

2017 ESC 冠心病双联抗血小板治疗指南解读

优化抗栓选择 重视个体化策略

▲ 解放军总医院心内科 陈韵岱

优化 P2Y₁₂ 抑制剂选择

新指南在双联抗血小板治疗 (DAPT) 药物选择方面, 再次强调了替格瑞洛在急性冠脉综合征 (ACS) 治疗的优先地位, 同时, 基于 PEGASUS-TIMI54 研究, 增加了替格瑞洛在稳定性冠心病 (SCAD) 及心梗后患者中的相关推荐。

对于没有禁忌证的 ACS 患者, 无论初始治疗策略如何, 推荐替格瑞洛 (180 mg 负荷剂量, 90 mg bid) 与阿司匹林联用, 包括使用氯吡格雷预治疗的患者 (I, B)。拟行侵入性治疗的非 ST 段抬高型

急性冠脉综合征 (NSTEMI-ACS) 患者, 诊断明确后尽快给予替格瑞洛, 在不能使用替格瑞洛时才给予氯吡格雷 (II a, C)。

替格瑞洛在 ACS 患者中的推荐与之前国内外指南推荐基本一致。新指南优先推荐 NSTEMI-ACS 患者行预治疗, 确诊后应尽快给予替格瑞洛。

新指南推荐经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 前, 行 P2Y₁₂ 抑制剂预治疗 (I, A), 中国大部分 PCI 患者, 尤其是 ACS 患者, 均给予预治疗, 因此更需关注用药时机及药物选择。

行 PCI 的 SCAD 患者, 在考虑缺血和出血风险后, 可考虑给予替格瑞洛或普拉格雷替代氯吡格雷 (II b, C)。

高缺血风险的心梗患者, 若可耐受 DAPT 且无出血, 推荐替格瑞洛 60 mg bid 联合阿司匹林用于 12 个月以上延长治疗 (II b, B)。

替格瑞洛 60 mg 在长期 DAPT 治疗中的推荐, 无疑给 SCAD 或心梗后患者提供了新的治疗选择。但在使用时仍需综合判断出血与缺血风险, 选择适合患者的方案。

口服 P2Y₁₂ 抑制剂转换新方法

在 DAPT 治疗中, 经常会遇到 P2Y₁₂ 抑制剂转换问题, 新指南对于如何换药给出了具体推荐, 使医生在日常操作中有据可循。

对于之前服用氯吡格雷的 ACS 患者, 不论其之前服用氯吡格雷的时间和剂量, 在入院早期推荐其改用替格瑞洛 180 mg

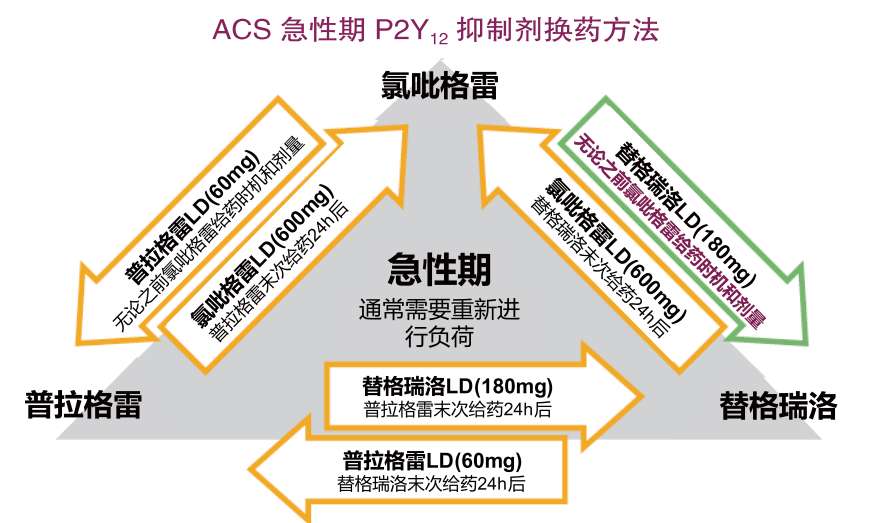
负荷剂量, 除非有替格瑞洛禁忌证 (I, B)。

该推荐主要基于 PLATO 研究, 是目前唯一在具有临床终点评估效能的研究中被证实的 P2Y₁₂ 抑制剂的换药途径。

对于出院后慢性期的患者, 氯吡格雷换为替格瑞洛不需给予负荷剂量, 直接氯吡格雷给药 24 h

后给予替格瑞洛 90 mg bid 即可。

对于 ACS 患者不推荐替格瑞洛换为氯吡格雷, 但如有特殊情况, 指南推荐以下转换方法, 即替格瑞洛转换为氯吡格雷不论是在院内急性期还是出院后慢性期, 需替格瑞洛给药 24 h 后给予负荷氯吡格雷 600 mg。



DAPT 疗程强调个体化

新指南针对不同诊断、不同治疗策略患者的 DAPT 疗程进行了更新。建议根据患者具体情况, 综合考虑患者的缺血与出血风险, 以决定 DAPT 治疗时长, 制定个体化治疗策略。

无论置入 DES/BMS 或 DCB (药物涂层球囊), 均推荐 ACS 患者行阿司

匹林联合 P2Y₁₂ 抑制剂的 DAPT 持续 12 个月, SCAD 患者持续 6 个月 (I, A); 置入可吸收支架 (BRS) 的 ACS 或 SCAD 患者, 推荐 DAPT 至少 12 个月 (II a, C); 对既往有心梗的 ACS 患者, 如处于高缺血风险、可耐受 DAPT, 且无出

血并发症, 推荐 DAPT 延长至 12 个月以上 (II b, B)。

此外, 新指南对特殊人群 DAPT 疗程的推荐进一步细化: 对有过支架内血栓形成、下肢动脉疾病、接受过复杂 PCI 术的患者, DAPT 用药疗程应考虑延长。

新风险评分 指导 DAPT 疗程调整

新指南推荐行 DAPT 不同持续时间的患者, 进行获益与危害风险评分, 以此指导疗程 (II b, A)。新指南特别推出新的风险评分 (PRECISE-DAPT 评分)。

该评分相对简单, 各项数据容易获得。对于高出血风险 (例如 PRECISE-DAPT 评分 ≥ 25 分) 的稳定性冠心病患者, 应考虑行 3 个月的 DAPT (II a, B); 对于高出血风险的 ACS 支架术后患者 (例如 PRECISE-DAPT 评分 ≥ 25 分), 应考虑 6 个

月后停用 P2Y₁₂ 抑制剂 (II a, B)。

PRECISE-DAPT 评分和 DAPT 评分均用来指导 DAPT 疗程, DAPT 评分侧重于延长 DAPT 评估, PRECISE-DAPT 评分侧重于出血风险评估用以指导 DAPT 缩短疗程。

二者互为补充, 对临床具有一定指导意义。但二者均主要来自西方人群, 是否适合中国患者有待验证。我们有必要在未来进一步探讨中国人群的风险评分, 以更好的指导中国患者治疗。

重视 DAPT 治疗期间 出血风险管理

新指南首次对 DAPT 使用减少出血风险策略进行了推荐: 选择桡动脉入路 (I, A); 控制 ASA 用量 75~100 mg (I, A); 联用 PPI 预防消化道出血 (I); 不推荐择期支架置入前后, 通过常规行血小板功能检查调整抗血小板治疗方案 (III, A)。

对于行 DAPT $\pm$ 口服

抗凝药物治疗者, 如发生轻微或小出血应继续 DAPT 治疗; 发生中度出血者, 可使用单一抗血小板治疗 (SAPT), 优选 P2Y₁₂ 抑制剂, 安全后尽快恢复 DAPT; 严重出血和危及生命的出血者, 一旦出血停止, 再次评估需 DAPT 还是 SAPT, SAPT 优选 P2Y₁₂ 抑制剂。

总之, 新指南着重强调了 DAPT 药物优化策略及治疗时长, 将个体化治疗进一步升华和具体, 以实现患者获益最大、风险最小, 无论从整体还是个体, 从证据还是实践, 都为我们做临床决策提供更好的指导。在临床操作中, 我们还需结合其余指南推荐及中国实践, 多维度分析。

不同诊断、不同治疗患者的 DAPT 方案图

