

中国首部《冠心病双联抗血小板治疗中国专家共识》发布 共识规范又实用 双抗治疗更灵活

扫一扫
关联阅读全文

医师报讯(融媒体记者 黄晶)“对冠心病治疗来说,无论是以血栓事件为主要临床表现的急性期患者,还是在冠心病发展进展过程中其他各阶段患者,抗血小板治疗都是能够改善预后的非常重要的干预手段。”6月19日,《冠心病双联抗血小板治疗中国专家共识》发布会在2021年东北心血管病论坛期间举行。在发布会上,中华医学学会心血管病学分会(CSC)主任委员、北部战区总医院韩雅玲院士强调了双联抗血小板治疗(DAPT)在减少缺血事件中的重要意义。中国医学科学院阜外医院杨跃进教授和西安交通大学第一附属医院袁祖贻教授作为发布会的共同主席,充分肯定了共识的发布对规范DAPT的重要意义。



韩雅玲 让 DAPT 有据可依 有方可循

共识开篇强调,在阿司匹林基础上加用一种血小板P2Y₁₂受体抑制剂的DAPT是预防冠心病患者心脏及全身缺血事件的基石。

韩雅玲院士指出,我国冠心病患病人数超过1200万,PCI年开展例数也超过100万,接受DAPT治疗患者的数据也随之快速增长。2017年ESC更新发

布了双抗指南,既往国内也有多部冠心病相关指南中介绍过双抗的应用策略。近年来,随着药物洗脱支架的更新迭代、强效P2Y₁₂受体抑制剂的推广应用、其他合并用药策略的不断更新,临床DAPT可选策略和决策依据有较大变化,以往散落于各个冠心病防控指南中的应用策略已不能完全满足临床需求。

诊疗规范化是临床不变的追求,因此,在韩雅玲院士的领衔下,CSC动脉粥样硬化与冠心病学组、介入心脏病学组以及中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会及冠心病与动脉粥样硬化专业委员会等共同参与下,完成了中国首部《冠心病双联抗血小板治疗中国专家共识》。

张波 化繁为简 图说不同患者的不同治疗策略

大连医科大学附属第一医院张波教授介绍,共识用7张表格对慢性冠脉综合征(CCS)和急性冠脉综合征(ACS)患者的DAPT策略进行了阐述,化繁为简,清晰明了,简单实用。

CCS患者接受PCI治疗后同样需要接受DAPT,基于患者缺血和出血风险的综合评估制定不同的DAPT的疗程。特别推荐对于行PCI置入新一代DES后的高危CCS患者(缺血或出血高危),可考虑1~3个月DAPT后使用P2Y₁₂受体抑制剂(替格瑞洛或氯吡格雷)单药治疗。这是因为近年来进行的相关研究中包含不同比例的CCS患者。

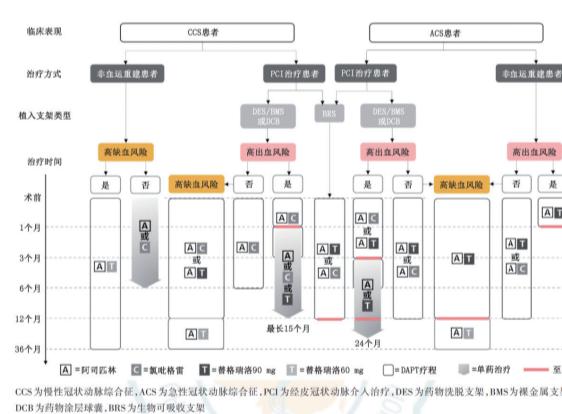


图1 心内科冠心病患者的双联抗血小板治疗实施流程图

GLOBAL LEADERS研究(53%为CCS患者)证实了1个月DAPT后替格瑞洛单药治疗与标准双抗治疗相比,可大幅减少出血风险,同时不影响缺血获益。

TICO研究对ACS患者DAPT后使用替格瑞

显示PCI患者3个月DAPT后替格瑞洛单药治疗与标准双抗治疗相比,可大幅减少出血风险,同时不影响缺血获益。

共识强调,抗血小板治疗方案的制定及调整应考虑到患者的疾病表现、治疗方式、缺血出血风险等多种因素,实施个体化治疗,并在保证有效减少患者缺血事件发生的同时尽量降低出血风险(图1)。

刘巍 积累经验 灵活处理出血状况

北京积水潭医院刘巍教授指出对于抗血小板治疗中发生出血的患者,应权衡患者的出血和缺血风险,并重新评估DAPT的类型、剂量和持续时间,采取相关治疗措施或调整DAPT方案。共识指出,缩短DAPT时长或使用单一抗血小板药物治疗,对于上消化道出血患者,应优先选择P2Y₁₂受体抑制剂。一旦病情稳定后,

建议继续使用低剂量的阿司匹林维持抗栓,待出血稳定后再重新加用P2Y₁₂受体抑制剂;对于中等血栓形成风险的患者(如ACS或新一代DES-PCI术后1~12个月),建议控制出血后尽快(最好3d内)重新给予低剂量阿司匹林,权衡缺血出血风险后再重启P2Y₁₂受体抑制剂。

对于血栓形成风险高或极高的患者(如ACS或置入支架后30d内)发生出血时,

后重启DAPT疗程不超过3个月,其后改为单一抗血小板药物;如术后3个月以上发生出血,建议降低抗栓强度,给予一种抗血小板药物。

共识强调,临幊上出血事件虽不少见,但大多数为无需医疗干预的小出血,严重出血事件发生比例并不高,因此,目前尚无关于出血处理的RCT,大多根据医生的个人经验来执行。

洛单药治疗的净获益进行了探索,结果显示替格瑞洛单药治疗组1年净不良临床事件发生率低于DAPT组(3.9%与5.9%,HR=0.66,P=0.014),这种差异主要归因于替格瑞洛单药治疗组大出血风险降低,而两组其他MACCE发生率相似。因此,替格瑞洛单药长期治疗对ACS患者可能是一种新的合理的选择。

共识强调,抗血小板治疗方案的制定及调整应考虑到患者的疾病表现、治疗方式、缺血出血风险等多种因素,实施个体化治疗,并在保证有效减少患者缺血事件发生的同时尽量降低出血风险(图1)。

李毅 掌握 DAPT 应用密码

北部战区总医院李毅教授对DAPT方案的基本策略进行了介绍,血小板的激活与聚集在动脉粥样硬化血栓形成的发生发展过程中具有重要作用,因此抗血小板是治疗冠心病的关键。

掌握阿司匹林+血小板P2Y₁₂受体抑制剂的药

物选择、时长选择以及适

用人群,平衡患者缺血与出血风险,使其得到最大的净获益是冠心病患者抗血小板治疗的核心问题,如何化繁为简,方便应用,正是此次共识制订的初心。

P2Y₁₂受体抑制剂主要通过二磷酸腺苷(ADP)起作用,该物质是血小板活化与聚集过程中的重要激动剂,P2Y₁₂受体抑制剂能够阻碍ADP与血小板表面受体结合,有效地减弱ADP的级联反应,降低血小板聚集效应。

目前国内常用的P2Y₁₂

受体抑制剂主要为氯吡格雷和替格瑞洛。氯吡格雷为前体药物,与P2Y₁₂受体不可逆地结合,起效较慢,且其作用受到基因多态性的影响;新型P2Y₁₂受体抑制剂替格瑞洛为活性药物,与P2Y₁₂受体可逆性结合,与氯吡格雷相比作用更强、起效更快,且不受基因多态性影响。

在决定DAPT策略前,应充分权衡缺血和出血风

险,以利于正确选择治疗

策略,使患者获益最大化。

本次共识借鉴了2020ESC

非ST段抬高型ACS指南

对于PCI患者血栓风险

的评估因素以及ARC-

HBR判断PCI后高出血

风险的标准,并推荐使用

PRECISE-DAPT评分和

DAPT评分(表1)。

同时李毅教授也对

DAPT过程中尽力减少出

血的措施、DAPT疗程探

索的新趋势以及如何进行

P2Y₁₂受体抑制剂的转换等

内容进行了详细的介绍。

表1 用于DAPT持续时间决策的风险评分

项目	PRECISE-DAPT评分				DAPT评分	
	使用时间	放置冠状动脉支架时	定期DAPT(3~6个月)/长期DAPT(12~24个月)	术后12个月且无不良事件发生时	标准DAPT(12个月)比长期DAPT(30个月)	
APT持续时间策略评估	定期DAPT(3~6个月)/长期DAPT(12~24个月)	120 115 110 105 100	≤20	≥75	-2分	
分數计算*	血红蛋白(g/L)	120 115 110 105 100	≤20	65~75	-1分	
	白细胞($\times 10^9/\mu\text{L}$)	60 70 80 90 100	≥90	<65	0分	
	年龄(岁)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 ≥20	≥18	吸烟	+1分	
	肌酐清除率(ml/min)	100 80 60 40 20 0	0	糖尿病	+1分	
	出血史	否 是	是	就诊时心肌梗死	+1分	
	分数(分)	0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30	≥20	PCI史或心肌梗死史	+1分	
建议决策限制	分数<2分→短期DAPT			紫杉醇洗脱支架	+1分	
	分数≥2分→标准DAPT			冠状动脉支架直径<3mm	+1分	
计算器地址	www.precisedapt.com			CPR或LVEF<30%	+2分	
				静息置入支架	+2分	

注:DAPT为双联抗血小板治疗,PRECISE-DAPT为接受冠状动脉支架置入术及后续双联抗血小板治疗的患者的出血并发症预测,PCI为经皮冠状动脉介入治疗,CPR为充急性心力衰竭,LVEF为左心室射血分数;对于PRECISE-DAPT评分,使用评分列线图,标记患者对于评分中5个临床变量的相应评估,并画一竖线至“分数”轴,以确定各临床变量的分数,然后将各临床变量获得的分数之和,得出总分。对于DAPT评分,计算各评价的正分之和,并减去年龄的相应分数,即为总分。

工具: tools.acog.org/DAPTriskapp

结语

安全、有效地运用DAPT方案的关键在于对患者出血及缺血风险的准确评估、P2Y₁₂受体抑制剂应用适应证、药物种类和剂量的选择、DAPT持续时间的决策、对特殊人群身体状况的权衡以及发生出血并发症时及时有效的处理。韩雅玲院士希望,临床医生能够以本共识为参考,结合患者个体的具体情况,正确使用DAPT,使患者抗栓获益最大化,出血风险最小化。