



“神仙”打架，祸及凡人

支架雾霾背后的医生和患者

▲ 本报记者 杨进刚

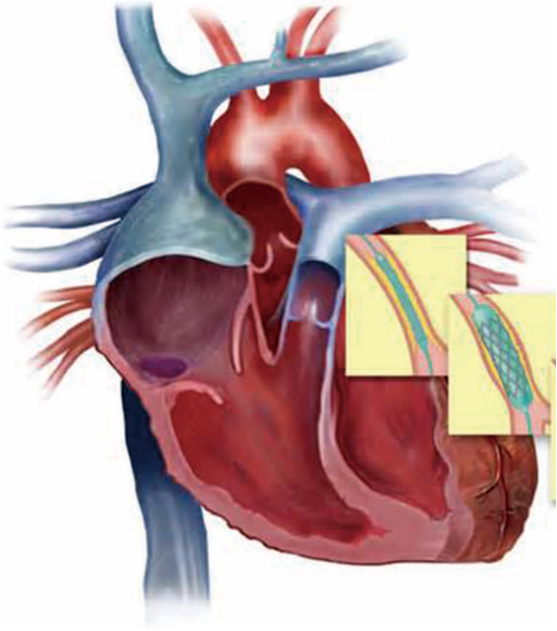
支架

近日，在全国“两会”上，两个“神仙”在打架。

一个神仙是全国人大代表、中国工程院院士、呼吸科专家钟南山，他痛批“支架滥用”；第二天，另一个神仙出场，全国政协委员、心血管专家霍勇表示，中国绝无“心脏支架滥用”现象。

网上有观点认为，我国心脏支架严重滥用，背后是不为人知的利益链条；也有观点指出，在心脏上铸就“钢铁长城”，是挽救心脏患者的有效手段。

该不该行支架，已经成了笼罩在人们心中的雾霾了。



神仙打架的本质

实际上，中国支架的问题是，急性的冠心病该行支架的反而做不上，有些慢性冠心病、或有仅冠状动脉病变而无缺血的患者则有过度治疗的嫌疑。

为什么是“有嫌疑”？因为我国没有证据，即使在门诊确实看到了一些不该做但被推荐做的患者。但这些患者，是因为个别某个医生水平不够，认识有问题，还是普遍的原因？如果存在这个问题，是这一家医院有，还是普遍的现象？如果确实存在，如何证实？

笔者认为，二位“神仙”打架的本质是中国对行业发展缺乏监管导致的后果。

美国的解决方案是实施全国范围的介入治疗的注册

登记，几乎所有医院都参加，收集关键的信息，如为什么置入支架、置入几枚、置入完之后患者怎样，对于有很多血管都有问题的患者，为什么不行冠脉旁路移植，而置入支架等等。

美国同时还制订了适宜性标准，在全国推行。美国用这个标准去衡量了登记的数据。

结果发现，越大的医院越规矩，越小的医院行支架不合理的情况越多。急性冠心病的支架基本（99%）没有问题，而慢性冠心病 12% 毫无必要，38% 疗效不确切。这样就找到了问题的根源。

美国的经验表明，有序而规范的开展介入治疗是有办法的。

中国支架的两难悖论和中国医生的悲哀

中国的支架存在两难悖论，怎样让该做的患者都得到治疗，让从支架治疗中获益小的患者都能得到规范的药物治

疗，是中国心血管界面临的现实问题。站在一个国家或一个行业发展的层面，需要兼顾的利益有很多。患者利益至上，这没有问题。但也要考虑医生和企业的利益。

台湾的全民健保当然好，但医生护士不够，结果有些医院变成“血汗医院”，留下了诟病。

美国在推行全民医保的过程中，遭到了美国医学会的强烈反对，甚至发起了“咖啡杯行动”，鼓动亲朋好友及社会各界给国会议员写信，反对全民医疗保险及其他医疗改革主张。因此，

包括克林顿总统在内的几任总统都不能成功。全民医保好吗？可以说当然好，但医生数量不够，质量不够高，后果不可预期，甚至可能适得其反。

支架问题之所以引起这么多的人关注，原因自然很多，自然有真知灼见，也不排除有意识形态的偏见和利益集团的摇旗呐喊，当然还有不明真相瞎凑热闹的人。

但更重要的原因恐怕在于，医疗群体作为医疗服务的提供者，其利益被严重忽视：看一个患者几元钱，打一次针几毛钱，不得已，和开大处方一样，去冒着牺牲自己的健康的危险，没有光明正大地去赚取了本该属于自身应得的智力和体力上的劳动所得，这无疑是中国医生的悲哀。

急性心梗行支架无可争议 但多数人没有机会

两个神仙打架，媒体报道医生乱放支架，其后果之一可能是真正能够挽救生命的患者与机会失之交臂。

急性心肌梗死有两种治疗方式：一种是溶栓，一种是急诊行支架置入。当然，行支架的效果远远优于溶栓。

根据北京安贞医院赵冬教授的研究估计，对于心脏血管完全闭塞的患者而言，与仅仅应用药物治疗相比，急诊行支架可使患者生存机会提高 53 倍，溶栓提高 36 倍。

英国和瑞典都是发达国家，但在救治急性心肌梗死患者的生存率有很大差别。在英国，患者 30 d 死亡率要比瑞典高 37%。究其原因，就是因为瑞典急性心机

梗死患者行急诊支架的比例高出 1 倍多。英国可能由于全民医保，使用溶栓治疗的比例较高，当然费用也就更低一些。

我国的情况非常不乐观，据估计，在急性心肌梗死发作时，能够行急诊支架的患者仅为 5% 左右。

更可怕的是，由于大众对支架不了解或有误解，在院外已死亡 70% 的患者情况下，剩下的 30% 幸运儿即使到达医院，在被告知需要行支架时，茫然不知所措，或怀疑医生的动机！

殊不知，在全中国，对于能够在发病 12 h 内到达医院的患者，恰好该医院有开展介入的资质，且能每周 7 天、每天 24 h 开展急诊手术，有这样机会的患者

可谓凤毛麟角！

当年胡大一教授在北京进行的一项对超过 5000 名社区人群的调研表明，有 70% 的人不知得了心肌梗死需要行支架或溶栓。

有研究表明，在北京，医生在给患者做完心电图，到患者家属签字同意行支架，平均需要花费 50 min！而在欧美国家，仅仅需要 5~10 min。

急性心肌梗死的救治，延误 1 分钟，心肌坏死就多几分，死亡和心衰的可能性增加一成。

不论是欧美指南，还是我国指南，均一致推荐，如果临床判断为急性血管闭塞，在 12 h 内，应尽快行支架或溶栓，这一点没有任何争议！

慢性冠心病以药物为主 无缺血证据无需行支架

慢性冠心病 1 年死亡或发生事件的风险较低，国外文献报道不到 2%。对这部分患者，指南推荐应首先规范地药物治疗，在症状控制不住或影响患者生活质量时，行支架或冠脉旁路移植术。

现在最新的观点是，在慢性冠心病患者中，有一部分人缺血面积大，超过整个心脏的 10%，或病变位置很危险，如左主干等供血范围较大的血管，这些人根据情况行支架或冠脉旁路移植术有益。

目前有关支架的争议主要集中在慢性冠心病领域。我国一些医生为一些病变不重的患者置入支架；或有些患者虽有病变，但医生未评价该病变是否与症状有关系，就贸然置入支架，但做完以后，患者还有症状，查来查去，发现是别的原因引发的症状。这样就导致了纠纷。

还有些患者迷信支架，本来病变不重，但就是将自己的不舒服归因于此，积极要求医生行支架。

还有很多冠脉 CT 检查出冠

脉狭窄、但本身没有症状的患者也被推荐行支架，这是不合理的。对这部分患者，应首先判断患者是否属于高危情况，并检查有无缺血的证据。

没有缺血证据，不需处理，或针对危险因素，如高血压、高血脂血症、戒烟等处理；有缺血，但范围较小，可以处方抗缺血药物、他汀和阿司匹林等药物；大面积缺血、药物治疗不能控制症状或高危的患者建议置入支架或冠脉旁路移植术治疗。

神仙打架 凡人不可迷糊

总之，两个“神仙”打架，凡人且不可迷糊。必备的知识还是要了解的。“神仙”打架，背后实际上还是医疗投入不足，行业缺乏监管，没有国家层面的数据支撑，骗子招摇撞骗让公众借机买假药等一系列社会生态的海市蜃楼。

不过好消息也有，国家心血管病中心已经基本制订

完成中国的血管重建的适宜性标准。现在面临的问题是，还需要从国家层面加强注册登记，找到不合理使用支架的程度、原因，并加以改正。

中国的医疗行业实际上和食品安全是一样的，要做到群众认可，社会满意，需要标准，也需要数据。