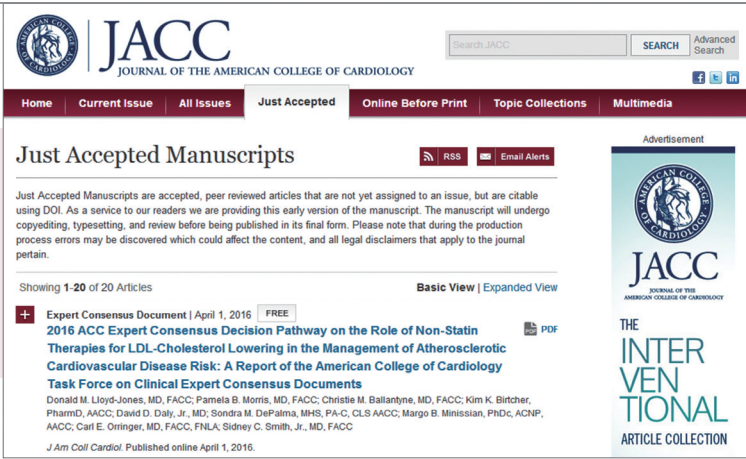


3月29日，美国心脏病学院与美国心脏学会（ACC/AHA）公布了关于冠心病患者双联抗血小板治疗的指南更新。新指南对双联抗血小板治疗（DAPT）在预防置入药物洗脱支架的介入治疗和心肌梗死1年以上的临床稳定的缺血性心脏病患者的血栓性并发症中的价值重新作出评估，制定了关于冠心病患者DAPT指南，并在线发表于《Circulation》和《JACC》杂志。这也是对过去相关学术组织发布的6部指南中相关内容的更新。



# 美更新冠心病患者双抗治疗指南

▲ 上海交通大学医学院附属瑞金医院心脏科 沈迎 张瑞岩 沈卫峰



沈卫峰 教授

双联抗血小板治疗通常是指阿司匹林联合应用一种P2Y<sub>12</sub>抑制剂（如氯吡格雷或替格瑞洛）。DAPT的目的旨在预防药物洗脱支架（DES）置入后相关的局部血栓性并发症（支架血栓形成）以及减低全身性动脉粥样硬化血栓性事件的发生率。以往欧美和我国经皮冠状动脉介入治疗（PCI）指南均推荐，不管何种临床状况，DES置入后需应用DAPT至少12个月。显然，这一DAPT推荐意见在急性冠脉综合征患者得到了随机对照试验和大规模观察性研究证据的支持，但在PCI领域中，这一DAPT建议主要基于第一代DES临床试验的结果。

最近5年来，DES的工艺得到明显的改进，第二代DES已普遍应用，同时也进行了多个与DAPT相关的大规模随机对照研究。大量的证据表明，与第一代DES相比，新型DES（包括依维莫司或佐他莫司DES）的早期和（极）晚期支架血栓形成风险明显降低。此外，对心肌梗死1年以上临床稳定的缺血性心脏病

患者，延长DAPT的大规模随机对照试验结果也已公布。

新指南提出根据年龄、某些冠心病危险因素和临床特征、支架直径、左心室功能和冠脉旁路移植术（CABG）史等，计算DAPT记分，以指导DAPT的时程（如记分≥2，则推荐延长DAPT）。

此外，新指南不推荐常规应用血小板功能试验或基因测定，以指导P2Y<sub>12</sub>抑制剂治疗和改善预后，因为至今尚缺乏随机对照试验的证据。目前也无有关一种P2Y<sub>12</sub>抑制剂转为另一种P2Y<sub>12</sub>抑制剂的疗效和安全性的随机对照试验。应该指出，DAPT的应用时程还需密切结合每个患者的具体临床情况【如糖尿病或/（和）慢性肾病、卒中史等】及冠脉病变严重性（如左主干或分叉病变等）。以往有DAPT消化道出血患者，推荐应用质子泵抑制剂（PPI），而消化道出血风险较低者，DAPT时不常规应用PPI。需要抗凝的患者，应尽量缩短三联抗栓治疗时程，某些患者可考虑采用口服抗凝剂（如华法林）联合氯吡格雷治疗，并控制INR 2.0~2.5。

尽管ACC/AHA新指南并不能覆盖全部临床情形，但相信其对优化当前稳定性冠心病和急性冠脉综合征（ACS）以及DES-PCI患者的DAPT具有重要的临床指导作用，值得借鉴。

## 指南更新十大要点

对于正在接受DAPT的急性冠脉综合征患者，在接受CABG术后，应继续接受P2Y<sub>12</sub>抑制剂治疗，以达到急性冠脉综合征发病后12个月DAPT。

对于正在接受DAPT并行静脉溶栓的ST段抬高型心肌梗死患者，P2Y<sub>12</sub>抑制剂（氯吡格雷）至少持续14 d，理想情况下至少为12个月（Ⅰ级）。

指南的更新主要限于冠心病患者的DAPT，即阿司匹林联合应用一种P2Y<sub>12</sub>抑制剂（例如氯吡格雷或替格瑞洛）。

对于急性冠脉综合征患者，无论是置入支架后给予DAPT，还是仅接受药物治疗的非ST段抬高型急性冠脉综合征（NSTE-ACS），优选应用替格瑞洛比选择氯吡格雷更为合理（Ⅱa级）。

在介入治疗后，BMS患者应将择期非心脏手术推迟在支架置入后30 d，DES患者应推迟6个月。

无论是单独应用还是与P2Y<sub>12</sub>抑制剂联合应用，小剂量阿司匹林不仅出血风险降低，而且作用也不亚于大剂量阿司匹林。推荐阿司匹林每日剂量为81 mg（75~100 mg）。

对于急性冠脉综合征患者，在置入DES或BMS后DAPT时，至少应予12个月的P2Y<sub>12</sub>抑制剂治疗（Ⅰ级）。

稳定性冠心病患者DES置入后DAPT时，应至少给予6个月的氯吡格雷；裸金属支架（BMS）置入后DAPT时，至少予1个月的氯吡格雷治疗。

如患者在置入支架后，因必须行外科手术而停用DAPT中的P2Y<sub>12</sub>抑制剂时，指南推荐如可能还应持续应用阿司匹林，并在术后尽快恢复P2Y<sub>12</sub>抑制剂治疗（Ⅰ级）。

临床医生在给予阿司匹林联合P2Y<sub>12</sub>抑制剂强化抗血小板，以及延长DAPT时，要权衡缺血和出血风险，综合考虑风险/获益比、相关研究数据和患者的意愿。

## PCI术后ACS患者的双抗疗程推荐

| 推荐                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 对于BMS或DES置入后接受双抗治疗的ACS患者，P2Y <sub>12</sub> 抑制剂（氯吡格雷、普拉格雷、替格瑞洛）治疗应至少12个月（Ⅰ）。                             |
| 对于接受双抗治疗的患者，推荐的阿司匹林剂量为81 mg/d（75~100 mg/d）（Ⅰ）。                                                          |
| 对于冠脉支架置入术后接受双抗治疗的ACS患者，维持P2Y <sub>12</sub> 抑制剂治疗中替格瑞洛优于氯吡格雷是合理的（Ⅱa）。                                    |
| 冠脉支架置入术后接受双抗治疗的ACS患者中，对于出血并发症非高危者和卒中/TIA病史者，维持P2Y <sub>12</sub> 抑制剂治疗中普拉格雷优于氯吡格雷是合理的（Ⅱa）。               |
| 冠脉支架置入术后的ACS患者中，对于双抗治疗耐受无出血并发症以及非出血高危者（如既往双抗治疗时出血病史、凝血功能障碍、口服抗凝药），继续双抗治疗超过12个月是合理的（Ⅱb）。                 |
| DES置入术后接受双抗治疗ACS患者中出血高危者（如接受口服抗凝药物治疗）发生严重出血并发症（如颅内大手术）或明显出血的风险很高，P2Y <sub>12</sub> 抑制剂治疗6个月后停药是合理的（Ⅱb）。 |
| 普拉格雷不应该被用于既往有卒中/TIA病史的患者（Ⅲ：Harm）。                                                                       |