

预防医学

胡大一 弥补裂痕 重在预防

近期,《中国心血管病一级预防指南》发布,北京大学人民医院胡大一教授强调,要落实指南,需要从根本上改变医疗机构与从业人员多年来重治轻防,甚至只治不防的现状。

目前预防为主的方针仅是空喊的口号,如不从根源、机制和政策环境(将健康融入所有政策)方面解决医疗逐利问题,则不能弥合临床医学与公共卫生以及预防医学日益加深

的裂痕,很难真正实现预防为主和“以治病为中心”向“以人民健康为中心”的转移。

冠心病

韩雅玲 冠心病抗栓新视角

北部战区总医院韩雅玲院士表示,目前新型冠脉药物洗脱支架(DES)及新型抗血小板药物已在临床常规应用,双联抗血小板治疗(DAPT)的降阶治疗策略,已成为新近学术界探索的主流方向。

因非瓣膜性房颤等需应用口服抗凝药(OAC)的患者,行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)后仍需要进一步接受DAPT,建议使用评分工具(如CHA₂DS₂-VASc和GRACE评分等)评估出血风险,并尽量缩

短三联抗栓的疗程或改为双联抗栓。

在决定DAPT策略前,应充分权衡患者的缺血和出血风险,以利于正确选择治疗策略,使患者获益最大化。有关个体化抗栓治疗的高质量大型随机对照研究为国内外相关指南的更新和制定提供了有力的循证医学证据。但是,现有研究结论的有效性和安全性仍亟需更多高水平的临床研究证据来指导和验证。

张运 介入治疗治标不治本

中国工程院院士、山东大学齐鲁医院张运院士表示,为什么在中-重度心肌梗死的心脏性猝死(SCD)患者中,PCI不能改善长期预后呢?

“冠脉狭窄=心肌梗死=患者死亡”的传统观念可能是过于简单的推测,临床上解除冠脉狭窄不一定纠正心肌缺血,而治疗心肌缺血不一定能降低患者死亡率,尚需深入研究。

动脉粥样硬化(AS)是涉及全身血管的弥漫性病变,PCI只是“万绿丛中

一点红”的局部治疗,牵一发而难以动全身;PCI依靠机械扩张治疗狭窄病变,虽可缓解症状但不影响AS进程,可谓治标不治本。

“罪犯”和“非罪犯”病变导致心血管事件的危险相似,而后者主要是非阻塞性冠脉易损斑块,PCI无法解决此类病变。

在阻塞性和非阻塞性SCD患者中,冠脉微血管疾病的发生率高达50%,这些病变可导致心肌缺血和不良预后,但PCI无法解决。

于波 OCT是可靠的成像手段

哈尔滨医科大学附属第二医院于波教授表示,光学相干断层显像(OCT)是揭示急性冠脉综合征(ACS)病变特点最可靠的成像手段之一。临床实践中,并非所有斑块侵蚀均适合药物治疗,也并非所有斑块破裂都需要置入支架。在生物可吸收支架

(BRS)问世并不断应用的“介入无置入”时代,OCT的临床应用价值将进一步凸显。

在BRS PCI时代,OCT有助于了解支架置入后的详细贴壁、膨胀、内膜修复等情况,具有更准确、更清晰的优势,得到了充分认可。

结构性心脏病

葛均波 结构心脏病学是介入第四次心脏革命

中国科学院院士、复旦大学附属中山医院葛均波院士表示,结构性心脏病是近年来心血管介入领域发展最快的方向。结构性心脏病新技术开启和代表了介入心脏病学的发展方向。

次心脏革命。介入性心脏病学第一次革命是起源1929年的有创性导管检查的技术,如心导管检查、冠脉造影及电生理检查等。

第二次革命以单纯球囊扩张为主的导管治疗技术,如冠脉球囊扩张术、肺动脉瓣球囊扩张技术和二尖瓣球囊扩张成形技术。

第三次革命是以简单置入物(冠脉支架、先心封堵器)或者简单起搏、消融技术为特征的技术。

第四次革命是以复杂置入物、输送系统或精准介入为特点,是导管介入技术和生物医学工程技术到了高阶阶段的产物。

王建安 新器械助力介入发展

浙江大学医学院附属第二医院王建安教授表示,二尖瓣返流(MR)是常见的瓣膜性心脏病,过去十年间已经发展了多种经导管治疗MR的介入手术方法,其中缘对缘修复技术,正日益得到重视。

由于右心衰竭患者较左心衰竭患者其临床症状较轻且预期寿命较长,“被遗忘的瓣膜”三尖瓣常被重视。由于相对较高的

手术风险和有限的临床获益,指南中并没有I级推荐对单纯的三尖瓣关闭不全行外科手术修复治疗。近年来,随着经导管瓣膜修复技术的成熟,越来越多的缘对缘器械为三尖瓣返流提供了治疗方案。

目前,越来越多的缘对缘的夹闭器械被运用于二尖瓣及三尖瓣修复领域,多项临床研究证实了其安全性、有效性以及耐久性。

肺动脉高压

陈绍良 肺动脉高压治疗方兴未艾

南京医科大学附属南京医院陈绍良教授表示,肺动脉高压(PAH)是一种致命的疾病,根据WHO的定义,PAH主要被归为第I大类肺动脉高压,但仍有其他不同病因继发性肺动脉高压(PH)。右心导管测量的静息时平均肺动脉压(mPAP)≥25 mmHg和PVR>3 woods是诊断所有毛细血管前性肺动脉高压的两个关键标准。然而,

肺毛细胞管楔压(PCWP)或肺动脉闭塞压(PAOP)>15 mmHg是区分第II大类肺动脉高压与其他病因的另一个关键标准。

总之,交感神经过度激活在PAH/PH的进展中起着重要作用,是临床预后的独立预测因素。经皮肺动脉去神经术(PADN)推荐用于PAH的常规治疗之前,还需要进一步的研究。

黄岚 高原心血管病防治有了中国标准

陆军军医大学第二附属医院黄岚教授团队多次进驻高原地区开展现场研究,建立了全球最大的高原生物医学样本库,进一步系统研究了急进高原人群心血管系统变化特征、临床意义以及高原心血管疾病防治的新策略。

团队提出肺动脉压力升高是急性高原暴露的主要心血管响应结果之一,并系统阐述了高原肺血管疾病的发

病机理,为高原心血管疾病的防治提供了理论基础。

他们开创性提出高原临界肺高血压理念。吸入性激素布地奈德能够有效预防高原肺水肿发生,且较口服激素制剂不良反应更小。

黄岚教授领衔制定了《中国肺高血压诊断和治疗指南》,专门就高原肺高血压的临床诊疗进行规范,提高了我国肺高血压临床诊治水平。

房颤

马长生 房颤进入节律控制时代

首都医科大学附属北京安贞医院马长生教授表示,房颤治疗即将进入节律控制时代。对于1年内新诊断的房颤,包括初诊、无症状和持续性,应首选合理的抗心律失常药物(AAD)或导管消融进行节律控制以改善预后。

对于诊断1年以上的房颤:其一,长期持续性房颤节律控制

优势可能不大;其二,诊断>1年的阵发性房颤,合理的AAD和导管消融仍可改善预后;其三,房颤导致心衰的患者,导管消融可明确改善其预后。

病史<1年的偶发且房颤负荷很低的患者,虽符合EAST-AFNET4入选标准,但是否给予AAD或导管消融可能会有争议。

杨杰孚 房颤治疗日趋成熟

北京医院杨杰孚教授表示,房颤的临床诊断中,新指南强调,心电图记录对于诊断房颤是必须的。

预防房颤血栓栓塞事件:对于出血风险的评估,应考虑使用HAS-BLED评分,对于高出血风险的患者(HAS-BLED评分≥3分),应考虑尽早且频繁地进行临床检查和随访。

在充分衡量血栓栓塞风险后,房颤的药物复律仅适用于血液动力学稳定的房颤

患者。房颤患者是否进行导管消融,推荐综合考虑房颤手术风险、术后复发风险,并与患者充分讨论后再进行决定。应建议患者改变生活方式,严格控制危险因素,避免触发房颤发作。

推荐将危险因素和伴随疾病的识别和管理纳入房颤患者的综合管理。建议改变不健康的生活方式,针对性治疗并发症,以减少房颤负担和减轻症状;建议对高血压患者进行房颤筛查。