

中国急性心梗防治策略全方位解析

近日，中国医学科学院阜外医院蒋立新教授等进行的 China PEACE 前瞻性心梗研究最新结果提示，我国急性心梗患者从症状发生到入院的时间为 4 h，而且 29% 的患者超过 6 h (Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 6 月 7 日在线版)

数据显示，虽然 94% 的患者报告了胸痛或胸部不舒服的典型症状，且 84% 报告了其他缺血症状，但只有不到一半 (43%) 的患者知道这些症状与心脏问题相关。在所有患者中，50% 报告延迟寻求医疗救助者和大部分急救时间延长者，都可以归因于“症状看起来没有严重到需要急救的程度 (27%)”和“过会儿症状就会消失了 (24%)”的想法；极端延迟 (>6 h) 的患者中这些情况更严重 (图 1)。

研究者认为，要改善我国急性心梗诊疗，未来应从三方面抓起：一是改善公众对心梗症状以及及时就医的认知；二是针对容易延迟入院的患者群体，制定适宜政策；三是开发和利用新颖、多维的工具和平台去加强患者教育，比如各种新媒体、APP 等。

《医师报》特邀请上海市胸科医院何奔教授、解放军广州总医院向定成教授、首都医科大学附属北京安贞医院聂绍平教授和山东大学齐鲁医院陈玉国教授分别就心梗的治疗、并发症的处理以及全程管理阐述了自己的观点。

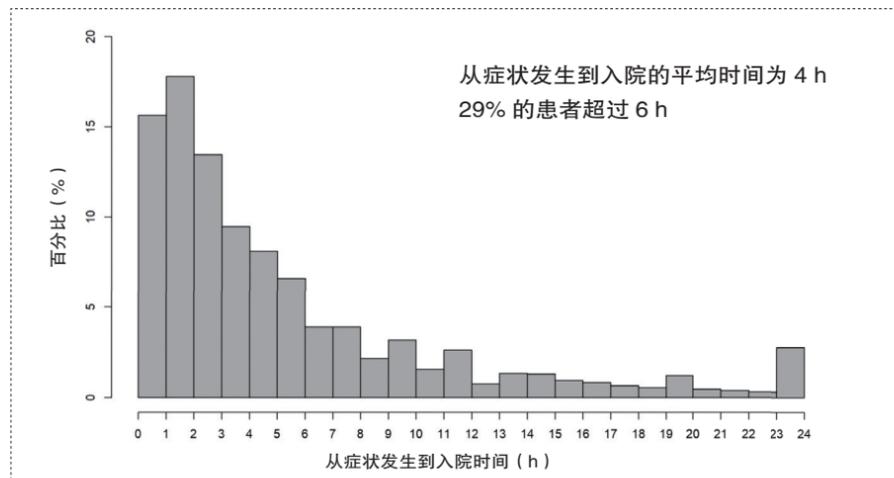


图 1 心梗患者从症状发生到入院的时间分布

急性 ST 段抬高型心梗：选择溶栓还是直接 PCI 有讲究

▲上海市胸科医院心内科 何奔

STEMI 临床抉择关键四点

第一 起病的长短

患者从发病到接受医治的时间是首先要考虑的，发表于 Lancet 的 CAPTIM 研究中，发病 2h 内的急性心梗患者，接受溶栓治疗比直接 PCI 治疗更能降低其死亡率，而大于 2h 后直接 PCI 治疗效果

更佳。2009 年发表于欧洲心血管杂志上的对于 CAPTIM 研究患者的 5 年随访结果也得出了相类似的结果。

另一项发表于欧洲心血管杂志上的 PRAGUE-2 研究也认为起病 3 h 内接受溶

栓和直接 PCI 治疗效果是相似的，晚于 3 h 的接受介入治疗更好。因此 2004 年美国 AHA/ACA 急性 STEMI 指南认为起病 3 h 内两种方法都可以被采纳，大于 3 h 则更倾向于介入治疗。

Tarantini 等进一步探讨了如何综合考虑患者各方面的特征以决定合适的再灌注策略，将其转化为了如下公式：

$Z = 0.59X - 0.033Y - 0.0003W - 1.3$ 。其中 Z 表示 30 d 内直接 PCI 减少死亡率优于溶栓治疗的值，X 为死亡率危险因子，Y 为直接 PCI 相关延迟时间，W 为症状的延迟时间。通过这个公式我们可以看到，决定可以容忍的延迟时间最主要的依据是死亡率危险因子，越高危的患者直接 PCI 越“经拖”，其次为 PCI 相关延迟时间，再次为起病时间。

由此可见，在为 STEMI 患者选择适合的再灌注治疗方案时，作为医生不能单纯的依据某一个方面就草率的做出决定，而是要综合的考虑患者多方面的因素。

只要我们从上述四方面入手，全面的评估患者的情况，就一定能够为患者找到最为合适的再灌注策略，从而使得 STEMI 患者的临床预后得到最大程度的改善。

(下转第 9 版)



何奔 教授

随着我国居民物质生活水平不断提高，缺乏运动、营养过剩、吸烟等不健康生活方式的流行趋势日渐严重，冠心病的发病率、致死致残率近年来正不断增高，而心梗又是冠心病中致死致残的主要原因。

溶栓 OR 直接 PCI 各有利弊

一旦发生急性 ST 段抬高型心梗 (STEMI)，第一时间使得冠状动脉的血流供给得以恢复，也就是对于心梗患者实施再灌注治疗是心梗治疗的关键，可以说，时间就是心肌、时间就是生命，再灌注治疗被公认为是挽救生命的最佳策略。再灌注治疗包括了药物 (溶栓) 与机械 (介入) 两大方法。这两种方法都以被证实对于心肌的再灌注是行之有效的。

不管何种方法，他们的有效性都有依赖于时间，都需要尽快达到有效、充分且持续的心肌血流灌注。但是这两种方法都各有利弊。

溶栓的优势在于快速，简便易行，任何医院，任何医生在经过了基本的培训后都可以 24 h 的提供给心梗患者以溶栓治疗。相对于溶栓治疗，直接介入 (直接 PCI) 治疗受导管室数量限制，且需要经过长期训练的有经验的手

术小组，这势必会导致时间上的延误。

在多数临床试验中，选择直接介入治疗导致的患者接受再灌注治疗时间上的延误约 60~90 min，而在实际临床操作中直接 PCI 相对于溶栓所造成的延误将更长。在美国未入选临床试验的患者中只有 30% 的入院至球囊扩张时间 (D2B) 小于 90 min。这与“时间就是心肌”的再灌注治疗核心原则是相背离的。

但是溶栓治疗也存在着难以避免的缺陷，临床资料显示，只有 29%~54% 的溶栓患者能够达到 TIMI3 级血流，持续而有效的冠脉血流灌注仍是选择溶栓作为再灌注治疗时的最大障碍，而直接 PCI 治疗后的冠脉 TIMI 血流 3 级可以达到 90% 以上，且持续而可靠。因此，如能及时接受直接 PCI，在再梗死发生率、卒中总发生率及自发性脑出血发生率上直接 PCI 都占有优势。

第二 拖延的时间

患者由于选择接受直接 PCI 治疗所可能导致的再灌注治疗时间的延误是第二个需要考虑的问题。这一延误的时间一般用入院至球囊扩张时间 - 入院至溶栓时间 (DB-DN 时间) 表示，Nallamotheu 等研究发现，随着 DB-DN 时间的

增加，直接 PCI 相对于溶栓的优势的下降呈现出线性关系，PCI 相关的延迟每增加 10 min，与溶栓间的死亡率的差异将减少 1%，当 DB-DN 时间超过 62 min 时，直接 PCI 相对于溶栓治疗将失去其优势。

Pinto 等发表于 Circulation

杂志上的一篇文章，分析了 192 509 例患者的数据后也得出了相似的结论。认为当 DB-DN 时间大于 114 min 时直接 PCI 相对于溶栓治疗将失去其优势。指南中也指出当 DB-DN 时间 > 90 min 或者 DB 时间 > 1 h，倾向于选择溶栓治疗。

第三 患者本身的风险

患者病情的危重程度也是选择溶栓或者直接 PCI 做为再灌注治疗的重要依据之一。2005 年发表于 Circulation 杂志上的 DANAMI-2 研究提示，以 TIMI 危险评分作为依据，

将 1~4 分的低危患者与 5 分的高危患者分为两组相比较，选择直接 PCI 能使高危患者组的 3 年内死亡率显著下降，而低危患者组的改善则不明显。

也就是说，越是高危

的患者，直接 PCI 越能使之获益，而相对低危的患者则可以考虑选择溶栓作为其再灌注策略。指南指出对于高危患者 (心源性休克，killip ≥ 3 级)，应倾向于选择介入治疗。

第四 综合考虑每例患者的特征

每个患者都是个性化的，其发病时间、年龄、梗死部位、危险因素、直接 PCI 导致的延迟时间都各不相同，选择再灌注治疗方法时应充分考虑每例患者的自身特征。在这方面，指南尚未给出明确的建议。

但是，2006 年 Pinto 等在发表于 Circulation 杂志上的文章中提出，可以综合考虑患者的发病时间、年龄及梗死部位这三方面的因素来选择合适的再灌注策略。比如发病时间小于 2 h，年龄小于 65 岁的

前壁心梗患者最不“经拖”，在 DB-DN 时间超过 40 min 时介入治疗就已失去优势。而发病时间超过 2 h 的，年龄大于 65 岁的非前壁心梗患者最“经拖”，在 DB-DN 时间超过 179 min 时介入治疗才失去优势。