

2015

冠脉介入领域

盘点



颜红兵 教授

2015年在冠脉介入治疗领域取得了众多进展，其中优化治疗策略方面的研究最引人关注，回答了临床实践中常见的5大问题。

这5个方面的研究为目前的临床实践提供了循证学依据，具有指导意义。然而，就像其他学科一样，心血管临床医学在不断取得进步，对上述几个方面的认识还会继续深入，目前的循证学证据只能反映目前的实践。因此，临床医师应当在考虑上述循证学证据的基础上，结合具体患者的具体情况，才能获得优化的治疗策略。

年度五大冠脉介入争议问题

优化冠脉介入治疗策略是主旋律

▲ 国家心血管病中心 中国医学科学院阜外医院 颜红兵



关注点一

急性心肌梗死合并多支病变 一次还是分次介入治疗？

急性心肌梗死（AMI）患者中，有52.8%的患者合并多支冠脉病变。与未合并多支病变的患者比较，合并多支病变患者的30 d死亡率增加58%。因此，对于合并多支病变的稳定型患者，是一次性处理所有病变血管还是分次处理，一直存在着争论。

主张一次性经皮冠脉介入治疗（PCI）者认为，完全性血运重建可更好地改善AMI患者的预后。临床中，北美一次性处理的比例为12.6%，西欧为10.5%，东欧为6.6%，澳大利亚和新西兰为6.1%，中国的比例更低。

主张分次治疗者则认为：（1）AMI期间，没有健康血管，即使没有血栓形成，处理非梗死相关动脉病变有可能威胁到非罪犯血管供血区域的心肌；（2）急诊介入治疗时，抗栓治疗效果并没有达到最优化，一次性处理所有血管的病变存在着较大隐患；（3）AMI高致血栓状态、手术复杂性增加和手术时间延长，并且是在缺乏非罪犯

病变导致缺血的客观证据情况下实施一次性处理。

2015年发表了3项相关研究。CvLPRIT研究显示，与分次介入治疗比较，住院期间完全血运临床获益更好（JACC.2015;65:963,图1）。另一项完全血运重建的Meta分析显示，完全血运重建治疗可以降低主要心脏不良事件41%，再次心肌梗死减少52%，再次血运重建减少49%，心血管死亡有减少趋势（Heart.2015;101:1309）。然而，CvLPRIT研究的亚组研究显示，住院期间完全血运重建轻度增高非梗死相关动脉区域的围术期心肌梗死（JACC.2015;66:2713）。

鉴于多项研究的公布，美国心脏病学会等学会在2015年10月对既往相关指南进行了更新，建议对于合并多支病变的稳定型患者可以考虑实施一次性介入治疗。

笔者认为，对于血液动力学稳定的患者，考虑一次性介入治疗策略的前提是抗栓治疗足够和冠脉解剖并不复杂。



关注点二

急性心肌梗死急诊介入治疗 血栓抽吸是否有效？

AMI患者的血栓性物质成分非常复杂，不仅有血栓、各种斑块，还有各种炎性介质。这些物质可导致AMI的远端栓塞、冠脉痉挛、再灌注损伤。因此，在PCI时选择血栓抽吸面临两种选择：常规抽吸和补救。在亚洲，急诊PCI常规使用血栓抽吸。

2015年3月发表的TOTAL研究是迄今为止关于血栓抽吸的最大样本研究，最终分析结果显示，急诊PCI时血栓抽吸与不抽吸没有区别（N Engl J Med.2015;372:1389）。

将TOTAL研究与其他已发表研究进行Meta分析，也显示抽吸与不抽吸无区别（JACC.2015;66:1016）。且TCT会议上报告了TOTAL研究1年的结果显示与半年

结果相同，血栓抽吸组由于各种原因导致的卒中发生率反而增高。因此，美国指南指出，常规血栓抽吸并不获益。

进一步分析TOTAL研究发现：（1）所有ST段抬高型心肌梗死（STEMI）患者的发病机制并不相同；（2）何为常规抽吸（将简单抽吸定义为常规抽吸，显然并不可取）、何为高负荷血栓？何为成功抽吸？使用哪种导管？合并使用哪类药物？使用哪种药物洗脱支架？（3）为什么患者有如此高的卒中发生率？目前的认识是：在行急诊PCI时，对大多数STEMI患者来讲，血栓抽吸导管是首选；血栓抽吸导管提供了一个治疗患者的平台，并非唯一武器。

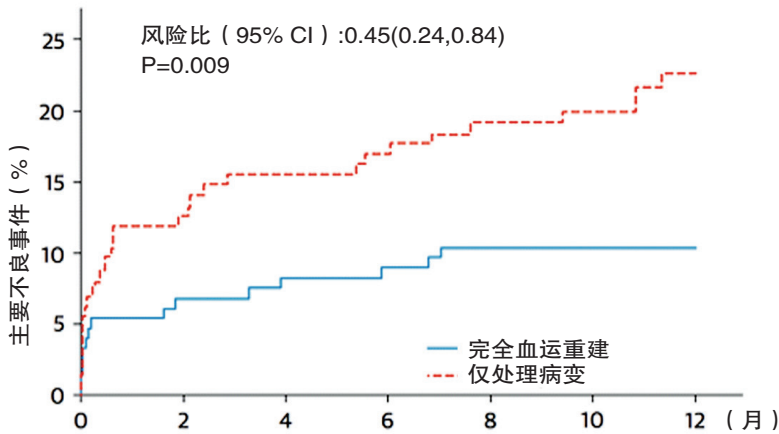


图1 完全血运重建与仅处理病变主要不良事件发生率



关注点三

无保护冠状动脉左主干病变 介入治疗还是外科手术？

左主干病变在PCI领域中属于特殊的病变，一旦发生损害，临床危险非常大，并且其解剖和抗栓治疗复杂。

2015年，韩国学者发表了无保护左主干病变PCI与冠脉旁路移植术（CABG）比较的5年随访结果，分析显示，5年期间，与CABG比较，PCI的全因死亡率、心肌梗死、卒中或靶血管重建并无明显不同（JACC.2015;65:2198）。

因此，需要进行更大规模和随访更长时间的研究，来提供预防左主干患者死亡、心肌梗死和卒中的最佳血运重建治疗策略。

总之，解剖适合行PCI且能耐受体长期双联抗血小板治疗的患者，应用药物洗脱支架实施PCI，其临床硬终点与CABG相当；要意识到PCI的再次血运重建治疗率每年会轻度增高（约每年2%）；在我国的文化背景下，更多

患者愿意选择PCI，而非CABG；对于严重和广泛的左主干病变，尤其是合并糖尿病的患者，选择立即实施CABG可以降低重要临床事件的长期风险；对于合并多种疾患而手术风险高的患者（尤其是虚弱的老年患者），PCI仍是可供选择的方法；最终要永远以患者为中心，心脏团队共同讨论，确定个体化的决策才可能获得最佳治疗结果。



关注点四

冠脉多支病变 介入治疗还是外科手术？

2015年发表了一项研究，共纳入18 000多例患者，约一半患者行CABG，一半患者用第二代药物洗脱支架行PCI。结果显

示，与CABG比较，应用第二代药物洗脱支架实施PCI，可以降低死亡和卒中的短期风险，但死亡长期风险相当；PCI组心肌梗

死（尤其不完全血运重建治疗的患者）和再次血运重建治疗风险较高，而CABG组卒中风险较高（N Engl J Med.2015;372:1213）。



关注点五

什么是支架内再狭窄的最佳治疗？

支架内再狭窄可分为7类，有关其最佳治疗一直存在争议。2015年发表的一项研究将过去15年全世界已发表的所有支架内再狭窄相关的重

要文章进行了总结。近15年来支架内再狭窄治疗的所有技术有8种，该研究认为有两种方法可以考虑：（1）应用第二代药物洗脱支架实施PCI，因为其血管造影和临床结果优于其他技

术；（2）应用药物球囊，因为随访结果良好，没有支架负荷的问题。不建议应用单纯球囊扩张、血管内放射治疗、冠状动脉旋磨术和金属裸支架（Lancet.2015;386:655）。