



近年来,心脏瓣膜病领域发展迅速,尤其在经导管心脏瓣膜治疗(TVT)方面取得突破性进展。为此,欧洲心脏病学会(ESC)发布了新版心脏瓣膜管理指南(新指南),对2012年版心脏瓣膜管理指南(2012版指南)进行了更新。

鉴于TVT在中危人群中的新证据,指南扩大了TVT的适应证。对于症状性主动脉狭窄应用外科主动脉瓣置换术(SAVR)还是经导管主动脉瓣置入术(TAVR),指南强调应由外科医生和内科医生组成的心脏团队决定,且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。

2017 ESC 发布心脏瓣膜管理指南

心脏瓣膜病管理：欧美指南的“较量”

▲ 复旦大学附属中山医院心内科 潘文志 葛均波

亮点一 改进外科手术风险评估



葛均波 院士

由于TVT的发展均从外科手术禁忌或高危患者中开始,目前TAVR及二尖瓣介入的实施均需评估患者的外科手术风险,根据外科手术风险选择治疗策略。

因此,外科手术风险评估尤为重要。既往,只有外科医生关注外科手术风险评分;目前,内科医师也给予此评分更多关注。

新指南指出,既往的EuroSCORE高估了手术风险且校准能力差,不

再推荐该评分,推荐使用EuroSCORE II和STS评分。

新指南对虚弱指数、器官功能损害、冠脉疾病等合并情况也有提及,但未像“ACC/AHA瓣膜管理指南2014”(2014版ACC指南),把指标明确的、详细的列为患者外科手术风险的评估标准,故与2014版ACC指南比,新指南对外科手术风险评分评估偏于简单和笼统。

亮点四 积极干预无症状瓣膜疾病

对于无症状的主动脉瓣狭窄,BNP升高(大于3倍)手术的指征由II B升级为II A。对于无症状的主动脉瓣狭窄患者,新增I类指征:若患者静息下导管检查示肺动脉收缩压大于60 mmHg,需行手术干预。

二尖瓣反流(MR)是进展性疾病,“MR导致MR”概念已被重视。MR可导致心房、心室扩大,进而导致瓣环扩张,加重MR。

对于无症状原发性MR,且左室收缩功能保留(LVEF>60%,左室收缩末径40~45 mm),外



科修复成功率高、预期死亡率<1%、左心房增大、且可维持窦性心律,可行外科修复术(II a),此推荐相比2012版指南级别高(II B),但相比“ACC瓣膜管理指南2017年更新”(2017版ACC指南)限制更多,相对保守。

2017版ACC指南指出,对于无症状原发性MR且左室收缩功能保留(LVEF>60%,左室收缩末径<40 mm),若外科修复成功率大于95%且预期死亡率<1%,可在经验成熟的心脏中心进行外科修复术(II a, B)。

亮点二 推荐成立心脏团队及心脏瓣膜中心

由于目前TVT技术发展,瓣膜疾病不单单仅有外科手术一种方案,TVT也是备选方案。TVT的实施,需多学科的人员协同合作,因此,目前世界上许多大心脏中心成立了多学科心脏团队(MDHT)或心脏瓣膜中心。

同2014版ACC指南一样,新指南也推荐在优秀的中心成立MDHT或心脏瓣膜中心,并对心脏



瓣膜中心的要求进行详细阐述:需具备多种瓣膜疾病的外科手术及经导管手

术经验、完备的影像技术、完善的院后咨询及管理、规范的随访及数据收集。

亮点五 对生物瓣膜选择相对保守

新指南强调,对于<60岁拟置换主动脉瓣及<65岁拟置换二尖瓣的患者,首选机械瓣膜,此推荐较2012版指南没有变化。

然而,2017版ACC指南更加激进,生物瓣膜选择年龄标准为50岁。对于年龄<50岁的患者,

建议选择机械瓣膜;而年龄50~70岁,根据患者情况及个体偏好选择生物瓣膜或机械瓣膜;对于年龄>70岁者选择生物瓣膜(II a, B)。

相比机械瓣膜,生物瓣膜具有不用抗凝、没有噪音干扰、患者生活质量更高等优点。其缺点是使

使用寿命相对较短,出现衰败后再次外科手术风险高,但经导管瓣中瓣技术可弥补此缺点。

目前大量证据表明,经导管瓣中瓣治疗对外科手术生物瓣膜的治疗效果良好,在一定程度上解决了外科手术生物瓣膜衰败的后顾之忧。

亮点三 细化TAVR适应证

基于PARTNET-2研究及SURTAVI研究的结果,新指南将STS评分≥4分的患者列为TAVR适应证,而在2014版ACC指南中,STS 4~8分(中危患者)仅仅列为II A类指征(当时SURTAVI研究尚未公布)。

但除了外科手术风险评估,新指南还建议心脏团队对患者的整体情况进行评估,再做出治疗选择。

笔者认为,这是该指南最大亮点,这在其他指南或共识中均未涉及,且详细阐述可让临床实践有标准可循,具有显著的实践指导意义。

偏向TAVR的因素:STS或EuroSCORE II ≥ 4分、年龄 ≥ 75岁、既往心脏外科手术史、虚弱、影响外科手术康复的合并症、股动脉入路良好、胸部放疗后、瓷化主动脉、

冠脉旁路移植术后、胸廓畸形、可能会出现人工瓣膜-患者不匹配。

偏向SAVR的因素:STS或EuroSCORE II < 4分、年龄 < 75岁、怀疑心内膜炎、血管入路不良、冠脉高度不足、瓣环过大或过小、瓣叶形态不好、主动脉过宽、主动脉或心室血栓、存在其他需外科手术纠正的合并症。

亮点六 更新抗栓治疗策略

随着PCI及TAVR的普遍开展,瓣膜病患者的抗栓问题尤为突出,相关研究证据不断积累,因此需对此内容进行补充。

新指南建议,TAVR术后双联抗血小板治疗3个月后,终生单药抗血小板治疗(II A),出血高风险者可初始行单药抗血小板治疗(II B)。

此抗栓策略较2017版ACC指南更新保守,

其建议对于出血风险低、TAVR术后可行维生素K拮抗剂(VKA)抗凝3个月(II B, B-R);也可行阿司匹林加氯吡格雷双联抗血小板治疗6个月,再终生服用阿司匹林(II B, C)。

对于合并PCI或ACS等需双联抗血小板治疗的机械瓣膜置换术后患者,新指南建议,可行三联抗血小板治疗1~6个

月(II A),也可采用氯吡格雷加用VKA(II A);对需加用抗血小板及VKA的患者,INR可控制在较低水平,治疗窗65%~70%即可。

