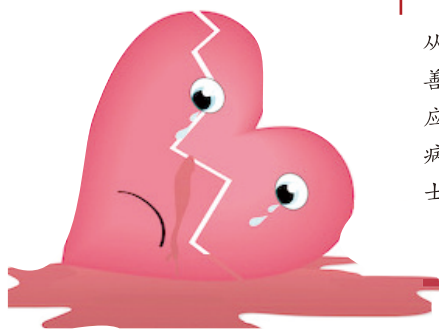


葛均波解读《非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)》 5年磨一剑 规范化与体系建设并行

▲ 医师报记者 黄晶



近年来,非ST段抬高型急性冠脉综合征(NSTE-ACS)发病率显著升高,超过70%。从2012版指南发布,经过多年积累,医学界对NSTE-ACS的诊治已逐渐有了更为系统而完善的认识。5年之后,中国《非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)》应运而生。“它将进一步规范我国NSTE-ACS的诊断和治疗。”中华医学会心血管病学分会主任委员复旦大学附属中山医院心内科、上海市心血管病研究所葛均波院士表示。那么,新指南“新”在哪?



葛均波 院士

新意一：高敏心肌钙蛋白预测早期心肌损伤

葛均波院士以ACC/AHA 2014年与ESC 2015的NSTE-ACS指南为依据,阐述了急诊室早期危险评估及患者10 min内12导联心电图检查的重要性。他强调,为防止症状复发或者诊断不明确,对有必要的患者需再复查,必要时行18导联心电图检查。

“两个指南均强调了心肌损伤标志物在早期诊断中的重要性,尤其是高敏心肌钙蛋白(hs-cTn)的重要价值。”他指出,心肌钙蛋白(cTn)是NSTE-ACS最敏感和最特异的生物标志物,也是诊断和危险分层的重要依据之一。与标准cTn检测相比,hs-cTn检测对于急性心肌梗死有较高的诊断价值,可减少cTn“盲区时间”,更早地确诊

急性心肌梗死。2015 ESC指南着重推荐了hs-cTn 0 h/3 h(标准方案)或0 h/1 h(新方案)快速诊断NSTE-ACS。

新方案:基线hs-cTnT<12 ng/L且1 h绝对变化<3 ng/L时,可排除心肌梗死,阴性预测值为99.1%~99.9%;基线hs-cTnT≥52 ng/L或1 h绝对变化≥5 ng/L,心肌梗死可能性大,阳性预测值为77.2%~78.2%

葛院士表示:hs-cTn较传统方法敏感度和特异度更高,因而,国内各中心普及统一hs-cTn检测方法和检测标准,对NSTE-ACS早期诊断具有非常重要的临床意义。

权威解读

我国NSTE-ACS发病率逐年上升,一方面对心内科医生需从NSTE-ACS的诊断、危险分层、抗栓和血运重建策略等各个环节进行规范化管理,同时强调血运重建团队的建设,缩短血运重建时间,提高再灌注率;另一方面,鉴于救治延迟的现状,全民开展心血管健康教育刻不容缓,尤其是发病后尽快就医的重要性和自救措施,普及疾病和介入技术的相关知识,特别是正面宣传介入治疗的必要性,有助于患者快速做出决定,缩短决策时间,提高再灌注率,对于二级预防,加强患者教育、强调生活方式改变和提高药物治疗的依从性。从而,通过医患双方的共同努力,改善NSTE-ACS的长期预后,降低死亡率。



“NSTE-ACS的心脏康复应从患者入院后开始”,葛院士强调,应贯穿于急性期(发病后的4~7 d内),恢复期(早期恢复期7 d~4周,后期恢复期2~6个月)和维持期(6个月以后直至终生)3个阶段。NSTE-ACS患者急性期心脏康复计

新意三：联合用药是王道

“我国NSTE-ACS患者住院期间单药治疗率与指南总体符合率良好,但联合使用全部基础药物的比例仍较低,且高危患者联合用药的比例明显低于低-中危患者,表明我国高危NSTE-ACS患者尚未得到充分的优化治疗。”葛院士强调,无论是否采用侵入策略,规范、优化的药物治疗是NSTE-ACS治疗的根本,其中抗凝药物、抗血小板药物、β受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂和他汀类调脂药物

※ 新型抗血小板药物

抗血小板药物是NSTE-ACS治疗的基石,贯穿于NSTE-ACS发病急性期甚至终生。

基于PLATO和TRITON-TIMI 38等研究结果,欧美最新指南均对新型抗血小板药物的地位进行了大幅提升,推荐替格瑞洛或普拉格雷(PCI治疗时)优先于氯吡格雷,只有无法获得替格瑞洛或普拉格雷及患者为禁忌证时,才考虑应用氯吡格雷。

目前我国常用的双联抗血小板治疗方案为阿司匹林联合氯吡格雷或替格瑞洛。对存在氯吡格雷低反应性或血栓高危需要强化抗栓治疗的患者,新型抗血小板药物使用不足成为我国NSTE-

ACS治疗中亟待解决的问题。

※ 新型抗凝药物

所有NSTE-ACS患者如无禁忌证,术前均应接受抗凝治疗,抑制凝血酶的生成和活性,可减少心血管事件的发生,抗血小板基础上联合抗凝可以进一步减少不良预后,是NSTE-ACS的基本治疗。

磺达肝癸钠与低分子肝素比较,临床有效性相当,但出血风险显著降低,但在我国NSTE-ACS患者中的应用严重不足。比伐芦定与肝素类药物比较,具有半衰期短、可逆、不导致血小板聚集和血小板减少等优点。多项研究显示,与肝素联合血小板糖蛋白Ⅱb/Ⅲa受体拮抗剂比较,应用比伐芦定后缺血事件无显著差异,但出血和血小板减少的发生率显著降低。

新意二：早期侵入策略降低冠心病死亡率

葛均波院士强调了NSTE-ACS危险分层对于判断预后及制定治疗策略的意义。他总结了TIMI、GRACE、PURSUIT三种评分系统的优劣。对于30 d终点事件,3种模型预测价值相似;对1年终点事件,GRACE评分预测价值更大,将NSTE-ACS根据危险分层分为极高危、高危、中危和低危并依此选择相应的治疗策略。因而,目前临床上更为广泛应用GRACE评分,ESC 2015年指南亦推荐GRACE评分进行介入策略危险分层。

对NSTE-ACS的治疗,推荐早期侵入策略。TIMACS研究发现,早期介入较延迟介入显著降低了高危NSTE-ACS患者的心血管事件。重要的是,早期侵入策

略未增加任何安全风险。ACUITY研究也显示,高危患者行早期介入较延迟介入(>24 h)显著降低30 d和1年死亡率;延迟经皮冠状动脉介入治疗(PCI)增加的缺血事件大部分见于中高危患者。

以GRACE评分为依据,将心血管病分为4级,葛院士强调要分别采用不同的治疗策略,即极高危标准者:2 h内紧急侵入性治疗策略;高危标准者:24 h内早期侵入性治疗策略;中危标准者:72 h内延迟侵入性治疗策略;对于无上述情况者,建议先行无创方法进行缺血评估。

新意四：心脏康复与二级预防双管齐下

划的制定,要在综合评估NSTE-ACS病情及危险因素的基础上进行。病情得到控制后的恢复期和维持期,就应适当锻炼以促进血液循环,提高心脏功能和机体耐力,改善心理状态。

葛院士重点强调了NSTE-ACS患者急性期后的二级预防在控制其心脏性事件复发率与死亡率的关键作用。然而,我国NSTE-ACS患者出院药物依从性却很低,这主要归咎于NSTE-ACS急性期后的心理精神

状态、患者对药物疗效和不良反应的认识和理解、长期服药的意愿、药物的种类和服药次数、经济条件和负担情况等因素。

“医生的随访可影响NSTE-ACS患者的二级预防。”他指出,对于患者出院后的早期随访,可根据药物停用的原因,找出个体化解决方案,帮助患者提高依从性,更好地长期治疗。

