目前高血压防治水平还较低,保留 β

受体阻滞剂一线地位有助于提供更多治疗选择。只要高血压患者得到初步治疗,即使方案不是尽善尽美,亦能在一定程度上减少高血压所致不良事件。

因此,我国不应下调 β 受体阻滞剂地位。任何国家在制定指南时均应充分考虑本国具体情况,而不应盲目照搬其他国家的指南性文件。

指南要点

- ☆ 降压药物的心血管保护作用主要取决于血压下降本身而非药物类别。
- ☆ 应根据患者具体情况以及药物的强制性适应证与禁忌证选择降压药物。
- ☆ 对于无强制性适应证的高血压患者,可首选钙拮抗剂(CCB)、血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或利尿剂;不建议将 β 受体阻滞剂作为一线降压药物。
- ☆ 长效降压药物每日服用1次,但为达到24 h平稳血压,有些患者可能需要分2次用药。
- ☆ 应将高血压患者的血压逐渐降至目标值以下(数月内),但高危患者(如合并多种心血管危险因素的高血压)应在数周内使其血压达标。
- ☆ 为使血压达标,多数患者需要联合应用两种或三种药物。
- ☆ 联合应用不同作用机制的降压药物有助于增强降压疗效。
- ☆ 推荐5种联合方案:ACEI+CCB;ARB+CCB;ACEI+利尿剂;ARB+利尿剂;CCB+利尿剂。
- ☆ 应用固定复方制剂有助于简化治疗方案,进而提高治疗依从性并改善血压控制情况。
- ☆ 降压目标值:一般患者<140/90 mm Hg;75岁以上患者<150/90 mm Hg,若耐受可降至<140/90 mm Hg;糖尿病患者<130/80 mm Hg。

中国心律失常联盟启动2014心脏教育周

4月23日,中国心律失常联盟启动2014心脏教育周活动。本届活动定于6月2-8日,主题是“关注心房颤,远离脑卒中”,旨在让公众关注房颤卒中危险性和抗凝的重要性。

中国生物医学工程学会心律分会主任委员、中国心律失常联盟主席、北京大学人民医院郭继鸿教授介绍,过去三年中,中国心律失常联盟组织开展了多场义诊和患者健康教育,发现公众对心血管健康知识的需求巨大,因此今年将“心脏节律周”更名为“心脏教育周”。

北京心律失常联盟主席杨新春教授介绍,今年6月6日是我国第二个房颤日。他指出,公众对房颤危害的认识和防治知识还存在很多误区。如大量患者由于担心出血风险而不愿使用抗凝药物,或由于无症状而误以为房颤没有危害或危害小。