

首届冠心病学科交叉暨介入治疗大会在京召开 从一到多 为冠心病治疗做加法

▲ 本报记者 董杰

11月27-29日，首届冠心病学科交叉暨介入治疗大会在京召开，会议力求打造学科交叉平台、探索整体医学模式，来自26个专业的专家和代表共同聚焦冠心病治疗，通过交流碰撞解决冠心病诊治过程中的一系列复杂疑难临床问题。

“整合多学科力量，解决交叉问题”是大会主席韩雅玲院士对本次主旨的总结。当前，新药物和新技术不断问世，但韩院士认为，即使技术发展得再快，但好的药物和好的技术不等于患者受益最大化，一定要知道什么样的技术适合什么样的患者，只有正确的技术与真正需要的患者匹配才能发挥最大价值。韩院士透露，多学科专家正在研讨制定“冠心病抗栓治疗合并出血专家共识”，以规范临床诊疗。

大会主席马长生教授表示，人体本身是一个不可分割的整体，在临床诊疗上，必然要涉及多学科、跨学科的问题。在现代医学模式下，冠心病相关并发症和合并症对临床工作者提出诸多挑战，单一学科已难以有效应对许多涉及多学科的复杂临床问题，临床思维迫切需要向整合医学理念转化。

大会执行主席聂绍平教授解释了本次大会“从一到多”的主题，“以前是一个专科来治疗冠心病，现在是多个专科共同治疗冠心病，争取做加法而不做减法。因为很多情况下，单一专科治疗冠心病可能局限在某一方面，很可能导致不合理治疗，甚至引发一些并发症，通过多学科治疗来一起做加法，可将冠心病的治疗推上一个新高度。”聂教授说。

消化内科专家

质子泵抑制剂 是抗栓药消化道损伤首选

张杰教授指出，抗栓治疗时发生消化道出血事件，需要多学科医生共同诊治，在抗栓治疗前应评估血栓与出血风险，根据患者情况规范使用抗血小板药物，减少消化道损伤。

张杰教授介绍，2012年“抗血小板药物消化道损伤的预防和治疗中国专家共识”提出消化道损伤高危人群的筛查与预防策略，简化了抗血小板治疗患者消化道损伤的处理流程。

止血药物疗效尚未证实，不推荐其作为一线药物；且无凝血功能障碍者，应避免滥用此类药物。

生长抑素可降低静脉曲张出血，抑制非静脉曲张出血，因其与其他药物及内镜治疗相比，未能更好地改善患者临床结果，不推荐将其常规用于非静脉曲张性上消化道出血，推荐急性溃疡出血患者常规使用。

质子泵抑制剂（PPI）可强效持久抑酸，有利于止血，可预防再次出血，还可治疗消化性溃疡。2012年“抗血小板药物消化道损伤的预防和治疗中国专家共识”也推荐，将PPI作为预防抗血小板

药物相关消化道损伤的首选药物。需根据患者具体情况，决定PPI联合应用时间。高危患者可在抗血小板药物治疗的前6个月联合PPI，6个月后改为H₂受体拮抗剂或间断服用PPI。

“进行DAPT的患者，出血风险低时，无需常规使用PPI；出血风险高，血栓风险低时，可联用PPI与氯吡格雷；出血与血栓风险都高时，可进行PPI与氯吡格雷的错峰服用，且尽可能地选用奥美拉唑以外的PPI，或换用其他P2Y₁₂受体拮抗剂。”张杰教授表示。

除药物治疗外，内镜治疗也可有效止血，盛剑秋教授介绍了内镜检查和治疗时机选择。我国指南建议，应尽早于出血后24-48h内进行胃镜检查，并备好止血药物和器械；有循环衰竭征象者，应先迅速纠正循环衰竭后再行内镜检查。

盛剑秋教授指出，消化性溃疡常用内镜止血方法包括局部注射止血、器械止血、热凝止血、联合治疗。血管扩张引起的出血建议行内镜下止血治疗，但尚无推荐方案。



张杰 教授



盛剑秋 教授

抗栓治疗合并胃出血

患者行经皮冠脉介入治疗（PCI）术后，血栓发生风险增加，为此，需进行双联抗血小板治疗（DAPT）。然而，DAPT又会增加出血风险。合并消化道大出血时，该如何评估和权衡风险？应采取什么措施进行止血？首都医科大学附属北京安贞医院消化内科张杰、心脏内科中心陈方、介入诊疗科黄小勇及北京军区总医院消化内科盛剑秋多学科专家同台解密。



陈方 教授



黄小勇 主任医师

心内科专家

大出血对死亡率影响 不亚于心肌梗死

陈方教授指出，DAPT期间出血以消化道出血多见，是否停用DAPT应衡量出血与血栓风险。ADAPT-DES研究入选8582例支架植入患者，共有535例（6.2%）患者发生了院外出血，消化道出血所占比最大（61.7%），院外出血患者全因死亡、心源性死亡风险明显增加。

“大出血对死亡率的影响不亚于心肌梗死，虽然DAPT的最佳治疗时长仍未确定，但在推荐期内停用时，出血风险增加，停用时必须考虑支架类型、支架部位、左室功能、PCI指征、DAPT的持续时间等危险因素，并在心内科医生指导下尽快恢复DAPT。”陈方教授表示。

陈方教授介绍，PCI术后血栓风险增加。研究显示，42%支架内血栓风险发生在术后1个月内，78%发生在术后1年内。因此，2012年欧洲心脏病学会ST段抬高型心肌梗死指南及2012年中国PCI指南等推荐DAPT应维持至少12个月。

然而，目前研究尚未证实DAPT的最佳疗程。方教授建议可依据指南推荐及患者支架内血栓、出血等风险进行综合考虑，最佳DAPT时间需个体化。

患者在推荐期内停用DAPT的原因各异，医生建议停用或暂时停用时，对出血等事件的影响较小；但推荐期内长期停用或可显著影响出血等事件的发生率。

放射介入专家

消化道出血 可行介入栓塞治疗

黄小勇主任医师表示，抗凝时期尤其是PCI术后消化道出血的治疗是矛盾体，全面风险评估，合理制定治疗策略，及时有效处理可明显改善患者预后，介入微创技术是一种可选择的、快速有效的方法。

黄小勇介绍，介入治疗的适应证为各种原因所致的难治性消化道出血，经血管造影检查发现有明确的消化道出血直接征象者。当消化道出血速度超过0.5 ml/min，选择性动脉造影可显示消化道的异常血管。

黄小勇建议，抗凝治疗时出现急性消化道出血，主张在出血活动期行血管造影检查或急诊血管造影检查；对于反复发作的出血，不需强调在出血活动期进行，以免延误病情；对于间歇期造影阴性的病例，主张采用血管扩张剂行药物性血管造影或

等候出血活动期重复血管造影检查；在适当的条件和时机下，应尽早作肠系膜动脉和（或）腹腔动脉造影，发现出血病灶或可疑出血病灶时，再作选择性或超选择性血管造影。

在介入治疗方案选择上，黄小勇指出，要明确出血部位。胃肠道出血可首先使用缩血管药物灌注止血；胃肠道动脉较大分支出血，缩血管药物灌注止血效果较差，动脉栓塞治疗可起到立竿见影的效果。

研究发现，对胃、十二指肠动脉，小肠祥动脉弓以上分支出血，行栓塞治疗安全。栓塞治疗止血迅速、不需留置尿管、无心血管不良反应，但黄小勇强调，治疗成功率和并发症与操作者的技术水平密切相关，易引发消化道组织缺血、坏死。

（下转第15版）