



8月26~30日，欧洲心脏病学会年会（ESC 2017）在西班牙巴塞罗那召开。今年大会聚焦于“经皮冠脉介入治疗（PCI）40年”，并为此设立了特别专场，强调PCI在心血管病诊疗各方面的影响力。此外，大会发布了急性ST段抬高型心肌梗死、双联抗血小板治疗、心脏瓣膜病、外周动脉疾病4部指南。同时，CASTLE-AF、COMPASS、CANTOS等可改变临床实践的重要研究结果也在大会中公布。

ESC是全球规模最大、影响力最大的心血管盛会，共有来自140多个国家的3万多名医生参会。而且，越来越多的中国身影参与其中，大会主席Jeroen Bax在开幕式中特别强调了中国等国家的影响，在340名新晋的Fellow of ESC中，有28名为中国医生。

ESC 2017：纪念冠脉介入40年 重磅研究改变临床实践

▲ 医师报记者 牛艳红 杨进刚 许奉彦

四大指南

1 ST段抬高型急性心肌梗死管理指南：推荐完全血运重建 不支持血栓抽吸

ESC发布的最新ST段抬高型急性心肌梗死（STEMI）管理指南，根据新证据对2012年版指南进行了补充，同时对以往的部分推荐进行了修订。

该指南首次明确定义了何时开始计时：经皮冠状动脉介入治疗（PCI）前的90分钟，推荐在心电图诊断STEMI时开始计时。

此外，新指南删除了“入门至球囊扩张”这一模糊术语，并将首次医疗接触定义为医生、护理人员或护士首次对患者进行心电图检查及解读的时间点。

2012版指南推荐，接受溶栓治疗的病例从STEMI诊断到治疗的最大延迟时间为30 min，新指南中将这一最大延迟时间

改为10 min。

2012版指南不推荐完全血运重建，推荐只对梗死相关动脉进行治疗。而新指南推荐考虑完全血运重建，直接或出院前择期对非梗死相关动脉进行治疗。

基于纳入15 000余例受试者的两项大型试验结果，新指南不再推荐血栓抽吸；也不推荐推迟介入（疏通动脉并等待48 h再置入支架）。至于PCI，指南对药物涂层支架的推荐力度大于裸金属支架，对桡动脉入路的推荐力度大于股动脉入路。

在药物治疗方面，指南认为部分患者可考虑双联抗血小板治疗12个月以上。比伐卢定的推荐等级由I类变为II类，依诺肝素素则由II类变为IIa。2012

版指南未提及坎格瑞洛，而新指南推荐该药可作为部分患者的治疗选择。此外，新指南指出，高胆固醇患者经最大剂量他汀治疗后效果仍不理想者可加用其他降脂药物。

新指南降低了氧疗的临界值，由原来的动脉血氧饱和度95%给予氧疗变为90%。当患者出现缺血症状时，左、右束支阻滞可作为紧急血管造影的依据。

新指南还介绍了非阻塞性冠脉疾病，这种患者约占STEMI患者的14%，需要额外的诊断检查和不同于典型STEMI的个体化治疗。

此外，新指南包含了大量的诊疗流程图和简洁的推荐，将有助于临床医生快速诊断和治疗STEMI患者。

2 冠心病患者双联抗血小板治疗指南：根据缺血和出血风险决定治疗时程

冠心病患者双联抗血小板治疗（DAPT）指南由ESC与欧洲心胸外科学会（EACTS）共同编写。

指南推荐使用预测模型来评估患者DAPT的出血风险，同时主张根据患者的缺血和出血风险制定个体化治疗策略。

接受PCI治疗的急性冠脉综合征（ACS）患者是否需延长DAPT（12个月以上）是最具争议的话题，对此，指南认为，应仔细权衡如何将获益最大化。

指南推荐，ACS患者无论接受何种血运重建方式[药物治疗、PCI或冠脉旁路移植术（CABG）]，其默认DAPT时程12个月；出血高危患者考虑治疗6个月；良好耐受DAPT且无

出血并发症者考虑延长治疗至12个月以上。

指南强调，短期DAPT不应再作为置入裸金属支架而非新一代药物洗脱支架的理由。DAPT时程应基于患者的缺血与出血风险评估结果，而不是支架类型。

无论患者置入哪种金属支架，稳定型冠心病患者PCI后的DAPT时程都应是1~6个月，具体根据出血风险而定；缺血风险高于出血风险的患者可进行较长时间的治疗。

尚无充分证据推荐接受CABG治疗的稳定型冠心病患者接受DAPT治疗。

在抗凝治疗的基础上加用DAPT会使出血并发风险增加2~3倍。医生应重新评估患者的口服抗凝适应

证，且仅在明确适应证（如房颤、机械瓣或近期复发深静脉血栓或肺栓塞）时继续抗凝。三联治疗（DAPT加口服抗凝）应限制在6个月以内，或是根据缺血和出血风险在出院时取消。

对于接受PCI的稳定型冠心病患者，存在口服抗凝适应证的患者以及禁用替格瑞洛或普拉格雷的ACS患者，指南推荐默认使用P2Y₁₂抑制剂为氯吡格雷。推荐替格瑞洛或普拉格雷用于ACS患者，除非有禁忌证；启动P2Y₁₂抑制剂的时机取决于具体药物和具体疾病。

对于男性与女性患者及有无糖尿病的患者，指南推荐的DAPT类型及时程相同。

3 心脏瓣膜病管理指南：推荐心脏瓣膜团队共同决策

基于2012年指南发布后涌现的大量新证据，尤其是在心脏瓣膜病导管介入治疗方面，ESC/EACTS更新了心脏瓣膜病管理指南。

鉴于经导管瓣膜治疗在中危人群中的新证据，指南扩大了经导管瓣膜治疗的适应证。

对于症状性主动脉狭窄使用外科主动脉瓣置换术（SAVR）还是经导管主动脉瓣置入术（TAVI），指南强调应由外科医生和心内科医生组成的心脏团队来决定。指南推荐，两种治疗应在心脏瓣膜中心进

行。瓣膜中心应具备供心外科和心内科医生现场结构化协作的部门，并进行系统化培训，记录相关数据及患者预后等信息。

广义来讲，外科手术高危患者应接受TAVI，低危患者（尤其是年轻患者）应接受SAVR。但是EACTS主席Baumgartner教授表示，SAVR或TAVI的选择并不能简单地根据风险评分或年龄。心脏团队必须权衡两种手术的风险和益处，特别是在中等风险的情况。

讨论的内容应包括年龄、合并症、解剖特征及外科手术和导管介入治疗的结局。

对于无症状性瓣膜病患者，早期手术可能改善预后，但干预时机仍存在争议。如研究发现肺动脉高压是预后不良预测因素后，就被纳入无症状主动脉狭窄患者外科手术的选择标准。另外，运动超声心动图参数预测价值的研究结果相互冲突，导致主动脉瓣狭窄和二尖瓣反流无症状患者的选择标准中排除了这些参数。

在抗栓治疗方面，现有充分数据推荐将新型口服抗凝药作为房颤伴主动脉瓣或二尖瓣反流患者的抗凝选择，但仍禁用于机械瓣和二尖瓣狭窄的患者。



4 外周动脉疾病诊疗指南：仅推荐高卒中风险的无症状性颈动脉狭窄患者血运重建

外周动脉疾病诊疗指南由ESC与欧洲血管外科学会（ESVS）联合制定。

新指南首次以单独章节介绍了抗栓药物，详细阐述了各部位外周动脉疾病的抗血小板、抗凝治疗的临床方案。

指南还介绍了外周动脉疾病患者合并其他心脏病（如心衰、房颤及瓣膜病）时的管理方法。不过相关推荐多数是基于专家意见，缺乏特异性证据。

虽然自2011年指南发布以来，没有出现新的关于无症状颈动脉疾病的大型试验，但是也有了关于无症状性颈动脉狭窄患者长期卒中风险的新数据。因此，新指南只推荐存在高卒中风险的无症状性颈动脉狭窄患者行血运重建，而非以往指南推荐所有的无症状患者都进行血运重建。

新指南不推荐由于动脉粥样硬化性疾病所致的肾动脉狭窄患者常规进行血运重建，而2011版指南

则推荐此类患者可考虑支架置入。

此外，基于新证据，指南彻底更新了肠系膜动脉疾病的相关推荐，支持此类衰弱患者进行血管内手术治疗。

对于下肢动脉疾病，Ricco教授强调了新型WHA分级的重要性，该分级方法已被用于慢性肢体缺血性疾病的危险分层。该系统考虑导致截肢的3个主要因素是创伤（W）、缺血（I）和足部感染（d）。

重磅研究

REVEAL研究：CETP抑制剂Anacetrapib开启调脂治疗新篇章？



中国医学科学院阜外医院 蔡立新教授

在Evacetrapib、Torcetrapib和Dalcetrapib 3个CETP抑制剂相继遭遇滑铁卢后，Anacetrapib傲然登场。年会上，REVEAL研究结果备受瞩目：Anacetrapib或可开启调脂

领域新篇章？《新英格兰医学杂志》也于8月29日同步刊出REVEAL研究全文。

REVEAL研究证实，在10 mg/d或20 mg/d阿托伐他汀（中国），抑或20

mg/d或80 mg/d阿托伐他汀（其他国家）基础上，加用100 mg/d Anacetrapib，平均随访4.0年，相比于对照组，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）下降约40%，高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）升高105%。

Anacetrapib较对照组显著降低一级复合终点9%（包括冠脉死亡、心肌梗死和冠脉血运重建），估计在现有优化药物治疗基础上，每治疗1000例患者，4年可额外避免10个冠脉事件。

关键二级终点除缺血性卒中外，心肌梗死、冠

脉血管重建和心血管病总死亡均显著下降。

此外，Anacetrapib治疗组的耐受性良好，还有降低新发糖尿病趋势，且未增加肿瘤等严重不良事件风险，但轻微升高血压和降低肾功能。

REVEAL研究纳入来自北美、欧洲和中国等14个国家的30 624例动脉粥样硬化性疾病高危患者。中国部分由中国医学科学院阜外医院国家临床医学研究中心牵头组织实施，共78个中心参加，入选8629例患者。

COMPASS研究：新定义双抗：利伐沙班+阿司匹林

COMPASS研究显示，对于稳定性动脉粥样硬化性血管疾病患者，与阿司匹林单药治疗相比，利伐沙班与阿司匹林联合治疗可改善患者生存，并减少卒中和心肌梗死风险。研究同时于8月27日在线刊登于《新英格兰医学杂志》。

研究纳入2.7万余例

确诊冠心病或外周动脉疾病（PAD）患者，分别接受利伐沙班（25mg，2次/d）与阿司匹林（100mg/d）联合治疗，利伐沙班（5mg，2次/d）单药治疗或阿司匹林（100mg/d）单药治疗。

原计划随访5年，因治疗组患者获益显著，该研究于2017年2月提前终止。

研究显示，利伐沙班与阿司匹林联合治疗使主要复合终点（心血管死亡、卒中和心肌梗死）发生率降低24%，全因死亡率降低18%。

利伐沙班与阿司匹林联合治疗相比阿司匹林单药治疗，严重出血事件风险增加70%；但两组颅内与致死性出血无显著差异。

对研究中7470例PAD患者的亚组分析显示，利伐沙班与阿司匹林联合治疗可使PAD患者发生主要不良心血管事件或肢体事件的风险降低31%，其中心血管死亡、卒中心肌梗死风险降低28%，肢体致死性缺血（包括截肢）风险降低46%。

EARLY-MYO研究：先溶栓后介入治疗STEMI安全有效



上海交通大学医学院附属仁济医院 何奔教授

何奔教授在年会上报告

的EARLY-MYO研究

显示，对于症状发作6 h内、预计PCI相关延迟的低危STEMI患者，先采用半量阿替普酶进行药物侵入策略，溶栓成功后3~24 h再行早期介入治疗，与直接PCI相比安全有效。研究结果于8月27日在线刊登于《循环》杂志。

研究显示，在主要终点（完全心外膜和心肌再灌注，定义为TIMI血流3级、TIMI心肌灌注3级和ST段回落≥70%）方面，药物侵入策略优于

直接PCI策略（34.2%与22.8%）；而且，单一终点均不劣于直接PCI组。

在临床终点事件方面，两组30 d全因死亡、再发心肌梗死、心衰、严重出血事件和颅内出血发生率无显著差异，但药物侵入组小出血事件（26.9%与11.0%）更多。

EARLY-MYO-I是一项前瞻性多中心随机对照研究，共在国内7家中心入选了344例患者。

CASTLE-AF研究：房颤合并左室功能不全者导管消融优于传统药物

CASTLE-AF研究显示，在房颤合并左室收缩功能不全患者中，导管消融较传统药物治疗可减少死亡及因心衰加重导致的再入院风险。

研究者指出，此前尚无证据表明在降低死亡及再入院方面，消融、抗心律失常药物或其他治疗孰优孰劣。这项研究结果可能改变临床医生处理心衰伴房颤患者的策略。

研究显示，与传统

药物治疗相比，导管消融术可使主要终点事件降低38%（28.5%与44.6%），其中全因死亡率可降低47%（13.4%与25%），心衰加重导致的再入院率可降低44%（20.7%与35.9%）。

CASTLE-AF研究最终纳入363例有症状的阵发性或持续性房颤和左室射血分数小于35%的患者，中位随访时间为37.8个月。



CANTOS研究：抗炎治疗降低心血管和肺癌风险

CANTOS研究显示，IL-1β抑制剂卡纳单抗（Canakinumab）可通过减少炎症降低心血管病和肺癌风险。研究同时于8月27日在线发表于《新英格兰医学杂志》。

平均随访3.7年，与对照组相比，卡纳单抗150 mg、300 mg组的主要终点事件（首次发生非致死性心肌梗死、非致死性卒中或心血管死亡）风险分别降低15%和14%；高敏C反应蛋白水平升高的患者。

主要终点事件和因不稳定型心绞痛行紧急血运重建住院治疗）风险均降低17%。

而且，卡纳单抗的总体安全性良好，潜在致死性感染发生率约1/1000。

此外，研究显示，卡纳单抗300 mg组的癌症死亡率降低51%，致死性肺癌发生率降低77%。

该研究纳入10 061例有心肌梗死病史且持续性高敏C反应蛋白水平升高的患者。