

(上接第14版)

经验分享

心达人导师团 阜外心血管病医院 康连鸣教授

国家队责任：宣讲机 修剪机 接收机



康连鸣 教授

康连鸣教授介绍，阜外“心达人”成立约五年，目前已开展52期心血管学术活动。

“在治疗理念上，需要与指南同行；在治疗水平上，不同级别医院应与各级医院同行；在慢病管

理上，应该与时代同行，这就是我们今后的目标，我们的愿景是医者需要一路同行。”康连鸣说。

康连鸣指出，通过烽火计划，“心达人”团队计划达到三方共赢：通过心血管临床危、重、疑难病例的方式，提高地方医院心血管专业医疗质量；通过“心达人”此次活动，国家级团队下基层指导，缩小临床指南与实践之间的差距；以动脉粥样硬化性心血管病作为主线，做好慢病管理。

在康连鸣看来，基层最需要的是：规范化的诊断和治疗；指南在临床中落实情况；三级诊疗制度在基层；如何识别危重患者；急诊患者抢救措施落实；明确诊断和治疗的危重患者如何在基层管理；危重症患者如何实现转诊。

面对基层的需求，康连鸣表示责无旁贷，会尽到国家队的责任和义务，做指南的“宣讲机”，做规范化治疗的楷模和“修剪机”，做基层医院最终的“接收机”。

案例分析

安心联盟导师团 北京安贞医院 贾长琪教授

教学相长 与基层医师一路同行



贾长琪 教授

启动会上，贾长琪教授分享了一例重症心肌炎误诊急性心肌梗死病例。

患者为一位58岁女性，主因活动后胸闷、气短加重入院，在经过询问病史、入院查体、心脏彩超等检查后，初步诊断冠

心病、急性心肌梗死，并按诊断进行治疗。在治疗过程中，根据患者的症状表现及检查结果，最终诊断为冠心病、心衰、重症心肌炎等，修正了急性心肌梗死的诊断。

贾长琪介绍，在临床诊疗中，成人心肌炎的病例很少，在患者心肌酶升高，心电图发生改变时，通常会考虑心肌梗死，有时容易将心肌炎误诊为心肌梗死。由于发病率低，治疗心肌炎的药物非常有限，对于重症心肌炎目前没有比较有效的手段，死

亡率很高。有时即便尽全力抢救，也未能挽救患者生命。错误的诊断和治疗，有可能导致患者死亡。因此，贾长琪想通过该病例提醒临床医生，遇到类似的患者要打开思路，不能只关注冠心病，还应考虑是否为心肌炎。

贾长琪说，“目前，医院分科越来越细，专业性越来越强，医生精通于某领域，而基层患者常合并多种问题，这就对医生提出了高要求。因此，这是教学相长的过程，这也是支持我走下去的动力。”

携手护心导师团 北京大学第三医院 陈宝霞教授

ASCVD 人群的他汀优化管理



陈宝霞 教授

在启动会上，陈宝霞

教授表示，降低动脉粥样硬化性心血管病(ASCVD)风险为胆固醇管理的最终目标。

据陈宝霞介绍，直击ASCVD分为三个阶段：一是识别，即依据指南对ASCVD的风险进行分层；

二是治疗，即依据指南和循证制定优化的他汀治疗方案；三是管理，即个体化治疗，给予适当的患者适当的他汀和适当的剂量，提高患者依从性；最后强调要关注ASCVD，管理疾病的总体风险。



与会领导及专家共同点燃火炬，开启“烽火计划”征程

肾动脉狭窄者行支架术无获益？

▲本报记者 董杰

对于肾动脉狭窄患者的治疗，肾动脉支架术一直存在争议。

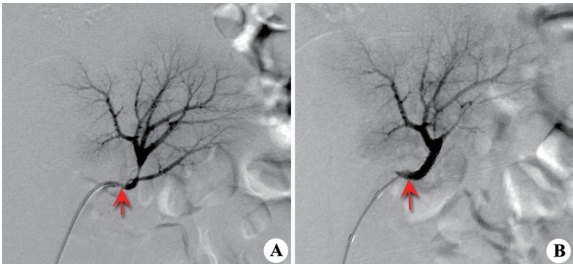
近日，美国克莱顿大学Kabach A等指出，与单纯药物治疗相比，肾动脉支架术并未改善严重肾动脉狭窄患者转归，Kabach等通过回顾2003-2014年

4篇重要相关研究得出结论，对于严重动脉粥样硬化性肾动脉狭窄合并高血压或慢性肾脏病的患者，肾动脉支架术联合药物治疗可更好控制血压，但对心血管或死亡转归并无显著影响。此外，Kabach等还认为，支架还会增加并

发症发生风险，因此，药物治疗应仍为首要治疗方法。(Cleve Clin J Med. 2015;82:491)

但是，同期发表的美国梅奥诊所Onuigbo MA并不同意Kabach的看法，Onuigbo以自己团队所做研究说明，肾动脉支架术并非对于所有患者都无益处，对于存在血液动力学障碍的严重肾动脉狭窄伴肾功能急剧恶化的患者，肾动脉支架术可使肾衰竭好转，更好控制血压，终止一过性肺水肿。

那么，我国学者对于该问题有何见解？



肾动脉狭窄支架介入术

专家点评

蒋雄京：肾动脉狭窄治疗需明确三个问题

具有哪些指征的患者需要治疗？

阜外心血管病医院蒋雄京教授认为，这是困扰临床的主要问题，肾动脉狭窄目前存在治疗过度问题。肾动脉狭窄需不需要治疗，不能仅看解剖上是否存在狭窄，还要关注是否对肾功能和血压产生影响。

若狭窄导致血压升高、肾小球滤过率下降、肾脏萎缩、肾功能不全、出现蛋白尿等，则解除这种狭

窄是有临床意义的。若只存在解剖学上的狭窄，并未导致高血压和肾功能损害，进行介入治疗不能带来获益。

近年来，国际上完成的几个大样本临床试验比较了肾动脉支架加药物与单纯药物治疗的临床结果，发现肾动脉支架治疗并无额外获益。这个结论与真实世界的临床实践结果有很大差异，主要问题是入选指征



蒋雄京 教授

把握不严，多数病例为临界狭窄，对狭窄的功能意义更无严格检测，因此中性结果并不意外。

介入医生培养是关键

蒋教授指出，目前，很多医院未开展肾动脉支架术，即使已经开展的医院，数量也很有限。因此手术医生经验少，熟练程度不够，出现并发症的比

例高，致使肾动脉支架术的效果“打了折扣”。

蒋教授强调，如何培养合格的肾动脉介入医生，使团队更有经验、具备处理复杂病情的能

力，是需要解决的问题。

“合格的肾动脉介入医生及临床团队是提高肾动脉支架术疗效和避免介入并发症的关键。”蒋教授说。

关注全身动脉粥样硬化的进展

蒋教授表示，肾动脉粥样硬化只是全身动脉粥样硬化的一部分，肾动脉介入只能解决肉眼可见的大血管狭窄问题，小血管狭窄、微循环的问题却不能通过介入来解决。因此，要关注粥样硬化血管病的进展，通过药物治疗、生活方式改善等手段，减缓粥样硬化的进展。

“肾动脉粥样硬化性狭窄应全方位、立体的治疗，综合以上三方面，”

蒋教授强调，“肾动脉粥样硬化性狭窄治疗伴随着人们对介入的认识而发展，开始认为，将狭窄解除一定有好处，后来发现有一些患者，尤其是处于临界狭窄、指征不明确的患者，介入治疗的效果和药物治疗相当。”

“在我国，肾动脉狭窄并未受到重视，许多心血管病医生缺乏这方面认识，筛选出需要进行治疗的患者比例也很少，介入

指征控制不严格，手术并发症高，由此给该技术带来了负面影响。”蒋教授指出。“一些专家对肾动脉支架持更为保守的态度，医保报销的比例也很少。其结果是许多需要肾动脉介入的患者失去了及时诊治的机会。希望相关医疗行业协会做好工作，积极组织科研，澄清是非，推动学科的发展，给肾动脉狭窄患者带来真正益处。