

在 15min 内发挥最大效力,嚼服或溶解 162mg 阿司匹林后再口服,已经足够。在应用双重抗血小板治疗时,>100mg/d 的阿司匹林增加出血风险,疗效无进一步增加。

很多医生对高龄患者选择介入治疗难下决断,但由于近期试验中高龄患者可从介入治疗中获益,年龄不应当是问题,高龄患者只要条件允许,应选择介入治疗。由于年龄对治疗决策有一定影响,在临床实践中应注意减少实践和指南之间的差距,特别是有可能

从介入治疗中获益的高龄患者,并且要尽量减少并发症。所有年龄在 75 岁以上的高龄患者应当计算肌酐清除率。此外,大部分的试验排除了年龄在 80 岁以上的或有合并疾病患者,在面对实际的患者时,不能生搬硬套试验得出的结论。以上的研究结论均来自国外的临床试验,其能否适于我国的临床情况,还需要我国的研究予以证实。

(转载自 2010 年 2 月 4 日《医师报》)

缺血性心力衰竭的评估和治疗

霍 勇

【作者简介】霍勇,北京大学第一医院教授,主任医师,博士生导师,现任北京大学第一医院心内科及心脏中心主任,北京大学第一临床医学院学位分会委员、《中国介入心脏病学杂志》主编、中华医学会心血管介入治疗培训中心主任。中国医师协会心血管内科医师分会副会长等。1982 年毕业于徐州医学院医疗系,1990 年获医学硕士学位,1994 年任北京医科大学第一医院副教授、副主任医师,1999 年任北京大学第一医院心内科教授、主任医师。于 1993 年和 1995 年分别赴美国哈佛大学医学院和法国南希大学医学院进修。长期从事心内科医疗、教学及科研工作,主要研究领域为冠心病介入、介入治疗后再狭窄的形成机制、血管再生及血管内放射治疗的实验研究,并以主要参加者先后获卫生部、国家科委科技进步奖两项。

缺血性心力衰竭的治疗和预后与其他类型心力衰竭不同,对于缺血性心力衰竭的诊治应从病生机制出发,在正确评估心肌缺血或梗死程度基础上,合理应用包括血运重建在内的综合治疗手段。

心绞痛患者不仅有心肌缺血,在症状发作时可有心脏收缩和(或)舒张功能异常,如果范围较大会导致一过性心力衰竭。但心肌长期严重缺血可导致心脏结构变化,左心室射血分数(LVEF)降低,引起慢性心力衰竭。当患者发生心肌梗死时,心力衰竭与坏死心肌的部位和数量相关,如坏死心肌 $\leq 20\%$,且处于非重要收缩部位,LVEF 可正常;如坏死心肌 $> 20\%$ 或累及重要收缩部位,LVEF 降低,患者发生心力衰竭。当患者出现心肌顿抑或机械并发症时,也会通过不同机制导致心力衰竭。心肌梗死后或大范围心肌长期慢性缺血时,由于心室重构等原因,患者可出现心脏扩大、室壁收缩不协调及瓣膜反流等缺血性心脏病表现,发生难治性心力衰竭。此外,冠心病患者常合并高血压、糖尿病、老年退行性瓣膜病、肾功能不全

及睡眠呼吸障碍等,也会促进或加重心力衰竭。

缺血性心力衰竭的治疗在指南中缺乏明确推荐。心力衰竭相关指南未对血管重建指征和作用进行充分描述,血管重建相关指南对心力衰竭患者这一特殊人群也关注不够。但缺血性心力衰竭的治疗和预后有显著特点,针对病因治疗可能改善患者预后,对缺血性心力衰竭的某些治疗(如 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂)与对其他病因心力衰竭的治疗不尽相同。

一、正确评估

对于缺血性心力衰竭患者,应从三个方面评估:①致心力衰竭原因中冠脉供血所占比重;②冠脉供血导致功能变化的阶段;③血管重建及其程度对心功能的改善作用。

对于心肌缺血所致心力衰竭患者,可根据症状、负荷试验及冠脉造影判断缺血程度,结合症状持续时间评价冠脉供血所占比重,结合病史、心电图(ECG)、X线片、超声心动图(UCG)和左心室造影判断心功能变化阶段。对于此类患者,血管重建改善心功能的疗效良好。

对于心肌坏死所致心力衰竭患者,可根据梗死范围、部位及距梗死时间(早期有心肌顿抑,晚期有室室重构因素)判断冠脉供血所占比重,结合病史、ECG、X线片、UCG和存活心肌量判断心功能变化阶段。对于有较多冬眠心肌或顿抑心肌等存活心肌者,血运重建改善心功能的作用较好。对于存在机械并发症、室壁瘤或严重瓣膜反流者,手术纠正有助于改善心功能。

处于缺血性心肌病阶段者,心力衰竭预后取决于:①存活心肌量(冬眠心肌);②心脏解剖和功能恶化程度;③患者的代偿和耐受性。

二、合理治疗

缺血性心力衰竭的治疗应以防控动脉粥样硬化危险因素为主,把抗缺血药物作为基础治疗手段,准确评估患者心肌缺血或梗死,合理应用包括血管重建在内的综合治疗手段。

血管重建治疗的意义取决于以下几方面:①冠脉供血范围越大,血管重建后获益越大;②冠脉供血部位,如包括心尖部或左心室游离壁,主要是对角支、钝缘支以及大的左心室后侧支,血管重建后获益较大;③冠脉狭窄程度越重,获益越大,如解剖或功能闭塞

的血管或严重狭窄的血管;④血管重建范围内存活心肌量越大,获益越大,可以通过是否还有心绞痛症状、相应范围内 ECG 是否还有 R 波、冠脉造影是否有前向血流或较好的侧支循环以及小剂量多巴酚丁胺负荷 UCG 存活心肌评价等来判断;⑤完全血管重建更利于恢复心功能,而对于供血范围内无存活心肌的梗死相关血管、非优势右冠状动脉等不影响心功能的血管或无法行血管重建的血管,可考虑不完全血管重建。

由于冠状动脉旁路移植术(CABG)具有完全血管重建程度高、血流量大及可同时矫正机械并发症等优点,目前循证医学证实,其改善心功能的作用优于经皮冠状动脉介入治疗(PCI)。但对于某些患者,PCI也有 CABG 不可替代的优势。

此外,对于高血压等其他促进或加重缺血性心力衰竭的情况,也须进行干预。置入主动脉内球囊反搏、左心室辅助装置、干细胞移植及人工心脏在缺血性心力衰竭的治疗中也有不可忽视作用。心脏移植是缺血性心肌病的最终解决方法,但目前由于供体缺乏、技术难度大等因素,应用受限。

(转载自 2010 年 1 月 15 日《医师报》)

早期降压治疗,识别高危患者

梁 峰 胡大一

【作者简介】梁峰,博士后,主任医师,首都医科大学附属大兴医院内科副主任,擅长冠心病介入诊治技术,主持及参与国家与省级课题 6 项,获辽宁省科技进步三等奖一项,发表文章 90 余篇,参编专著 3 部。作为主要参与者,参加冠状动脉造影评价急性心肌梗死溶栓治疗大规模、多中心临床试验 3 项。为北京市专科医师培训专家、长城国际心脏病学学会会员,2009 年获北京市“十百千卫生人才”称号。

一、高血压病的社会负担

高血压被认为是心血管和肾脏疾病的重要危险因素。在美国,随着人口的老龄化及肥胖的蔓延,高血压的患病人数逐年增加。约 7300 万美国人(3800 万男性和 3500 万女性)被诊断为高血压。在未来的

10~15 年,美国高血压患者人数预期达到 1 亿以上^[1,2]。

高血压与心血管疾病的患病率和病死率呈明显相关。40~69 岁的人群,血压从 115/75mmHg 以上,收缩压(SBP)每增加 20mmHg 或舒张压(DBP)每增加 10mmHg,冠心病和脑卒中的病死率均增加 1 倍^[2]。所有中老年人群,血压与血管疾病的病死率呈直接相关,即使血压轻微的升高也可增加心血管事件的风险。从 61 个前瞻性、临床观察研究荟萃分析显示,收缩压每增加 2mmHg,冠心病的死亡风险增加

基金项目:北京市卫生系统高层次卫生技术人才培养项目资助(2009-3-68);首都医学发展科研基金(2009-3261)

作者单位:102600 北京,首都医科大学附属大兴医院内科(梁峰);北京大学人民医院心脏中心(胡大一)