

中国急性心梗注册研究中期成果显著

目前入组全国 108 家医院的 2.3 万例患者，欢迎各医院踊跃参与协作

近期，国家科技支撑计划“心血管疾病关键治疗技术临床多中心研究信息平台”——急性心肌梗死注册研究（CAMI registry）举办了中期报告会。

课题组报告，截至 6 月底，全国 31 个省、自治区和直辖市的 108 家医院已入组 23 000 例患者（图 1）。研究初步结果已在美国心脏病学院 2014 年年会上公布。

阜外心血管病医院顾东风院长指出，该研究对于了解我国冠心病诊疗现状，积累循证医学证据具有重要意义。

课题负责人杨跃进教授指出，阜外心血管病医院已成为我国心血管病领域的首批国家级临床医学研究中心，在此基础上开展多中心研究是临床研究中心重要任务。杨教授表示，在今后的

科研过程中，该项目将进一步组建我国心血管病多中心临床研究协作网络，搭建临床、科研、培训和推广的合作平台，通过学会、协会行业资源，将相关的研究进展和课题成果向基层医院推广和有效转化。课题的中期报告具体数据将在 8 月 7 日召开的中国心脏大会 2014 上公布，敬请期待。

课题组还报告，目前研究面临一些困难，如经费紧张；入组医院多，管理难度大等，需课题组和各参研医院克服，将提高研究质量作为最重要任务。

据悉，课题组欢迎全国各医院心血管中心踊跃入组本研究，进行协作，同时将获得阜外心血管病医院技术和科研支持。

联系人：许女士

咨询电话：13693357499



急性心肌梗死注册研究核心研究者合影（前排右三为课题负责人杨跃进教授）

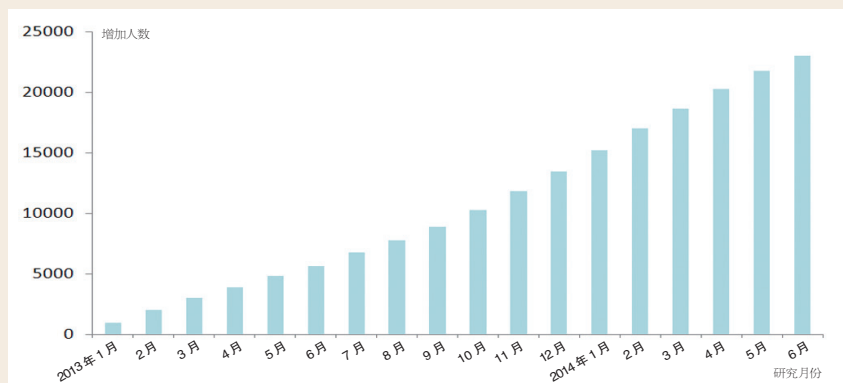


图 1 中国急性心肌梗死注册研究入选患者进度

课题组对部分医院进行表彰

最佳入组奖

沈阳军区总医院
安徽阜阳人民医院
山西省心血管病医院
黑龙江齐齐哈尔第一医院

最佳录入奖

河南新乡中心医院
河北衡水哈里逊国际和平医院
河南华西县人民医院
广州中医药大学第一附属医院

最佳随访奖

阜外心血管病医院
秦皇岛市第一医院
湖南湘潭市中心医院
辽宁省岫岩满族自治县中心医院

重视慢性心衰非药物治疗

▲ 北京医院心内科 杨杰孚

目前，我国 CRT 及 ICD 的置入量远低于欧美国家，部分原因是医生及一些患者对这种治疗带来的好处认识不足。新指南的出台，希望能够推动我国心衰患者非药物治疗的发展，结合药物治疗，进一步改善患者症状及生存率。



杨杰孚 教授

CRT 扩展适应证同时加以严格限制

2014 中国心衰指南对心脏再同步化治疗（CRT）适应证既有扩展，但又加以严格限制。心功能条件放宽，由 NYHA III ~ IV 级扩大到 NYHA II 级，左室射血分数（LVEF） $\leq 35\%$ 。但对 QRS 宽度及形态有更严格的限制，强调左束支阻滞（LBBB）图形和 QRS 时限。还要求在临床决策前，严格遵循指南的 3~6 个月标准药物治疗，如果心功能仍无显著性改善可考虑 CRT（图 2）。

适应证 窦性心律，经标准和优化药物治疗至少 3~6 个月仍持续有症状、LVEF 降低，根据临床状况评估预期生存超过 1 年，且状态良好，并符合以下条件者：

NYHA III 或 IV a 级患者：（1）LVEF $\leq 35\%$ ，且伴 LBBB 及 QRS 时限 ≥ 150 ms，指南推荐置入 CRT 或心脏再同步化治疗除颤器（CRT-D）（I，A）。（2）LVEF $\leq 35\%$ ，并伴以下情况之一：伴 LBBB 且 120 ms $\leq$ QRS 时限 < 150 ms，可置入 CRT 或 CRT-D

（II a，B）；对非 LBBB 但 QRS 时限 ≥ 150 ms，可置入 CRT/CRT-D（II a，A）；（3）有常规起搏治疗但无 CRT 适应证者，如 LVEF $\leq 35\%$ ，预计心室起搏比例 40%，无论 QRS 时限，可置入 CRT（II a，C）。

NYHA II 级患者：（1）LVEF $\leq 30\%$ ，伴有 LBBB 及 QRS 时限 ≥ 150 ms，指南推荐置入 CRT，最好是 CRT-D（I，A）；（2）LVEF $\leq 30\%$ ，伴有 LBBB 且 130 ms $\leq$ QRS 时限 < 150 ms，可置入 CRT 或 CRT-D（II a，B）；（3）LVEF $\leq 30\%$ ，非 LBBB 但

QRS 时限 ≥ 150 ms，可置入 CRT 或 CRT-D（II b，B）。非 LBBB 且 QRS 时限 < 150 ms，不推荐。

NYHA I 级患者：LVEF $\leq 30\%$ ，伴 LBBB 及 QRS 时限 ≥ 150 ms，缺血性心脏病，推荐置入 CRT 或 CRT-D（II b，C）。

处理要点 应严格掌握适应证及治疗人群。要选择理想的左心室电极导线置入部位，通常为左心室侧后壁。尽量维持窦性心律及降低心率，尽可能实现 100% 双心室起搏。术后继续规范化药物治疗。

ICD 符合适应证者均应置入

中度心衰患者逾半数以上死于严重室性心律失常所致的心脏性猝死，MADIT- II 试验显示埋藏式心脏复律除颤器（ICD）能降低猝死率，可用于心衰患者猝死的一级预防，也可降低由于持续性室速或室颤导致的心脏骤停生存者的病死率，即用作心衰患者猝死的二级预防。对于符合 CRT 适应证的患者，也是心脏性猝死的高危人群，如心肌梗死后心衰等，原则上均应置入 CRT-D。

适应证 （1）二级预防：慢性心衰伴低 LVEF，曾有心脏停搏、室颤或室速伴血液动力学不稳定（I，A）。（2）一级预防：LVEF $\leq 35\%$ ，长期优化药物治疗后（至少 3 个月以上）NYHA II ~ III 级，预期生存期超过 1 年，且状态良好。对于缺血性心

衰，心肌梗死后至少 40 d，ICD 可减少心脏性猝死和总死亡率（I，A）；对于非缺血性心衰，ICD 可减少心脏性猝死和总死亡率（I，B）。

处理要点 适应证的掌握主要根据心脏性猝死的危险分层、患者的整体状况和预后，应因

人而异。猝死的高危人群，尤其为心肌梗死后或缺血性心脏病患者，符合 CRT 适应证，应尽量置入 CRT-D。

所有接受 ICD 治疗的低 LVEF 患者，应密切注意置入的细节、程序设计和起搏功能。

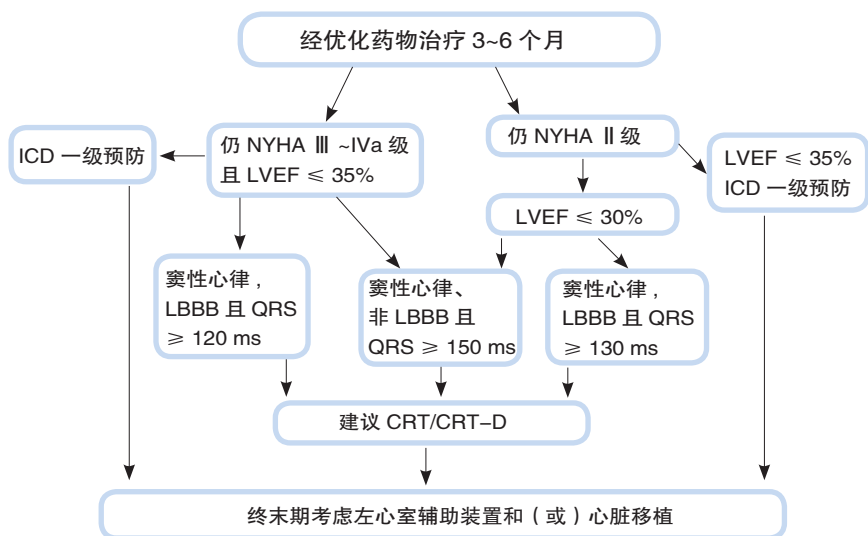


图 2 有症状的慢性射血分数降低心衰患者（NYHA II ~ IV 级）非药物治疗流程