

(上接第8版)

急性心梗合并心脏破裂的救治策略

▲首都医科大学附属北京安贞医院心内科 聂绍平



聂绍平 教授

心脏破裂是急性心梗(AMI)早期死亡的第二大原因,其发生率约为1%~6%,在AMI死亡患者尸检发生率可高达12.5%~65%。一旦发生心脏破裂,其死亡率可高达75%~90%。目前,无论是在上游预警、早期诊断、急诊救治、基础与临床研究等方面均亟待加强。

第一 起亟待建立上游预警体系

目前已初步确认高龄、女性、低体重、初次心梗、梗死后血压升高、持续性ST段抬高、前壁心梗、就诊时间延迟、未行早期再灌注治疗、再灌注时间延迟、心率增快、细胞计数升高等

与心脏破裂的发生相关。研究显示,女性发生率是男性的4倍,且多发生于60岁以上的老年患者,高血压患者的发生率是血压正常者的3倍。然而,上述临床特征缺乏特异性,无法建立有

效预警体系。实验研究显示,部分心脏破裂可能与遗传因素相关,但尚待在人体进一步研究验证。结合临床特征、特征性标记物以及遗传学等有望建立心脏破裂的上游预警体系。

第二 早期识别亚临床型心脏破裂患者

心脏破裂往往起病急,发病凶险,一旦发生可在短期内死亡。因此,早期识别血流动力学尚稳定的亚临床型患

者,有望显著改善预后。目前尚未发现破裂相关心脏标记物;在无创影像学方面,无论是超声心动图、超声声学

造影、心肌核磁显像还是心肌核素均未发现有意义的早期破裂征象。心室造影可行性较差,也难以别微小心肌破口。

第三 及时明确心脏破裂诊断至关重要

研究证实,心脏破裂若能及早诊断,及时救治存活机会显著提高。心梗患者突发严重的心衰、休克、心包积液和电机械分离提示心

脏破裂。研究报道,首次心梗且发病后无明显心衰的患者突发的电机械分离诊断心室游离壁破裂的预测精度达95%。由

于救治时间窗短,临床医生不能过度依赖超声等特殊检查,而应结合病史和临床表现迅速明确诊断,以便及时展开救治,提高患者存活率。

第四 应建立院内心脏破裂的救治体系

完整的救治体系应包括急诊心包穿刺引流、血液净化回输、循环辅助支持(ECMO等)、重症救治与生命支持、外科手术等。

对于合并心包压塞且血流动力学不稳定的患者,应积极行急诊心包穿刺,并尽可能采用血液净化回输,为进一步治疗赢得时间。对于生命体征稳定的患者,不宜急诊心包穿刺,否

则可能增加心包腔负压,导致出血增多和破口扩大等。另有一些研究报道,循环辅助装置(如IABP、ECMO)的合理使用有助于维持心脏破裂患者的血流动力学稳定。

研究证实,心室游离壁破裂和室间隔破裂患者外科手术患者的死亡率显著低于未行手术治疗的患者,且手术治疗显著缓解

室间隔破裂的左向右分流。然而,手术治疗也面临诸多困难,如接受手术治疗患者的比例低、手术难度大、术后死亡率高等。

此外,手术治疗的时机仍有诸多争议。近年来的研究发现,经皮室间隔破裂封堵术对室间隔破裂的患者有不错效果,未来有望成为室间隔破裂外科手术的替代方法。

总之,急性心梗合并心脏破裂的基础与临床研究均极不充分,也缺乏明确的指南和

专家共识。未来需要更多的相关研究揭示心脏破裂的发病机制以及早期预警、识别、

诊断方法,并建立完善可靠的救治体系,从而改善心脏破裂患者的预后。

AMI患者5项生物标志物快速诊断策略

▲解放军广州总医院心内科 向定成



向定成 教授

部分急性胸痛患者可以找到充分的客观证据明确诊断急性冠脉综合征(ACS),但其中部分患者无法快速确认。生物标志物的应用,为快速诊断提供了依据。

ESC 0~3 h 诊断流程

如果hs-cTn的首次检测值和3h后检测值均在正常范围,且满足以下2个条件:无胸痛症状和GRACE评分<140分,就可以排除AMI。

如确认胸痛发作>6h,做1次检测即可,若首次检测值明确升高或3h后检测值较前有相应的变化则可以诊断AMI。

作为AMI的排除诊断该诊断流程适用于所有hs-cTn和其他一些敏感的cTn。假设hs-cTn在1h左右出检测结果,那么约在入

院4h内可以做出诊断。

ESC 0~2 h 诊断流程

该诊断流程应用2h内hs-cTn的绝对检测值变化做出诊断,具有较高的阴性预测值和敏感性。如果从首次检测至2h检测值没有变化且均在正常范围内,则可以安全地排除AMI诊断。

近60%的患者使用该诊断策略可以快速排除AMI,对AMI患者的阳性预测值>75%,10%~15%的胸痛患者在入院2~3h内可以做出早期诊断。

ESC 0~1 h 诊断流程

0~1h诊断流程与0~2h诊断流程一样,都是基于hs-cTn检测值的变化。该诊断流程不需要进行风险评分,即使患者心电图有轻度异常或非特异性改变。该策略能够有效的对约75%的患者做出准确处置:其中60%的患者可以排除AMI;15%的患者可以确诊为AMI。

假设hs-cTn在1h左右出检测结果,那么约在入院2~3h以内可诊断。而对于无法排除或确诊而进入观察期的患者,仍需要做3h检测,在入院后4~5h做出最终判断。

联合 cTn 与和肽素

双标志物诊断策略联合了cTn与和肽素两种标志物,利用不同检测水平进行诊断。当使用传统的cTn进行检测时,联合检测具有较高的诊断价值,而使用hs-cTn时,联合检测的诊断价值被削弱。

两种标志物均为阴性才可以得到阴性预测值,而该值取决于cTn检测方法的敏感性。对于AMI发生率为10%~22%的研究人群中,使用hs-cTnT或cTnI的99%正常参考值与和肽素的阴性参考值(如<10pmol/L)可以达到96%~99%阴性预测值。

首次 hs-cTn 结果阴性或检测值极低的诊断策略

极低的hs-cTn检测浓度在AMI的诊断中具有较高的阴性预测值。

考虑到cTn的释放具有时间依赖现象,该策略应仅用于就诊急诊科前已发作胸痛至少2~3h的患者。联合该诊断策略和0~1h诊断策略用于排除诊断具有明显的优势

该方法由于只需要一次抽血检测,检验费用不昂贵实用性高,从而简化了诊断流程。

建立从发病至康复的全程管理体系

▲山东大学齐鲁医院急诊科 陈玉国



陈玉国 教授

因此,急性心梗的全程管理有了更为广义的概念,即针对病因、诊治、二级预防的过程管理和以心肌保护为核心的策略管理。其中,不断发展的包括胸痛中心在内的各种诊治模式,在急性心梗救治中体现出越来越重要的地位。

早期,急性心梗救治主要关注:快速识别、尽快开通IRA、减少心源性猝死等。随着对疾病认识的不断深入,胸痛中心建设并建立区域救治体系逐渐成为急性心梗管理的重点。

全程管理中,“战线前移”思想也逐渐被重视,心电图的远程传输、POCT上车、配备高质量多功能除颤仪及相应抗栓药物等进一步缩短了医疗接触至有效救治的时间。

随着CCU、EICU等重症监护病房的建设,医疗技术的开展和人才梯队的完善,针对高危患者的呼吸

机、IABP、ECMO等辅助装置的应用也逐渐成为常规手段。为了进一步宣传疾病知识,类似“胸痛齐鲁行”的宣传培训活动也大范围开展,向群众宣传“有胸痛、到医院”的理念、培训基层医生早期识别疾病的能力。

急性心梗救治贯彻“双纵双横”战略。“双纵”是:坚持急性心梗患者救治过程中院前、院内、出院后随访一体化管理的策略;坚持人群预防、患病群体救治及康复管理多管齐下的思路;“双横”:坚定不移地推进从经验医学向循证医学、进而精准医学递进的发展思路;检查基础、转化和临床研究百花齐放。

总之,全面提升急性心梗救治能力,必须坚持从社区、院前、急诊、导管室、心内科、出院后康复及预防复发的全程管理,从而为实现“2030健康规划”做出我们的贡献。