



医师报

2020年9月24日

本版责编：黄晶
美编：杜晓静
电话：010-58302828-6858
E-mail: ysbhuangjing@163.com

ACADEMIC
学术

B1~B8 版

B1

ESC 非 ST 段抬高急性冠脉综合征新指南解读

更新心电图诊断标准及危险分层定义

▲复旦大学附属中山医院心内科 葛均波 孔令秋

时隔5年，欧洲心脏病学会（ESC）再次更新非ST段抬高急性冠脉综合征（NSTEMI）指南，与其他三部指南相比，这部指南改动最为明显，部分内容甚至颠覆了之前的定义及理解。



从诊断到预后 新指南皆更新

关于诊断及危险分层

作为NST-ACS诊断的重要工具，新指南主要强调了心电图和高敏心肌钙蛋白（hs-cTn）。其中心电图推荐建议和级别，较5年前没有太大变化，依然强调FMC10 min内完成12或18导联心电图检查，并进行动态复查。在进行急性冠脉综合征（ACS）分类时，强调ST段抬高>20 min才称作为ST段抬高型心肌梗死（STEMI），不然只是一过性ST段抬高；完全性右束支传导阻滞患者中，ST段抬高表明STEMI，AVL V5~6压低提示NSTEMI。

hs-cTn的抽血时机和复查时机较以往有较大变化。2015版ESC指南使用的是0 h/3 h的计算方式，对于胸痛持续时间是否超过6 h做了一定的区分。2020年指南则建议，如果有经过验证的0 h/1 h算法的hs-cTn测试可用，则建议使用ESC 0 h/1 h算法，血样采集时间为0 h和1 h。如果0 h/1 h算法的前两次心肌钙蛋白测量结果不确定，且临床状况仍提示ACS，建议在3 h后进行额外的测试。

需要强调的是，对于发病时间小于1 h的患者，仍然建议使用老版本的0/3 h的计算策略。此外，肌钙蛋白阳性还需考虑其他干扰因素，如年龄、肾功能、胸痛发作的方式（持续或间断）、性别以及其他可以引起肌钙蛋白升高的疾病（心衰、肺栓塞、主动脉夹层、败血症等）。



葛均波 院士

心血管影像更新解读

在新版ESC指南中，心脏彩超的地位进一步上升，对于心脏骤停或假定为心源性血流动力学不稳定的患者，建议使用超声心动图，并由训练有素的医生在12导联心电图后立即进行。这就提示心脏专科医生，超声心动图应作为必备技能进行掌握。

对于低可能性或低危的患者，目前的指南更加的保守，倾向于使用负荷试验（无论是运动平板、负荷心脏彩超、负荷CTA、负荷心肌核素、负荷心肌磁共振）。

关于心脏监护

在确定或排除NSTEMI的诊断之前，建议在胸痛中心监护室持续监测心律。对于心律失常风险较低的NSTEMI患者，建议进行长达24 h的心率监测或直到PCI（拟PCI时间超过24 h则只监护24 h）对于NSTEMI的患者。如果患者致死性心律失常风险增加，建议进行>24 h的心律监测。

预后判断

除了其诊断作用外，建议连续测量hs-cTn以估计预后，除此以外，BNP/NT-proBNP也是评估预后的重要指标。但其它生物标记物，如A型利钠肽、高敏C反应蛋白、GDF-15、h-FABP或肽素，在常规风险或预后评估中，不建议测量。



阅读原文
扫一扫

抗血小板治疗建议

对于接受PCI治疗的患者，如果没有禁忌证，建议阿司匹林的初始口服剂量为150~300 mg（或75~250 mg静脉注射量）。对于长期治疗，每日口服剂量为75~100 mg，除非有禁忌证或出血风险过大，还建议使用P2Y₁₂受体抑制剂，并维持12个月以上。

对于冠状动脉解剖结构未知的患者，不建议使用GP II b/ III a拮抗剂和P2Y₁₂受体抑制剂常规进行治疗。

新指南，采纳了最近几年发表的几项重要研究，开始更加重视出血风险及安全性。对于没有进

行冠脉造影及PCI治疗的患者，尽可能减少积极的双抗治疗，以规避风险。

PCI术后需要延长双PCI术后需要缩短双抗时间，如出血高风险的患者应考虑在3个月后停止P2Y₁₂受体抑制剂治疗。

为了平衡缺血和出血风险，接受DAPT治疗的

患者在支架植入后，应考虑在3~6个月后停用阿司匹林。

P2Y₁₂受体抑制剂降阶治疗（如从普拉格雷或替卡格雷转为氯吡格雷）可被视为一种替代性的DAPT策略，尤其是不适合有效血小板抑制的ACS患者。

提供最新抗凝治疗方法

除抗血小板治疗外，根据缺血和出血风险，在诊断时，尤其是在血运重建过程中，建议所有患者进行肠外抗凝治疗。其中，比伐卢定地位较前有所下降，仅作为UFH的替代（II b A）；不建议交替使用普通肝素和低分子肝素（III B）。

PCI期间，所有NOAC最后一次给药的时间，以及VKA治疗的患

者INR<2.5，都建议额外的肠外抗凝治疗与STEMI指南相同，PCI术后可继续使用抗凝，除非有其他需要抗凝的情况，如房颤、人工瓣膜等。对于需要长期口服抗凝治疗的患者，围手术期应考虑使用VKA或NOACs进行不间断的抗凝治疗。

对于AF和CHA₂DS₂-VASc评分男性≥1分，女性≥2分的患者，在短

暂的三联抗栓（TAT）治疗后（从急性事件开始到1周），建议将双联抗栓治疗（DAT）作为默认策略，使用推荐剂量的NOAC预防中风，并使用单一口服抗血小板药（最好是氯吡格雷），并且在12个月后停用抗血小板治疗。

新指南对于高出血风险的患者，更偏向于安全，三联时间进一步缩短至1

周，双联时间从1年缩短到6个月；只有高缺血风险的患者，也仅仅将三联治疗维持在1月的水平而不是原来的半年。

新指南提供了新的治疗方法：使用OAC+替格瑞洛/普拉格雷的抗栓方法去替代TAT，但是推荐水平和证据级别都不是很高，这种方案使用时间，依然需要更多地临床试验来回答。

介入治疗时机及危险分层

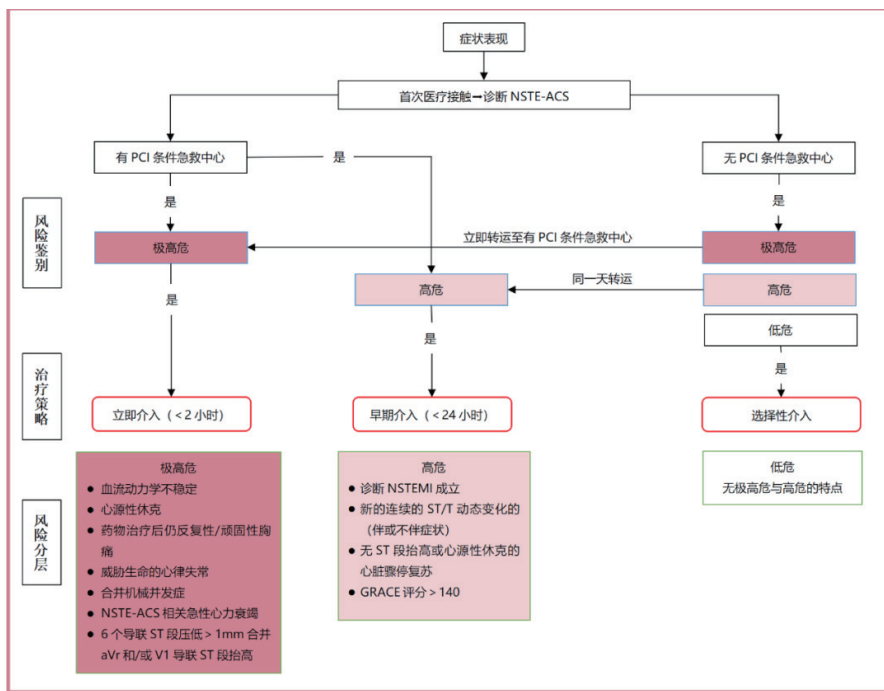


图1 根据初始危险分层选择非ST段抬高急性冠脉综合征的治疗策略和时机

对于至少有以下一种极高危风险标准的患者，建议立即采取侵入性治疗（<2 h）：血流动力学不稳定、经药物治疗后复发或顽固性胸痛、致命性心律失常、心梗后机械并发症、明确与ACS相关的急性心衰、至少6个导联ST段压低>1 mm同时伴有

AVR和（或）V1导联ST段抬高（图1）。

对于以下任何一种高风险标准的患者，建议在24 h内进行早期侵入性治疗：明确为NSTEMI诊断、动态的ST-T改变提示持续性缺血、一过性的ST段抬高、GRACE评分>140。

在缺血试验或CCTA检测到阻塞性CAD后，建议对低风险患者采用选择性侵入性治疗。对于在院外心脏骤停后成功复苏的血流动力学稳定的患者，应考虑延迟而不是立即血管造影。

这些推荐，较2015版指南有了较大更新，新

版本直接删除了中危的分层，指出即使该患者有各种高危因素，但是只要不符合极高危和高危标准，均可以先接受非介入策略，明确有阻塞后再行介入治疗；ST段一过性抬高（不超过20 min）放在了高危的标准中。

动态变化这个原本模糊的定义在新指南中被整合，可以看老版本的指南，极高危指ST-T反复动态变化，高危指ST动态变化，这两个定义如何完全区分开来本就是个难题，现在全部整合为高危组。这对于临床医生识别高危患者，提供了更为简单的操作方法。

极高危组加入了AVR导联的抬高（6+1），但在心电图的研究中，多认为系左主干病变或左主干等危症，究竟属于STEMI还是NSTEMI，却存在争议，新指南的定义更加明确，这是一个极高危的NST-ACS。总体来说，个人认为新指南的分类比2015版更加清晰。