

“2013 年 ACCF/AHA ST 段抬高型心肌梗死处理指南”点评

沈卫峰

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2013.01.001

自 2009 年美国心脏学会基金会 (ACCF) 和美国心脏协会 (AHA) 公布“ST 段抬高型心肌梗死 (STEMI) 处理指南”以来,在 STEMI 管理、再灌注策略、抗栓药物和无创性风险分层等方面进行了许多大规模随机对照试验,为进一步规范 STEMI 诊治提供了大量的临床证据。最近 ACCF/AHA 联合美国急诊医师学会 (ACEP) 和心血管造影和介入治疗协会 (SCAI) 对原有的指南进行全面地修改,进一步充实临床证据,制定了 2013 年 STEMI 处理指南 (以下简称“新指南”)。

1 STEMI 再灌注网络管理

新指南强调 STEMI 区域网络管理以达到在规定时间内再灌注治疗的目标,这种网络建设应包括救护车、医疗机构,参加统一的项目:例如 Stent-For-Life (欧洲) Lifeline、Door-to-Balloon Alliance (美国)。新指南要求所有 STEMI 患者在首次医疗接触 (first medical contact, FMC) 10 min 内 (救护车) 记录心电图;将症状发生 12 h 内的 STEMI 患者优先分诊 (triage) 到直接冠脉介入治疗 (PCI) 的医院。并且,一旦到达 PCI 医院,应当立即将患者送至导管室 (绕过急诊室)。对溶栓反指征、溶栓失败 (不能开通梗死相关动脉或开通后再阻塞)、心源性休克或严重急性心力衰竭的患者,无论自 FMC 至直接 PCI 时间延迟如何,均应转运后行直接 PCI 治疗。

如患者最初就诊于无直接 PCI 条件的医院,且自 FMC 至直接 PCI 时间延迟 <120 min (理想 <90 min),则应立即转运至直接 PCI 医院。但如 FMC 至直接 PCI 时间延迟 >120 min,则可在患者到达医院 30 min 内行溶栓治疗 (无溶栓反指征时)。对症状发生 12~24 h 的 STEMI 患者,如仍存在心肌缺血的临床和心电图表现,也可行溶栓治疗。将溶栓成功 (即血流动力学稳定) 的 STEMI 患者转运至行 PCI 的医院也是合理的,并于 3~24 h 内 (但不应在溶栓后 2~3 h 内) 行冠脉造影/介入治疗。

心电图证实 STEMI 后院外心脏骤停行复苏治疗的患者,应立即行冠脉造影和 PCI。直接 PCI 时,

常规应用导管血栓抽吸是合理的;对无双联抗血小板治疗禁忌证、依从性好的患者,优先考虑药物洗脱支架植入术。

2 抗栓策略

2.1 抗血小板治疗

直接 PCI 前应给予负荷量阿司匹林,术后推荐小剂量 (75~100 mg/d) 长期维持。所有 STEMI 患者直接 PCI 术前或术中给予负荷量 P2Y₁₂ 受体抑制剂:氯比格雷 (600 mg)、普拉格雷 (60 mg) 或替格瑞洛 (180 mg)。接受冠脉内支架术治疗患者维持量 (氯比格雷 75 mg/d、普拉格雷 10 mg/d 或替格瑞洛 90 mg 2 次/d) 治疗 1 年,某些患者可 1 年以上。对某些 STEMI 直接 PCI 患者在普通肝素治疗时可静脉给予血小板 II b/III a 抑制剂 (上游或冠脉内给药可能合理)。普拉格雷不能用于以往卒中或一过性脑缺血史患者。接受溶栓的 STEMI 患者阿司匹林用量和用法原则上与直接 PCI 相同。氯比格雷负荷量在 ≤ 75 岁患者为 300 mg,在 >75 岁者为 75 mg。维持量为 75 mg/d 持续 7 d~1 年)。未接受氯比格雷负荷量患者,一旦冠脉解剖情况清楚,可给予普拉格雷负荷量 60 mg,但普拉格雷至少在注射特异性纤溶酶原抑制剂 24 h 后或非特异性纤溶酶原抑制剂 48 h 后方可使用。

2.2 抗凝治疗

接受直接 PCI 的 STEMI 患者抗凝治疗包括普通肝素 (根据 ACT 和是否合并应用血小板 II b/III a 抑制剂调整剂量) 和比伐卢定 (单独或与普通肝素联合使用)。尤其对出血高危患者,单独比伐卢定治疗较普通肝素 + 血小板 II b/III a 抑制剂更优先考虑。磺达肝癸钠不能单独使用,以防止导管内血栓形成的风险。普通肝素应用 48 h 或至血管重建 (剂量根据体重和 APTT 1.5~2 倍正常值决定);依诺肝素 (剂量根据年龄、体重、肌酐清除率) 静脉推注 15 min 后皮下注射。磺达肝癸钠首先静脉推注,24 h 后皮下注射 (如肌酐清除率 >30 ml/min)。上述抗凝治疗至少需 48 h,最好持续整个住院期或至 8 d 或至血管重建。

对 STEMI 合并心房颤动的患者,应结合

CHADS₂ 或 CHADS₂-VASc 评分选择抗栓方案。如 CHAD₂-VASc 评分 ≥ 2 分、机械瓣换瓣、静脉血栓栓塞或高凝状态,则建议阿司匹林、P2Y₁₂ 受体抑制剂和口服抗凝药物的“三联抗栓治疗”,但使用时间尽量缩短,以防止出血 (INR 2~2.5)。无症状性左心室附壁血栓或前壁心尖部矛盾运动或无收缩时,应用维生素 K 拮抗剂可能也是合理的。

3 延迟 PCI

溶栓或未接受再灌注治疗的 STEMI 患者,如发生心源性休克或严重心力衰竭,或出院前无创性检查提示中高危及心肌缺血时,应行冠脉造影和梗死相关动脉介入治疗。对溶栓失败或梗死相关动脉再阻塞患者或溶栓成功的稳定患者出院前行冠脉造影和梗死相关动脉介入治疗也是合理的。对梗死相关动脉完全阻塞 > 24 h 的 1 或 2 支血管病变的无症状 STEMI 患者,如血流动力学和心电均稳定,则不应行延迟 PCI。

出院前非梗死相关动脉介入治疗适用于有自发性心肌缺血或无创性试验提示中高危及患者。溶栓后 PCI 时,抗血小板药物的用量和用法原则上与直接 PCI 相同。如术前 8 h 已接受皮下注射依诺肝素,则 PCI 时不需追加剂量;对术前 8~12 h 皮下注射依诺肝素者,PCI 时应按体重静脉追加 0.3 mg/kg。

4 冠脉旁路移植术 (CABG)

STEMI 患者冠脉病变不适宜 PCI 但伴反复心肌缺血、心源性休克、严重心力衰竭或其他高危表现(如机械性并发症)时,应紧急行 CABG。对血流动力学不稳定和需紧急 CABG 者需行机械辅助循环支持。但对无心源性休克和不行 PCI 或溶栓治疗的 STEMI 患者,症状发生 6 h 内不行急诊 CABG。

紧急体外循环下 CABG 前可继续服用阿司匹林,但尽可能 24 h 停用氯比格雷或替格瑞洛;替罗非班停用 2~4 h,阿昔单抗停用 12 h。紧急非体外循环下 CABG 时,术前氯比格雷或替格瑞洛尽可能停用 24 h。体外循环下 CABG 时,根据出血风险,尽可能氯比格雷或替格瑞洛停用 5 d,普拉格雷停用 7 d。

5 常规内科治疗

STEMI 患者如无心力衰竭、低心排、心源性休克或其他反指征 (PR 间期 > 0.24 s、II 或 III 度心脏阻滞、活动性哮喘、反应性气道疾病) 时,均应最初 24 h 开始口服 β 阻滞剂治疗,并持续至出院后。有反指征的患者,24 h 后应重新估价,以决定是否可以重新使用。同样,前壁心肌梗死、心力衰竭或射血分数 $\leq 40\%$ 者,除非存在反指征,均应接受血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 治疗,不能耐受 ACEI

者,用血管紧张素受体阻滞剂 (ARB)。对已接受 β 阻滞剂、ACEI、射血分数 $\leq 40\%$ 、有心力衰竭症状和糖尿病患者,可给予醛固酮拮抗剂。所有 STEMI 患者,如无反指征,均应开始强化他汀治疗,并在 24 h 内测定空腹血脂水平。

6 并发症

对因心泵衰竭引起的心源性休克合适患者,无论从心肌梗死发病至治疗的时间延迟如何,均应行急诊血运重建 (PCI 或 CABG)。不适宜 PCI 或 CABG 者,如无反指征,应溶栓治疗。心源性休克但不能很快药物稳定的患者,可行主动脉内气囊泵反搏。难治性心源性休克患者可用左心室辅助装置作循环支持。STEMI 后 48 h 以上持续性室速/室颤患者,如心律失常不是由于一过性或可逆性心肌缺血、再梗死或代谢异常引起,则出院前有植入性心脏转复-除颤器指征。对药物治疗无反应的症状性心动过缓,可进行临时起搏。

STEMI 心包炎主张用阿司匹林,如无效则可用解热镇痛药醋氨酚、秋水仙碱或麻醉止痛剂。糖皮质激素和非类固醇抗炎药物可能有害。

7 STEMI 患者风险评估

对住院期间未行冠脉造影的 STEMI 患者,出院前应作无创性心肌缺血评估,以测定其严重性和梗死相关动脉狭窄的功能性意义。无创性心肌缺血评估也为出院后运动方案提供指导。

所有 STEMI 患者均应测定左心室射血分数。对最初射血分数减低并可能考虑行植入型心脏转复-除颤器的患者,应在出院 ≥ 40 d 重新测定左心室射血分数。

8 出院后管理

出院后管理应注重减少再入院,对所有 STEMI 患者实施有效和协调的门诊随访管理,包括基于运动的心脏康复/二级预防,遵循指南的治疗,合适的饮食和活动。鼓励 STEMI 患者戒烟和避免被动吸烟。

显然,“2013 年 ACCF/AHA 急性 STEMI 处理指南”和“2012 年 ESC 急性 STEMI 治疗指南”以及最近公布的“全球心肌梗死定义”,为 STEMI 的规范化诊治提供重要的临床信息和新的进展,这些更新意见无疑是当前急性 STEMI 优化治疗的关键性文件。在这种形势下,我觉得非常有必要对“2010 年中国急性 STEMI 诊治指南”作适当的修订。愿本文点评的内容能为广大临床工作者提供某些有益的指导。

(收稿:2013-01-05)

(本文编辑:丁媛媛)