

(上接第13版)

欧美 NSTE-ACS 管理指南对比要点

非 ST 段抬高型急性冠脉综合征 (NSTE-ACS) 是全球心血管病发病及死亡的主要原因。美国心脏学会 / 美国心脏病学学院 (AHA/ACC) 与欧洲心脏病学会 (ESC) 相继于 2014 年和 2015 年发布了 NSTE-ACS 管理指南。有学者对这两版指南进行了对比, 着重关注了指南对 NSTE-ACS 诊断、风险评估、治疗等方面的建议强度和证据水平。

- 1 两指南均强调了生物标志物的重要性, 例如高敏肌钙蛋白 (hs-cTN) 评估。ESC 指南着重推荐了通过 0 h/3 h 或 0 h/1 h hs-cTN 水平快速诊断 NSTE-ACS 的方法。
- 2 对于没有反复性胸痛且肌钙蛋白水平正常的疑似 NSTE-ACS 患者相比, ESC 指南推荐在介入治疗前通过非侵入性影像检查评估可诱导性缺血 (I, A)。相反, AHA/ACC 指南对心电图运动负荷试验、负荷心肌灌注成像或冠脉计算机断层扫描造影在疑似 ACS 患者中的推荐强度则较低 (IIa)。
- 3 对拟行冠脉血运重建的患者, ESC 指南推荐有经验的术者优选桡动脉入路 (I, A), 而 AHA/ACC 指南对血管入路没有特别推荐。
- 4 在药物治疗上, AHA/ACC 指南推荐介入治疗或缺血相关治疗患者使用氯吡格雷或替格瑞洛负荷剂量, 对替格瑞洛的推荐 (II a, B) 优于氯吡格雷。此外, 无出血高危患者拟行 PCI 时可使用普拉格雷。ESC 指南对 P2Y₁₂ 抑制剂的特殊选择作出若干推荐, 若无禁忌症, 建议所有缺血中、高危患者使用替格瑞洛 (I, B), 拟行 PCI 者明确冠脉解剖结构后使用普拉格雷 (I, B), 若患者对其他药物禁忌或不可用时可选氯吡格雷 (I, B)。
- 5 ESC 指南强调了对男女 NSTE-ACS 患者采用相同策略的重要性 (I, B)。AHA/ACC 指南认为, 低危女性不应早期介入治疗, 因其可能导致潜在的危害 (III, B), 近期研究显示, 女性患者介入治疗出血并发症及造影剂肾病风险更高。
- 6 ESC 指南推荐, 双抗治疗期间使用华法林时的 INR 应在 2.0~2.5, 三联治疗中应避免使用普拉格雷或替格瑞洛。相反, AHA/ACC 指南认为将 INR 2.0~2.5 作为治疗区间的证据并不充分。

专家点评



乔岩 副教授

临床实践中, NSTE-ACS 的早期诊断和鉴别诊断一直以来是难点, 尤其是初诊首次肌钙蛋白和心电图正常的患者, 往往需要急诊观察 3~6 h 后复查肌钙蛋白。hs-cTN 的应用大大缩短了 ACS 的诊断时间。

2015 年 ESC 指南对比 2014 年 AHA/ACC 指南最为重要的变化是, ESC 指南更加强调 hs-cTN 重要性, 提出了 0 h/3 h 和 0 h/1 h hs-cTN 诊断 NSTE-ACS 快速流程。

在 AHA/ACC 指南的流程中, 对于初始肌钙蛋白阴性的患者需要 6 h 后复查才能确诊并危

险分层。ESC 指南中提出 0 h/3 h 和 0 h/1 h hs-cTN 诊断流程, 将确诊时间大大提前, 有助于早期识别高危患者, 减少漏诊和误诊, 减少医疗纠纷, 对于国内较为复杂的医疗环境尤为有现实意义。

另外, 也可确定早期侵入治疗的获益人群, 改善患者的临床结果。也有助于早期筛查低危患者, 减少不必要的急诊室占用和医疗资源浪费。

ESC 指南中诊断流程的更新改变了传统诊断模式, 提高了临床诊疗效率, 对于目前的临床实践具有非常重要的指导意义。

结语

OCT 为 ACS 治疗策略的选择提供了新的理念, 但 OCT 指导下针对不同特征罪犯病变的处理是否对患者的长期临床疗效有影响还需更多的研究去验证。随着研究的深入, 相信 OCT 对 ACS 的治疗策略的选择有更加重要的指导意义。

OCT 对急性心肌梗死救治治疗理念的革新

▲ 哈尔滨医科大学附属第二医院心内科 胡思 郑功慧 贾海波 于波



于波 教授

光学相干断层成像 (OCT) 是继血管内超声 (IVUS) 后出现的一种新的冠脉内成像技术, 与 IVUS 相比, OCT 极高的分辨率使其在评价易损斑块、指导支

架置入, 尤其在急性冠脉综合征 (ACS) 等冠心病诊疗领域日益受到关注。

笔者中心自 2005 年在国内首家引入第一代时域光学相干断层成像技术 (TD-OCT) 开始, 一直致力于腔内影像学技术的应用及研究, 包括 IVUS、血管功能评价 (血流储备分数)。在于波教授的带领下, 以优化冠心病介入诊疗策略、探索动脉粥样硬化发生机制为导向, 建立了全球最大的心血管介入诊疗腔内影像学数据库, 由此开展了一系列前瞻性 & 回顾性研究。

OCT 对罪犯病变特征及血栓的观察

由于具有很高的分辨率, OCT 具备分辨斑块破裂、侵蚀和钙化结节及其他引起 ACS 的相关机制的能力。典型的斑块破裂在 OCT 上的表现为纤维帽的破裂使管腔与破裂腔相通, 伴或不伴有附壁血栓。OCT 诊断斑块侵蚀的标准尚未制定。

近年来, 笔者团队已应用新的 OCT 诊断标准对 ACS 患者的罪犯病变进行系统的形态学分析。在笔者团队既往的研究中, 斑块侵蚀定义为没有斑块破裂存在下, 血管管腔表面形态

不规则, 伴有血栓形成。先前研究结果显示, 在非 ST 段抬高型 ACS 患者中斑块侵蚀病变十分常见。可以设想由斑块侵蚀的患者凭着有效的抗栓治疗而不选择支架置入治疗, 可以获得稳定可靠的效果, 同时可避免由经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 引起的早期或晚期并发症的发生。

由于缺少诊断的形态学证据, 斑块侵蚀在 OCT 使用前从未被证实过。最近, 笔者团队

在使用最新的 OCT 诊断标准对 126 例 ACS 患者罪犯病变进行系统的分析。研究中, 斑块侵蚀被定义为没有纤维帽破裂的管腔面不规则形态伴随血栓形成, 发生率约 30%, 特别是在年轻女性和吸烟患者中常见。

临床上利用 OCT 检测 ACS 患者的罪犯病变的血栓, 对选择合适的治疗策略有重要指导意义。血栓在 OCT 图像中表现为在管腔内漂浮或附着在管腔表面的不规则团块 (图 1)。

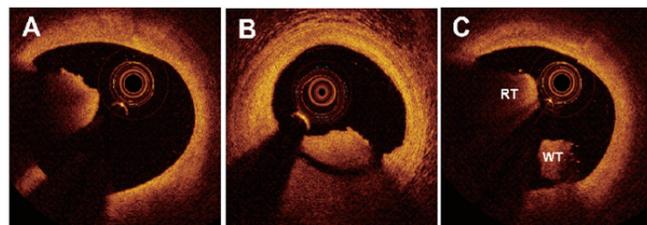


图 1 血栓在 OCT 图像中表现为附着在管腔表面或在管腔内漂浮的不规则团块 A. 红色血栓; B. 白色血栓; C. 混合血栓; (RT: 红色血栓; WT: 白色血栓)

OCT 对 ACS 治疗策略的优化

为使内膜损伤降低到最小程度, 尽量保留血管结构和邻近管腔, 笔者团队假设在不置入支架的条件下, 使用稳定有效的抗栓治疗可有效避免 PCI 的早期和晚期并发症的发生。

从抗栓治疗到球囊血

管成形再到裸支架及最新的治疗策略已经逐步形成。尽管 ACS 患者均接受有创的治疗策略, 但从临床研究的亚组分析来看, 这种治疗策略并不能使所有患者受益。

从病理生理学角度考虑, 斑块侵蚀患者的 PCI 受益很可能不同于斑块破裂的患者。笔者团队初步

设计了保守药物治疗斑块侵蚀引起的 ACS, 这是首次提出的 ACS 治疗新理念的研究设计, 可能会影响 1/3 ACS 患者的治疗。

抗血小板药物保守治疗代替支架置入术治疗 ACS 患者的疗效并不明确。但笔者团队最近发表的一项回顾性研究的病理学研究显示, 保守药物治疗代

替支架置入有一定获益。若假设成立, 中国将有超过 30 万患者从中获益。

基于最近的一些研究, 斑块侵蚀引起的 ACS 患者接受保守治疗获益明显。因此笔者团队认为, 保守药物治疗代替支架置入可行。事实上, 对于特定的群体保守药物治疗优于支架置入治疗。