

美国心脏协会发布《心导管实验室循证实践》科学声明 多数降压与降糖药术前无需停用

1

心脏介入术前的空腹时间可大幅缩短,2 h后才做介入的患者可喝流质食物,6 h后做介入的患者可吃简餐(目前临床上一般建议手术前空腹1夜)。空腹与否应由介入医生考量,仅局部麻醉、无需镇静的患者可能不需要空腹,因为无上呼吸道保护性反射,没有误吸的危险因素。

2

之前指南推荐术前停用的二甲双胍、其他降糖药、肾素血管紧张素系统(RAS)阻滞剂、口服抗凝药,在大多数情况下不必停用。

但是,肾小球滤过率(eGFR)<60 ml/min的患者可能需要停用血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素II受体拮抗剂(ARB);中重度肾功能不全(eGFR<45 ml/min)的患者需停用二甲双胍;有低血糖病史的患者可能需停用降糖药;介入高风险(慢性完全闭塞病变、需行冠脉旋磨术)患者可能需停用口服抗凝药。已置换机械瓣的患者、有房颤和中风病史的血栓栓塞并发症中高风险患者,可不停用口服抗凝药,尤其是冠脉造影或冠脉介入治疗经桡动脉入路操作时。未停用口服抗凝药的患者如果需要换介入入路,应优先考虑对侧桡动脉入路或使用尺动脉入路,然后才考虑经股动脉入路。对于出血风险高、停用口服抗凝药后缺血风险较低的患者。

二甲双胍	口服降糖药	RAS 抑制剂	口服抗凝药
			
中重度肾功能不全	低血糖病史	eGFR<60	高危PCI(如CTO/旋转无动症切除术等)
无或轻度肾功能不全	所有其他病人	eGFR ≤ 60	中度或高度血栓并发症风险(如:机械瓣膜)

近日,美国心脏协会(AHA)发布科学声明,对心导管室介入术前、术中、术后的临床实践最新证据进行了总结。(Circulation, 6月30日在线版)

3

仅对贝壳类海鲜过敏的患者,无需进行预防性抗过敏治疗。对于既往对对比剂有中度急性反应的患者,建议预防性应用药物,激素首选口服,而非快速静脉应用。

4

镇静时尽量避免应用阿片类药物。术前镇静应根据患者的年龄、认知功能、阿片类成瘾风险,进行个体化评估。

5

之前做过乳房切除术的患者或以及Allen试验或Barbeau试验(检查手掌侧支循环)异常的患者,经桡动脉入路行冠脉介入治疗是安全的。没有必要常规进行Allen试验或Barbeau试验,来评估桡、尺动脉的通畅情况。

7

在经股动脉入路行介入治疗时,超声指导效果更好,同时可考虑应用微穿刺技术。

6

最好避免使用桡动脉作为冠脉搭桥手术的桥血管,至少在经桡动脉介入治疗3个月内避免使用桡动脉。透析患者应考虑使用远端桡动脉或股动脉。

证据表明,透析患者经桡动脉做动静脉瘘,或将桡动脉作为冠脉搭桥手术的桥血管,桡动脉阻塞和损伤的发生率比较高。

8

对镍过敏的患者,如需置入冠脉支架,可考虑应用永久聚合物药物洗脱支架(目前一般建议谨慎置入支架)。

9

近期置入冠脉支架,并不是磁共振检查的禁忌。
文/文韬 朱朱

“双心医学”是“人学”和“仁学”

▲ 北京大学人民医院 胡大一



胡大一 教授

“双心医学”是“人学”和“仁学”,是使医学变得温暖,医患关系变得和谐的医学。医者,看的是病,救的是心!开的是药,给的是情!

脑洞大开:“双心医学”雏形初现

1995年是我从家乡高考走进北京医学院医疗系开始学医的第30年,也是1970年毕业开始从医的第25年。离开工作了23年的北大医院,到北京朝阳医院创建全国第一个心内外科与心血管影像及功能检查融为一体的心脏中心两年后,我开始悟出并明确提出“双心医学”新思路和全新的医疗服务模式,即把精神心理的评估干预有机融入心内科的医疗实践。

在冠心病门诊中,月经正常、无危险因素与家族史、有胸部不适需大喘气,严重者夜间有濒死感等症状的中青年女性,居然占了半数以上,其中运动试验阳性者不乏其人,但仔细问症状,又根本不是心绞痛的特点。

后来有了冠状动脉造影,也证明这些以胸痛为主诉的女性患者的冠状动脉正常。当时就将这些患者诊断为“心脏神经官能症”或“植物神经功能紊乱”,谷维素成了很热门的“药物”。

对有些患者有一定效果,但仍有不少患者,疗效不好或无效。于是很

多患者往往在胸痛发作时使用速效救心丸或硝酸甘油。深入仔细地与这些患者沟通,发现很多人有睡眠障碍,症状发作与情绪波动或精神创伤有明确先后与因果关系。

1995年经过对自己临床实践的深刻反思,脑洞大开:中医不是讲心主神明,心主血脉吗?我开始试用当时临床上仅可找到的百忧解治疗一些排除冠心病或其他器质性疾病,症状频发的严重胸痛患者,获得显著效果。很多患者的临床症状完全消失,并且睡眠改善。我正式提出“双心医学”的概念。

发现疑点:“病”与“症”呈分离状态

在进修学习期间,我利用晚上认真分析了很多动态心电图的记录,发现患者描述的主观症状常常与室性早搏的出现并无因果关系。

在回国后临床工作中,经常遇到不少室性早搏的患者,在常规体检或

因其他疾病就诊时,医生听诊或记录心电图发现室性早搏事前并无症状,但后续接受治疗过程中得知室性早搏的危险包括猝死风险后,开始出现心有不

安的症状,随之出现心悸、气短、胸闷等不适。更让我不解的是,我

接诊过200多例24h动态心电图记录室性早搏数1~4万多的13岁以下儿童患者,居然无一例说自己有症状,但陪同的家长却愁眉不展,十分不安。早搏发生在孩子身上,症状却出现在家长身上,“病”与“症”呈现分离状态。

努力探索:双心医学日渐成熟

1995-2020年,我为“双心医学”全新模式的落地与推广做了努力的探索:培养了一大批“双心医学”博士,他们是“双心医学”在祖国大地星火燎原的“火种”;提出将精神心理服务融入心内科的模式:在相关学会设立“双心学组”,创办“双心医学”杂志;建立心内科与精神科医生的交叉学科联合门诊;将“双心医学”融入心肺预防康复的

五大处方。“双心医学”从根本上突破了单纯生物医学的局限,推动了由单纯生物医学模式向心理-生物-社会医学综合模式的实践转变,也是以患者为中心跨学科合作会诊(MDT)的经典成功案例。

在“双心医学”的临床实践中,我系统总结提炼出,要为患者作出正确诊断和治疗的“四问”:一问病情(症状);二问

心情;三问工作生活经历与事件;四问性格。

50年的从医过程,使我深切体会到,心血管科、消化科和各种非精神心理科室的医护人员,只有认真学习践行双心医学,才能真正体贴患者的疾苦,尊重患者的感受。“双心医学”是“人学”和“仁学”,是使医学变得温暖,医患关系变得和谐的医学。医者,看的是病,救的是心!开的是药,给的是情!