

无保护左主干不再是介入“禁区”

高润霖



〔作者简介〕 高润霖,中国医学科学院阜外心血管病医院研究员,博士生导师,中国工程院院士,美国心脏病学院院士,亚太介入心脏病学会前任主席,中国医师协会副会长。1965 年毕业于北京医科大学,1981 年在中国协和医科大学获硕士学位。1986 年始在国内较早开展了经皮冠状动脉腔成形术(PTCA)、冠状动脉内支架置入术及其他介入治疗新技术,为我国冠心病介入治疗的前驱者之一。在国内率先开展急性心肌梗死及并发心源性休克的急诊 PTCA,达国际先进水平,使患者病死率明显降低。积极促进国内及国际学术交流,为我国冠心病介入治疗的普及、推广及规范化并扩大我国在国际介入学界的影响做出了重要贡献。参与领导的“心血管病介入性治疗技术及应用研究”获国家科技进步二等奖。

一、PCI 治疗应分层酌定

当代 PCI 治疗无保护左主干病变(ULMCA)有无地位?事实是,SYNTAX 研究 3 年随访结果显示,PCI 治疗组与冠状动脉旁路移植术(CABG)组全因病死率、心肌梗死、脑卒中等主要终点事件均无差别,PCI 组再次血管重建率较高(20.0% vs 11.7%),但 CABG 组脑血管事件发生率较高(4.0% vs 1.2%)。分析显示,对于独立左主干病变、左主干伴单支、双支和 3 支血管病变,各亚组 PCI 与 CABG 治疗的 MACCE 并无显著差异。另外,根据 SYNTAX 评分对患者进行危险分层,显示对于 SYNTAX 评分 0~22 分的低危患者,PCI 与 CABG 组 3 年累计事件发生率分别为 18% 和 23% ($P=0.33$);SYNTAX 评分 23~32 分的中危患者,PCI 与 CABG 组 3 年累计事件发生率均为 23.4% ($P=0.9$);SYNTAX 评分 ≥ 33 分的高危患者,PCI 与 CABG 组 3 年累计事件发生率均分别为 37.3% 和 21.2% ($P=0.003$),表明对于低危和中危的左主干患者,PCI 治疗是合理的选择。

2010 年 ESC/EACTS 指南将孤立左主干或伴单支血管病变、开口或体部病变,列为 IIa 类适应证;将孤立左主干或伴单支血管病变、末端分叉病变以及左主干伴双支和 3 支血管病变,SYNTAX 评分 ≤ 32 分,列为 IIb 类适应证。

二、临床决策七点建议

第一,病变复杂程度。SYNTAX 积分属低危、中危者(≤ 32 分),可考虑支架置入;SYNTAX 积分属高危者(≥ 33 分),则应首选 CABG。

第二,ULMCA 合并多支血管病变者 PCI 是否能达到完全性血管重建。对冠状动脉右优势型患者,如果完全闭塞的右冠状动脉有重要功能意义(非梗死相关动脉)而 PCI 不能再通者,应选择 CABG;对左优势型冠状动脉 ULMCA,置入支架时候也需要十分慎重。

第三,患者的左心功能如何。左心室射血分数(LVEF)降低对 CABG 和 PCI 均是高危因素,LVEF 降低且合并多支血管病变者应首选考虑 CABG。如考虑支架置入应预先置入主动脉内球囊反搏(LABP)予以保护。

第四,患者是否可耐受至少 1 年的双重抗血小板药物治疗。术前必须认真评价患者是否能耐受长期的双重抗血小板治疗,若患者有出血倾向、消化性溃疡、消化道出血史或抗血小板药物过敏等不能耐受情况,是支架置入的禁忌,而应选择 CABG。

第五,患者是否合并疾患而不适宜 CABG。如果患者有慢性阻塞性肺病(COPD)等禁忌手术的合并疾患,应对病变适宜者行支架置入。

第六,术者的技术水平。有研究表明,术者的经验及技术水平与患者预后显著相关,因此 UPLM 病变的 PCI 治疗应在治疗病例较多的中心,并且由经验丰富的术者进行。

第七,在合理的情况下,尊重患者意愿和选择。

PCI 支架置入技术的选择取决于前降支(LAD)和回旋支(LCX)开口是否受累,LM、LAD 和 LCX 血管直径以及 LAD 和 LCX 之间夹角。需要强调,对于左主干 PCI 治疗,一定要达到完美结果才能有利于患者预后。