

(上接第 14 版)



PARTNER 2A 研究：

中危患者 TAVR 治疗可行

既往研究已证实，在手术风险高及不适宜外科手术治疗的患者中，经导管主动脉瓣置换术（TAVR）均取得良好疗效。在中低危患者中，TAVR 是否同样适用？ACC 2016 年会上，美国 Craig R. Smith 教授公布的 PARTNER 2A 研究结果解答了这一疑问。

该研究显示，与外科瓣膜置换术（AVR）相比，无论在死亡还是致残性卒中方面，TAVR 在中危患者中具

有非劣效性。该研究同步发表在《新英格兰医学杂志》。

研究者于 2011-2013 年纳入 2032 例严重主动脉狭窄、中危患者，随机进行 TAVR 或外科 AVR 治疗，患者治疗时平均 81 岁。致残性卒中定义为卒中 90 d 后改良 Rankin 量表评分 ≥ 2 。

Smith 在 ACC 媒体发布会上表示，随访 2 年时，两组患者死亡或致残性卒中发生率相似。在意向治疗人群中，

TAVR 组与外科治疗组主要终点发生率分别为 19.3% 与 21.1%（HR = 0.89，非劣效性 $P = 0.001$ ）；在接受治疗人群中，TAVR 组与外科治疗组主要终点发生率分别为 18.9% 与 21%（HR = 0.87，非劣效性 $P < 0.001$ ）。

此外，研究发现，在股动脉入路组，TAVR 治疗主要终点风险降低（HR = 0.79）；而经胸腔组患者风险并无差别。

研究还发现，TAVR

组患者主动脉瓣面积更大，急性肾损伤、严重出血及新发房颤发生率更低，而外科治疗组严重血管并发症及主动脉瓣周反流发生率更低。

在《新英格兰医学杂志》随刊评论中，英国 Neil E Moat 教授表示，该研究表明，对于大多数主动脉瓣狭窄患者，若传统手术治疗导致的早期死亡和主要并发症发生率高，经股动脉 TAVR 或为可以考虑的替代治疗方法。

SAPIEN 3 研究：新型 TAVR 装置 1 年疗效优于外科手术

在美国及欧洲各国，TAVR 治疗已广泛用于低危和中危人群。ACC 2016 年会公布的 SAPIEN 3 研究显示，中危患者应用最新球囊扩张系统行 TAVR 治疗 1 年时的疗效优于外科手术。该研究结果同步发表于《柳叶刀》

杂志。

结果显示，1 年时，TAVR 组主要终点（全因死亡、卒中、中度或严重主动脉瓣反流）发生率低于外科治疗组。

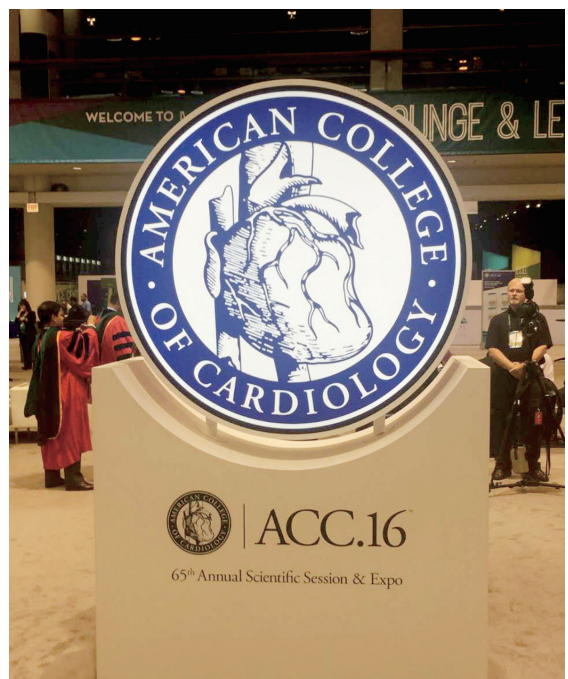
1 年时，TAVR 组死亡发生率为 7.4%，2.3% 发生致残性卒中，0.6% 再次行 TAVR，

2% 存在中度或严重瓣周反流；外科手术组患者死亡发生率为 3%，5.9% 发生致残性卒中，0.5% 再次行 TAVR。然而，外科手术组患者存在中度或严重瓣周返流情况优于 TAVR 组（ $P = 0.0149$ ）。

研究者表示，在主

要终点方面，与外科手术组相比，TAVR 治疗组达到非劣效性（ $p < 0.0001$ ）及优越性（ $p < 0.0001$ ）。

该研究共纳入 1077 例主动脉瓣严重狭窄且存在中度外科手术风险的患者，平均 82 岁，62% 为男性。



STAMPEDE 试验 5 年结果

减重手术可更好控制长期血糖和糖尿病并发症

ACC 2016 公布的 STAMPEDE 研究 5 年随访结果显示，对于合并 2 型糖尿病的体质指数 BMI 为 27~43 kg/m² 的患者，减重手术比强化药物治疗能更好控制血糖和糖尿病并发症。

强化药物治疗干预措施包括饮食和生活方式咨询以控制体重；定期营养、内分泌、心理随访；应用胰岛素增敏剂、GLP-1 激动剂、磺脲类和多次胰岛素注射以使 HbA_{1c} $\leq 6.0\%$ 等。

研究显示，与强化药物治疗相比，胃旁路和袖状胃减容术这两种应用

最普遍的术式，对于实现长期血糖和 2 型糖尿病控制、降低心血管危险因素、改善糖尿病相关终末靶器官损伤、提高生活质量均更能获益。

5 年随访结果发现，药物治疗组有 5% 患者达到 HbA_{1c} $\leq 6.0\%$ 的主要终点。胃旁路术组 29%、袖状胃减容术 23% 患者达到主要终点。两组手术组心血管和降糖用药减少。

此外，与药物治疗组相比，手术组心血管病和糖尿病并发症发生率也降低。药物组合手术组均未发生眼部病变。

STICHES 研究 10 年随访结果

搭桥可延长严重心衰患者寿命

在 ACC 2016 年会上，STICHES 随访 10 年结果显示，对于平均 60 岁的缺血性心脏病患者，与单纯药物治疗相比，行冠脉旁路移植术（CABG，）并坚持药物治疗，可延长患者生存期。该研究也同期发表在《新英格兰医学杂志》上。

此前，STICH 研究 5 年随访结果显示，CABG 可降低死亡率，但无统计学差异。

研究者美国杜克临床研究所 Eric J Velazquez 教授表示，该研究为临床提供了强有力的信号，为延长患者寿命，在进行临床诊疗时，应考虑 CABG 术。

研究显示，CABG 组死亡率低于药物治疗组（58.9% 与 66.1%， $P = 0.02$ ）。其

中，药物治疗组有 49.3% 死于心脏疾病，而 CABG 组仅 40.5% 因心脏原因死亡（ $P = 0.006$ ）。

总体而言，CABG 组生存获益平均增加近 18 个月。

述评专家非常看好该结果，认为对于某些冠脉疾病、心衰、严重左室收缩功能不全的患者可获益于 CABG 手术。

该研究共纳入 22 个国家的 1200 例心衰患者，患者入组时平均年龄为 60 岁。其中一半患者接受 CABG 治疗。



心梗行介入治疗应慎用吗啡

临床上有近一半的心肌梗死患者会使用吗啡，但 ACC 2016 上报道的一项纳入 125 例心梗患者的研究提示，对于行经皮冠脉介入治疗的 ST 段抬高型心肌梗死患者，应用吗啡会抑制抗血小板药物的疗效。

研究发现，在急救车上为了缓解胸痛而使用吗啡的心肌梗死患者，在 1 h 内给予阿司匹林加替卡格雷，或氯吡格雷时，血小板活性仍较高，但这种抗血小板效应滞后现象会在之后 48 h 内消失。

此前一项意大利学者发表的研究同样发现，吗啡会延缓新型口服抗血小板药物的起效时间。研究发现，患者接受普拉格雷或替格瑞洛负荷剂量后 2 h 时，较之未用吗啡组，应用吗啡组的血小板活性明显增高。而之前有研究显示，较高水平的血小板活性与缺血事件（包括支架血栓的形成）较高的发生风险相关。

研究者认为，这可能导致由于吗啡对胃肠蠕动的影