

中国急性心肌梗死救治项目河南启动

▲特邀记者 郭海鹏 本报记者 董杰



项目主席 霍勇教授

“心脑血管病已成为我国排名第二的死亡原因，其中心肌梗死在心脑血管病中占很大比例，且发病年龄日趋年轻化，因此急性心肌梗死的防治任务紧迫。”7月1日，在中国急性心肌梗死救治项目河南启动仪式上，中国医师协会会长张雁灵表示，在此背景下，中国急性心肌梗死救治项目的启动，是一个惠民的项目，意义重大。

面向基层 社会联动 搭建救治网络

张雁灵会长谈了三点意见：一是该项目面向基层，旨在帮助基层医院提高急性心肌梗死救治水平，最终让患者受益。二是该项目动员社会力量，促进全社会重视心肌梗死救治，提高群众心肌梗死救治意识，院前院内救治需要上下联动、群策群力，让心肌梗死患者得到规范准确的救治。三是要尽快建立一个现代化的符合中国国情的急性心肌梗死救治网络体系，目前该体系还不够完善，存在顶层设计缺乏、软件缺

乏、数据缺乏且不能共享的问题。张雁灵会长强调，该项目是一项系统工程，希望在霍勇教授的领导下2~3年内完成网络体系建设，并转化到实践中。

河南省卫生计生委医政处处长田常俊感言，“该项目意义重大，特别是对于河南这样一个拥有一亿人口的大省，意义更为重大。”田处长动员各省和直辖市给予多方面保障、协同配合、建立救治网络，接好生命接力棒！

体系建设应从医院着手

该项目主席、北京大学第一医院霍勇教授表示，2014年数据显示，我国心肌梗死患者比2009年增加了1倍，且在急性心肌梗死救治方面存在早期再灌注比例低、救治率低的问题，我国

全年约有70万人患急性心肌梗死，仅有不到4万例行PCI。因此，要完善这个以专业为中心的体系，首先要从医院层面改进，优化院内流程，同时需要政府、媒体和各级医疗机构的鼎力支持。



张雁灵会长（右二）等与会领导启动河南省急性心梗救治项目

20家PCI医院获颁项目合作证书

启动仪式上，张雁灵会长、田常俊处长、河南省医师协会郭金玲副会长、霍勇教授、石丽英主任、河南省人民医院高传玉院长等共同为河南省20家PCI医院颁发了项目合作证书。

据悉，中国急性心肌梗死救治项目是中国医师协会为落实国家卫生计生委相关要求，提升我国急性心肌梗死整体救治质量，推动我国重大疾病等急救体系建设的一个项目。

截至目前，该项目已在北京、海南、黑龙江、山西、河北、天津、上海、新疆、河南9个省份启动，7月份将陆续在山东、内蒙古、广东、甘肃、辽宁、浙江6个省份和全军医疗机构启动。

ST段抬高急性心肌梗死入院时伴肾功能不全影响长期预后

肾功能对急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）长期预后是否产生影响？近期，北京大学人民医院胡大一教授和北京安贞医院马长生教授等对此进行了研究，发现入院时伴肾功能不全的STEMI患者死亡和主要不良心血管事件（MACE）明显升高，肾功能不全不是STEMI患者院内MACE（OR=2.120）和6年全因死亡（OR=2.122）及MACE（OR=1.586）的独立预测因子。（中华内科杂志.2015;54:501）

研究显示，718例患者中133例（18.5%）患者存在肾功能不全，肾功能不全组的院内死亡（16.5%与2.6%）、MACE（60.9%与24.4%）和6年全因死亡（35.3%与11.4%）、心血管死亡（15.9%与5.7%）、MACE（52.4%与28.0%）均显著高于肾功能代偿组。

Kaplan-Meier生存

分析显示，肾功能不全组累积生存率（64.7%与88.6%， $P<0.001$ ）和无MACE生存率（47.6%与72.1%， $P<0.001$ ）均明显低于肾功能代偿组（图1，图2）。胡大一表示，两条生存曲线一开始即明显分开，直至出院后6年，说明肾功能不全对STEMI的影响长期持续存在。

为此马长生表示，STEMI患者入院时应尽早检测内生肌酐清除率并计算估算肾小球滤过率（eGFR），进行危险分层，对肾功能不全患者给予充分药物治疗、积极血运重建，并加强健康教育，坚持冠心病二级预防，改善长期预后。

研究人员于2006年1~12月连续入选718例发病后24h内到北京市19家医院就诊的STEMI患者，根据入院时eGFR分为肾功能代偿组（ $eGFR \geq 60 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ ）和肾功能不全组（ $eGFR < 60 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ ）。

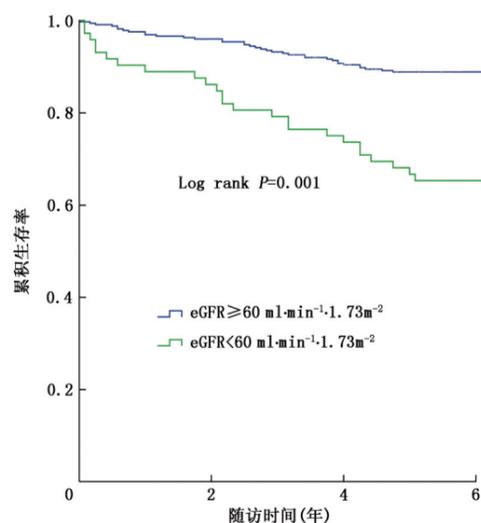


图1 两组患者出院后6年Kaplan-Meier生存曲线

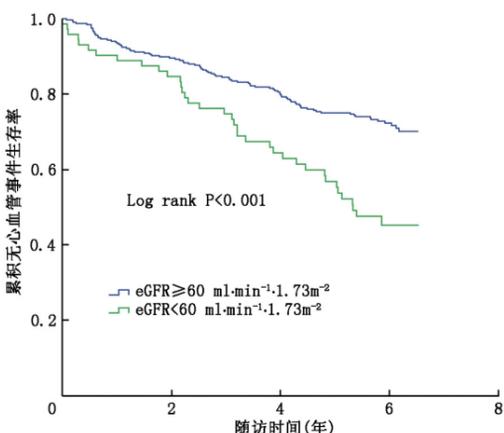


图2 两组患者出院后6年无心血管事件的Kaplan-Meier生存曲线

我国心梗实践与指南相差甚远 氯吡格雷和他汀依从率较高，溶栓依从率最低

近日，我国哈尔滨医科大学刘美娜教授联合澳大利亚学者，对我国急性心肌梗死（AMI）患者诊疗质量进行了评估。结果很不乐观，我国AMI患者的实际诊疗质量和理想水平差距很大，且院内死亡率与不同治疗方法明显相关。（Clin Cardiol. 2015;38:327）

研究者于2009年1月至2010年10月，入选黑龙江省20家三级医院的2128例AMI患者，评估患者对8种治疗方法的依从率。依从率采用以下计算方法：分子为实际上接受所建议诊疗的患者人数。

结果显示，163（7.66%）例患者住院期间死亡，患者很少应用阿司匹林、 β 受体阻滞剂、氯吡格雷、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、他汀、溶栓、PCI和冠脉造影的依从率分别为71.6%、41.3%、82.5%、63.5%、80.4%、5.1%、28.9%和41.2%。

研究发现，未接受PCI的患者死亡风险是接

受PCI患者的4.59倍。校正潜在混杂因素后发现，阿司匹林、溶栓、ACEI、他汀和PCI与院内死亡率仍明显相关，阿司匹林是最大的危险因素（OR=3.07）。

研究者指出，ACC/AHA指南推荐阿司匹林、 β 受体阻滞剂和溶栓为一线治疗药物，多中心试验已证实，这些方法可有效降低AMI患者院内死亡率。然而，患者的依从率远未达到指南标准（最低标准依从率为90%），除了氯吡格雷和他汀，其他方法的依从率均很低，表明这20家医院对AMI的诊疗质量有待提高。

研究发现，溶栓的依从率最低。一方面，医生很少采用溶栓疗法，在这些三级医院中，医生倾向于介入治疗。考虑到这些三级医院的患者风险很高，根据指南，PCI治疗优于溶栓。另一方面，PCI依从率高进一步导致溶栓率降低。因此，研究者表示，将PCI与溶栓相结合，在中国是个合理可行的办法。