

国家急性心肌梗死注册研究启动



杨跃进教授、沈卫峰教授和朱文玲教授主持中国急性心肌梗死注册研究启动及协作会议

8月11日，受科技部和卫生部委托，由国家心血管病中心承担的十二五国家科技支撑课题“心血管病关键技术临床多中心研究信息平台”急性心肌梗死注册研究在中国心脏大会期间正式启动。

课题牵头人，阜外医院杨跃进教授介绍，我国目前心血管病发病率和病死率仍处于持续升高的阶段，发病特点和临床表现规律等均已发生了很大变化，不同地区、不同年龄的心血管病患者

临床特点又可能有所不同。而且，不同地区和不同级别的医院的治疗水平都存在很大的差别，由此导致医疗质量存在一定的差别。因此，在我国心血管病发病率与病死率上升的严峻形势下，要科学解决目前上述诸多重大临床问题，根据国际成熟经验和我国的初步探索，优先建立我国急性心肌梗死注册数据库是先决条件，十分必要，且迫在眉睫。

该课题还有一个创新点，那就是将采用按照国际临床研究数据交换标

准对临床研究数据库中的变量进行命名，能够使不同数据库中的数据进行交换和对接。杨教授说，“这种做法相当于建成了数据库的一个‘天宫一号’，不同来源的数据库类似‘神州一号’，建成一组标准化、完整性高的高质量的注册登记数据库。”

据悉，心血管病关键技术临床多中心研究信息平台研究还包括心力衰竭、心律失常的介入治疗、心血管影像和心脏搭桥手术的注册数据库。

落实慢病规划 开辟防治新战线

以“落实慢病防治规划，开展心脑血管病防治行动”为主题的全国心血管病社区防治工作经验交流会圆满落幕，两天学术活动精彩纷呈。

卫生部疾病预防控制局慢病处吴良有处长从国家医改和去年联合国慢病防控国家承诺切入，强调落实慢病防治规划的重要意义，特别指出防治技术成熟并富有社区防治工作经验的心脑血管疾病是目前医改公共卫生服务的重要内容。

代表经验交流与专家讲座穿插进行，交流的报告近2/3涉及功能社区职业人群心血管病防治，是开展高血压、糖尿病患者健康管理服务规范作有益补充和完善。世界高血压联盟主席刘力生感慨，我国社区防治工作和经验出色，促进了我国基层社区人群防治工作。

(陈伟伟 朱曼璐)



吴良有处长

首届小儿心脏病论坛 弥补供需差距

前瞻性意识到小儿心内科庞大患者群体与专业发展需求后，阜外医院专门设立小儿心内科，并结合中国心脏大会平台开设了小儿心脏病论坛。

作为首届论坛，国内外30余位知名专家参与重视令我们倍受鼓舞。论坛除关注小儿先心病外，还对川崎病、心肌致密化不全、心脏猝死与急救、婴幼儿无休止室速诊治、成人先心病心衰管理、二瓣化主动脉瓣及相关先心脏畸形天等进行讨论，与会代表获益颇多。

(宫路佳供稿)

心血管病理专场 临床、基础两相宜

8月9日上午，心血管病理专场—心血管病理新进展论坛开幕，刘彤华院士致开幕辞，肯定既往成绩，更为中国病理学发展指明方向：中国病理应在形态学工作基础上，努力运用分子遗传病理学手段更好为临床解决疑难问题。

会议内容丰富精彩，既有高水平专题报告，又有引人深思的疑难病例讨论；专题性强，亮点突出，近百名与会专家认为：中国病理面临机遇与挑战，抓住今天就等于赢得明天！

(赵红供稿)

心血管基础医学峰会 临床转化亮点多

密歇根大学陈育庆教授指出，PPAR γ 激动剂噻唑烷二酮类虽在实验动物展现治疗糖尿病/胰岛素抵抗以外的多效性，却在临床试验显现心功能副作用。陈教授研究组开发新PPAR γ 配体硝基亚油酸酯LNO2，不仅避免TZD类副作用，且与eNOS关联，前景乐观。

华西医科大学康裕建教授以恒河猴为模型，在大量未发表新数据基础上首次提出核铜蛋白可调节对心梗后心肌再生并揭示信号传导途径，研究组还研制静脉铜制剂，动物试验结果令人兴奋。

(王红供稿)

主动脉外科论坛 杂交手术成热点

主动脉弓部病变是影响主动脉疾病手术成功和病人恢复的主要问题，其治疗的策略与方法也一直存在争议，弓部病变的腔内治疗技术发展迅速，国外一些新的技术也已应用于与临床。在主动脉外科论坛上，多位专家、教授就新技术、新理念及外科治疗进展进行了深入而广泛的交流和探讨。近期，将主动脉手术、支架手术同期完成的一期杂交(hybrid)技术，避免了患者多次麻醉和手术间隔期带来的风险，取得了良好的效果。

(裴华伟供稿)

肺血管病专题

肺动脉高压诊断技术合理决策

国家心血管病中心 阜外医院 何建国

正确认识及合理应用肺动脉高压 (PAH) 诊断技术, 对及时诊断疾病、准确判断病情/预后、选择合适的治疗策略至关重要, 需积极探索研究。

右心导管与多普勒超声 为了解经胸多普勒超声估测肺动脉压力的准确性, 笔者研究纳入 102 例右心导管确诊的特发性 PAH 患者。分析表明, 超声不能准确定量估测 PASP, 仅 41.2% 与右心导管结果一致。超声更易低估 PASP,



何建国 教授

因此临床还需右心导管确诊和指导治疗, 但超声检查不失监测病情及指导治疗的重要参考。

间歇热稀释法和间接 Fick 法测量心排出量 PAH 患者心排出量与病情程度密切相关, 为分析临床常用的间歇热稀释法和间接 Fick 法测量心排出量的一致性, 笔者研究入选 79 例 PAH 患者。分析表明, 两种方法不能互换, 总体一致性欠佳, 尤其对于低心排量患者。

目前热稀释法是测量心排量的公认方法, 而低心排量会影响热稀释法测量准确性, 因此应综合考虑影响因素和可能误差。

急性肺血管反应试验药物选择 急性肺血管反应试验是选择长期 CCB 治疗者的重要手段。为明确药物及合适剂量, 笔者对吸入伊洛前列素疗效及合适耐受剂量进行研究。10~15 min 内吸入伊洛前列素 20 g 显示强效肺血管选择效应, 试验效果较满意: 全肺阻力下降, 心输出量增加, 血压、心率保持稳定, 尤其适用特发性 PAH 和轻度肺动脉压力者。

肺动脉血栓栓塞防治: 40 载征程路

国家心血管病中心 阜外医院 程显声

肺栓塞不少见 较多数据表明, 短短数十年间, 肺栓塞诊断病例成几倍或十几倍增长: 阜外医院 1977~1981 年年平均收治 2.8 例, 2002 年升至 103 例。全国肺栓塞防治协作组 (205 家医院) 从 1997 年收治 221 例到 2008 年猛增至 3185 例。这种增长与临床医生诊断意识和技术水平提高有关。

影像诊断历经三阶段 肺栓塞诊断大致可分为肺动脉造影 (1958 年起)、核素肺扫描 (1972 年起), CT 肺动脉造影 (1992 年起) 三个时



程显声 教授

期。而且肺栓塞心电图与临床恰当联用有助诊断。诊断肺栓塞时不能单凭据典型心电图, 应结合病情寻找心电图诊断线索。

已跨入综合治疗时代 肺栓塞治疗基本分为单纯抗凝治疗时期, 抗凝、溶栓、介入及手术综合治疗时期。由国内 28 家医院组成的“急性肺栓塞尿激酶溶栓、栓复抗凝治疗多中心临床试验”协作组的研究表明,

2 h 内静脉滴注尿激酶 20 000 U/kg 溶栓总有效率 86.1%, 出血并发症 5.0%, 无大出血, 溶栓越早疗效越好。王辰等研究比较尿激酶 2、12 h, 阿替普酶 50 mg、100 mg 溶栓效果。结果显示, 4 种溶栓方案疗效相当, 但阿替普酶 100 mg 组出血多见。外科手术也是重要治疗手段, 而且近年肺栓塞介入治疗取得良好效果与发展。

指南/共识推进疾病防治 我国现有与肺栓塞及静脉血栓栓塞症有关的指南或共识至少有 7 项之多, 有力减少了静脉血栓栓塞症发生及致死、致残率。王辰牵头的肺栓塞防治协作组纳入 40 家医院数据表明, 1997~2006 年, 住院病死率从 24% 下降到 8.7%。但就全国而言, 病死率仍相对较高。

急性肺栓塞诊治: 危险分层先行

国家心血管病中心 阜外医院 柳志红

急性肺血栓栓塞症 (APE) 是高致死率、高致死率、高误诊率的常见病, 要求医生及时诊断, 快速、准确危险分层, 在遵循指南、规范化诊治的前提下, 采取个体化治疗。

临床患病概率评估 肺栓塞患者的临床症状、体征、常规检查缺乏特异性和敏感性, 常联用综合判断对 APE 患病率行客观评估。目前常用有加拿大 Wells 评分系统和修订 Geneva 评分系统。

危险分层 患者应接受个体化死亡风险评估, 2000 年 ESC 公布的《急性肺栓塞诊断与治疗指南》首次依血液动力学将 PE 分为“大面积”与“非大面积”。2008 年 ESC 建议以“高、中、低危”替代, 既反映研究新进展, 又更加符合临床医疗实际。

与 PE 早期死亡相关的危险指标: 临床指标、右心功能不全指标、心肌损伤标志物。并以此对 PE 行危险分层, 高危 PE 须快速、准确诊断与治疗, 非高危 PE 根据右室功能不全和心肌损伤进一步分为中危与低危。

治疗策略 应根据临床表现、危险分层制定治疗方案, 经典治疗为抗凝治疗, 适用于多数急性 PE 患者。鉴于未抗凝治疗 PE 患者死亡率较高 (26%), 在怀疑 PE 等待确诊过程中应进行肠外给药抗凝治疗。溶栓治疗应把适应证, 仅适用高危及少数中危经抗凝治疗病情恶化者。经导管肺动脉内局部溶栓未显示比静脉溶栓有任何优势, 应尽量避免。另外, 对于高危但溶栓禁忌或失败者, 介入、外科手术均不失为有效手段。

关注左心疾病相关性肺动脉高压

中国人民解放军总医院 王广义

1998 年以前 PAH 分为原发性和继发性两大类。2003 年威尼斯会议将 PAH 分为 5 大类、21 个亚类, 第二大类即左心疾病相关 PAH, 并细分为两个亚类: 累及左房或左室心脏疾病, 二尖瓣或主动脉瓣疾病所致。

体检、心电图、超声、心导管、

肺动脉/静脉造影等都有助确诊。应用超声评价 PAH 时应注意排除病理性三尖瓣及二尖瓣关闭不全, 减少假阳性结果。应用 6 分钟步行距离、心功能评级和 PAH 功能评级, 可评价药物治疗反应、疗效和预后。

基础治疗为强心、利尿、抗凝,

还需针对病因给予其他治疗, 如瓣膜病经手术或介入治疗, 随瓣膜修复, 心功能将有所改善。对于扩血管治疗, 目前为止针对左心疾病受累肺循环高压, 扩张肺动脉药物治疗效果欠佳。值得注意的是, 应用左心辅助装置、西地那非及 CRT 相关临床试验结果, 均较为可喜。

王宝亭: 医疗器械监管条例有 5 年的前瞻性

昨日, 国家局医疗器械司王宝亭司长解读了《医疗器械监督管理条例 (修订草案)》。

他认为, 修订工作体现了我国医疗器械监管实际, 也借鉴了发达国家和地区经验, 总体上全面、明晰、可行、便于操作。而且法规、规章与规范性文件层级明确、互协调, 法规具有 10 年前瞻性, 再积累 8~10 年经验后力争上升为国家法律, 条例有 5 年的前瞻性。

他还介绍, 该条例首次提出“医疗器械产品召回制度”、医疗器械实行分类管理制度。而且, 发布广告须经药监部门批准; 医疗器械广告应真实合法, 应经食品药品监督管理部门批准才能发布。(江风供稿)

心血管病护理论坛

完备护理教育 优化实践

11 日, 心血管病护理论坛开幕, 卫生部护理司郭燕红司长强调, 我国已步入护理事业黄金期, “十二五”规划提出护理发展两主线: 一为护士队伍数量和质量提升, 特别是加强护理管理和专科护士队伍能力提升; 二是护理实践领域既拓宽还要深挖。共同实现“三贴近”: 贴近患者、贴近临床、贴近社会。

模式改变与学科发展 中华护理学会理事长李秀华指出我国护理学科建设长足进步: 社会政治地位巩固提升; 法制建设逐步加强; 具参政议政能力; 学科地位确立; 确立国家临床重点专科建设项目、中华护理学会会歌; 国务院学位办批准护理学科为一类学; 颁布《2010~2020 年医药卫生人才发展规划》; 制定国家行业以及完善专科护士队伍建设等方面。并还提出未来十年护理事业战略重点和任务: 补充人力缺口, 壮大队伍规模; 加大人才培养, 提升整体素质; 优化队伍结构, 均衡地域分布; 拓展执业领域, 扩大基层队伍; 发展重点领域, 完善专科体系。

发展方向: 心脏专科护理师 台湾振兴医院心脏护理科陈慧玲指出, 专科护理师是机构聘请的执业进阶护理师, 主要任务为与医生共同提供连续性、整合性医疗服务。它应成为患者直接护理者、健康教育者、医疗护理协调者及护理质量监测者。在台湾拓展角色还包括健康倡导者、顾问、管理者、导师和研究者。另外, 心脏专科护理师应具备直接健康护理、护理指导/教学、护理协调和护理品质监测能力。她期待: 专科护理师制度能参照美国硕士层级培育方式, 使专科护理师具有更高教育程度, 提供更高质量医疗服务。

心脏移植桥梁: 心室辅助器 台湾振兴医院心脏护理科陈慧君督导指出, 心脏移植是目前末期心脏病患的唯一救命方法, 求心不易时可采用机械性体外循环系统的方法。VAD 是在心房或心室置入导管使血液流至辅助器替代部份心脏功能, 适用于心功能未全部丧失者。应用 CentriMag® VAD 系统进行心室辅助后, 护理要点包括: 若未用呼吸器或镇定剂, 患者可下床活动; 严格执行无菌更换敷料; 检查伤口处有无皮肤损伤或引流液过多; 避免管路受压或扭曲; 确保左房室容积; 维持出入量平衡, 每小时监测 CVP、PCWP; 维持 ACT 在 160~180 s; 妥善将管路固定于腹部; 活动前检查 VAD 转速与流量; 渐进式行体能等练习。

国际心血管麻醉会议暨第8届华人心血管麻醉论坛

围术期麻醉管理：心脏手术获益关键环节

中国心血管病中心 阜外医院心脏麻醉科 李立环

临床实践中，心脏外科患者的评估体系名目繁多，但阜外临床实践显示，即使最受推荐的EUROSCORE体系也不完全适合国人。麻醉前评估通常需要评估患者的临床症状（心率、活动量），完成基本检查，如胸部X线提示心脏大小，超声测得心室舒张末期内径、EF、肺动脉压力等。

麻醉前评估 冠心病：心率不应>70次/分，心率>80次/分应视为高风险；如同时收缩压<100 mmHg，应被视为高危，因为收缩压越低则危险性越大。而轻微活动出汗、皮肤湿冷、心率增快，尤其同时不伴血压升高者更危险。超声示心室舒张末期内径>60 mm应视为重症；>65 mm为危重，同时出现EF低下者风险更大；如合并肺动脉压增高，则风险为极大。左室造影：舒张末期压>12 mmHg，同时EF、和SV低下，提示心功能极差。

心脏瓣膜病：应评估期心室大小、肺动脉压力，主动脉瓣狭窄患者还应判别是否为窦性心律。心脏瓣膜狭窄患者术前准备还应重视心率，心脏瓣膜关闭不全者应评估运动耐力。

心律失常：综合麻醉时，较常见的心律失常为窦性心动过速、室早，少见预激综合征继发室上性心动过速及房颤。上述心律失常一般较少影响血液动力学；心脏手术围术期心律失常多为突发性、恶性、严重影响血液动力学，可致患者猝死，处理心脏手术围术期心律失常时一定要识别原因或诱因。

麻醉前患者应符合如下标准：呈瞌睡状，无焦虑、紧张，表情淡漠，对周围一切事物漠不关心；冠心病患者心率<70次/分，血压较在病房时低5%~10%，无胸痛、胸闷等任何心血管系统主观症状；心脏瓣膜狭窄患者的



李立环 教授



Marian Kukucka 教授 王伟鹏 教授



心率应<100次/分。

麻醉诱导 危重和肺动脉高压患者应以舒芬太尼或芬太尼为主，不应拘泥于舒芬太尼你或芬太尼剂量。危重尤其失代偿患者，诱导期应维持循环平稳，不要刻意追求所谓“理想”的血压和心率，不要把循环的稳定寄托于血管活性药物，诱导期谨慎给药，不提倡快速给药、快速插管。

血管活性药应为维持循环动力学的辅助手段，应在避免心肌收缩力受抑、适当容量补充的基础上。术中避免显著扩张血管，而血管活性药物的用量和种类应遵守循序渐进原则，提倡多种联合应用，应有“升压药可以救命也可害命”的理念。因为围术期神经系统并发症、肾功能衰竭和多脏器衰竭均与升压药大量使用有关。

经食道超声在经导管主动脉瓣置入术中的应用 来自柏林心脏中心超过500例的经验总结

德国心脏中心 Marian Kukucka

Kukucka教授报告，围绕经导管主动脉瓣置换术（TAVI）在柏林心脏中心现状、TEE作用、TAVI并发症以及在TEE引导下应对和处理并发症，并重点介绍了柏林心脏中心702例TAVI手术的经验。

柏林心脏中心指导原则 遵循不排除原则：任何高危患者，无论有无合并症或处于何种临床状态（甚至处于心源性休克），都不应放弃手术治疗的机会。对于左心功能不全患者，应该提前准备股动静脉转流部分体外循环；合并冠状动脉狭窄患者，可以同时行冠脉支架置入术。如果术中出现

主动脉瓣反流，应给予以积极处理，包括球囊扩张和二次置入瓣膜。如果患者不属于高危分层，应该考虑常规手术不非TAVI。

柏林心脏中心TAVI项目 2008年4月~2012年7月共完成702例TAVI病例，经心尖手术611例，经股动脉手术70例，经腋动脉手术15例，经主动脉3例，其他3例。经心尖途径的手术生存率：30天生存率达到95%±1%，1年、2年和3年的生存率分别为80%±2%、67%±2%和58%±3%。笔者研究还发现，影响患者生存率的主要因素包括性别、GFR、外周动脉疾病和心源性休克。

心血管麻醉医生：保障杂交手术功不可没

国家心血管病中心 阜外心血管麻醉科 王伟鹏

阜外医院麻醉科王伟鹏教授，就杂交手术的麻醉管理及早期转归问题进行讲座。王教授认为，杂交手术是在杂交手术间内联合心血管外科、内科、麻醉科和影像科等多科室，应用导管介入技术和外科技术一次性完成以往需要多次手术的微创心血管手术。

心血管麻醉医生在围术期起着重要作用：

1. 术前评估患者一般状况和心功能，制定适合患者的麻醉方案。
2. 术中与外科医生和介入医生配合，调整、控制术中患者血液动力学状态，保证患者术中安全，满足外科医生和介入医生操作要求。
3. 术中需要调整患者出血、凝血

功能，使患者血液既不能因介入和外科操作而凝固致危及患者生命，又不能因抗凝过度发生术中和术后大出血。

4. 术中需要严密监测患者机体内环境变化，如酸碱、水、电解质平衡等，一旦发现异常，及时纠正；利用现有的知识和技术保护患者心、脑、肾、血液等重要器官功能，保证患者术中和术后的顺利恢复。

5. 术后了解患者清醒过程、胸腔引流、血液动力学状态和各器官功能状态，必要时进行调整。

6. 患者达到拔管条件时及时拔除气管插管，必要时行镇痛、止吐治疗，使患者舒适、安全、快速恢复，尽早活动，尽早出重症监护室，尽早出院，达到尽早完全恢复的目的。

千县走单骑 实践出真知

海医会心血管专委会疑难危重病例研讨会（GAP-CCBC）进基层项目启动

2012年8月11日，在中国心脏病大会期间，海峡两岸医药卫生协会心血管专业委员会进基层疑难危重病例研讨会“千（县）万（医）”工程

新闻发布会召开，作为“千（县）万（医）”工程负责人，北京阜外心血管病医院冠心病中心主任杨跃进教授在新闻发布会上表示，将带领海峡两岸医

药卫生交流协会心血管专业委员会的专家和医生，计划在5年内走遍全国21个省市的1000个县，举行250场病例研讨会。通过病例征集、讨论和学术相结合的方式，实现指南应用推广、提高县级医务工作者心血管病诊疗的专业技能。

杨教授表示，急重症心血管病往往导致患者死亡，及时采取规范的治疗方案是有效降低死亡率的关键。医生治疗意识和专业技能的高低直接关系到患者的健康与安全。我国区域经济发展不均，中心城市大型医院与基层医院之间诊疗水平存在较大差距，且临床实践中对指南的落实和应用也尚待提高。为了全面提高心血管病的诊断水平和治疗技术，

缩小指南和实践之间的差距，缩小不同地区和不同医院临床实践的差异，海峡两岸医药卫生交流协会心血管专业委员会发起了“千县走单骑，实践出真知——千（县）万（医）”工程，项目还得到了赛诺菲公司的大力支持。

杨教授说：“如何尽快缩小指南和临床治疗的差距，缩小大城市、大医院和小城市、县级医院的差距是我们目前所面临的一项迫切任务。‘千县万医’工程为一线基层医生搭建了一个学术交流的平台，重点针对临床危重急救和疑难病例进行分析点评，通过互动和讨论的形式更好地将医学理论和实际操作联系起来，全面提高最广大的县级城市的心血管病的诊疗水平。”（江国锋）



杨跃进教授在新闻发布会上介绍GAP-CCBC进基层项目

国际心脏大会

CRT 适应证不断拓宽 方兴未艾

国家心血管病中心 阜外医院心律失常中心 王伟

2012年欧洲心脏病学会(ESC)心衰治疗指南就心脏再同步治疗(CRT)的适应证进行更新(表1),并对应用指征进行更新。

更新轻度心功能不全患者CRT推荐指征基于MADIT-CRT、RAFT试验,目前达成共识:轻度心衰患者若满足窦律、LVEF ≤ 30%,心电图QRS波时限



王伟教授

≥ 150 ms,或QRS波时限 ≥ 130 ms且呈LBBB图形,预期存活寿命 > 1年,需植入CRT。

强调QRS波呈左束支阻滞者CRT获益大 鉴于MADIT-CRT、RAFT研究,目前强调CRT应用于QRS波时限 ≥ 150 ms, QRS波时限 ≥ 130 ms且系LBBB图形的心衰患者, QRS波非LBBB形态者推荐级别减低。

房颤较窦律患者CRT获益小 鉴于证据不充分,目前房颤患者CRT适应证包括:NYHA III~IV级,仅在固有室率缓慢需起搏,房室结消融后起搏依赖,或静息心率 ≤ 60次/分、活动心率 ≤ 90次/分的心衰患者。

满足传统起搏适应证患者的CRT适应证 基于目前研究现状,对于LVEF减低者,满足起搏指征需新植入永久起搏器或更换起搏器时,CRT可代替传统右室起搏,但系II类推荐,证据级别仅为C级。

表1 2012年ESC心衰指南关于CRT的适应证

I类适应证	○ 窦律, QRS波时限 ≥ 120 ms 呈 LBBB 图形, LVEF ≤ 35%, 预期存活寿命 > 1 年, 优化药物治疗后 NYHA III ~ IV 级者, 推荐 CRT-P/CRT-D 降低心衰住院率和猝死风险。(证据级别: A)
	○ 窦律, QRS波时限 ≥ 130 ms 呈 LBBB 图形, LVEF ≤ 30%, 预期存活寿命 > 1 年, 优化药物治疗后 NYHA II 级者, 推荐 CRT 或 CRT-D 降低心衰住院率和猝死风险。(证据级别: A)
II a 类适应证	○ 窦律, QRS波时限 ≥ 150 ms, LVEF ≤ 35%, 预期存活寿命 > 1 年, 优化药物治疗后 NYHA III ~ IV 级者, 推荐 CRT-P/CRT-D 降低心衰住院率和猝死风险。(证据级别: A)
	○ 窦律, QRS波时限 ≥ 150 ms, LVEF ≤ 30%, 预期存活寿命 > 1 年, 优化药物治疗后 NYHA II 级者, 推荐 CRT 或 CRT-D 以降低心衰住院率和猝死风险。(证据级别: A)
	○ 满足传统起搏适应证、LVEF ≤ 35%、NYHA III ~ IV 级者可应用 CRT 降低心衰恶化风险。(证据级别: C)

高血压及外周血管病论坛

颈动脉疾病治疗: 指南有差异 遵循讲章法

厦门市心脏中心 王焱 叶涛

颈动脉内膜剥脱术(CEA)与颈动脉支架术(CAS)是目前防止中重度颈动脉狭窄患者脑卒中的主要再血管化治疗方法。

症状性颈动脉狭窄治疗 2011年,美国心脏病学院/美国心脏学会(ACC/AHA)等16家专业学会联合指南对CAS术的推荐更积极,认为CAS术与CEA术都可作为治疗选择,二者几近等同。但2011年血管外科学会(SVS)指南、2011年澳大拉西亚(Australasian)指南对CAS术作为CEA术之外的可选治疗给出的推荐度较低,认为大部分患者CEA术优于CAS术。2011年,ESC指



王焱教授

南认为CEA术仍是治疗金标准,适用高外科手术风险或围手术期中/死亡发生率 < 6%的手术量较大中心。

无症状颈动脉狭窄治疗 ACC/AHA指南认为,CAS术在无症状患者可作为治疗选择。ESC指南给予CAS术在无症状患者II b级推荐,且强调CAS术应在围术期中/死亡发生率 ≤ 3%的手术量较大的中心进行。SVS、Australasian、NICE指南认为,CAS治疗无症状患者的依据尚不足,NICE指南更强调对无症状患者行CAS术时一定要患者充分知情、缜密审核。

颈动脉介入治疗前景 相信随动脉狭窄支架治疗器械和方法的不断发展与完善,诸如使用覆膜支架、采用新栓子防治策略等,安全性与有效性必会逐渐增高,成为比肩甚至超越CEA术的主流方法。目前而言,患者颈动脉狭窄行介入治疗必须严格术者的培训与资质,加强质控,基于目前依据应充分考虑病变特点、并存疾病状况、术者经验、所在医疗团队特点,给予患者个体化治疗。

CHC2012

12日 08:30-12:30

三层 301AB 会议室

创建优质高血压科: 无可回避的现实需求

河南省人民医院高血压科 王浩

构建高血压科必要性 既往认为继发性高血压患病率为5%,但高血压专科住院患者近30%。几乎各临床学科医生在临床或多或少都会诊治高血压患者,但绝大多数仅依据血压水平作出原发性高血压诊断,然后开降压处方,很少或根本不鉴别继发性高血压。近期原发性醛固酮腺瘤指南指出,2%的1级高血压患者为原发性醛固酮增多症,该比例在2级、3级高血压分别为8%和13%,平均6.1%。我科总结50余例嗜铬细胞瘤患者几乎都曾被诊



王浩教授

为原发性高血压! 2亿高血压患者有多少继发性高血压被漏诊? 站在临床医疗质量角度亟需建立高血压专科。

构建高血压科条件 首先,领导高度重视和支持是搭建学科平台关键,要有一定床位保证危急重症患者住院诊治。其次,热爱高血压的学科带头人

与团队;医院应具备较强综合实力,许多继发性高血压的鉴别与治疗需影像、同位素、检验、泌尿外科、骨科、介入科、心外科、脑外科等多学科默契配合。最后,综合实力

强是重要条件,科研实力强的医院可再细分科研或临床为主的高血压团队。

运行需注意的问题 严格界定高血压科诊疗范围与界限,应以收治疑似继发性高血压或疑难高血压为主,与其他专业互相配合。高血压专科可作为基层高血压防治的技术支撑,双向转诊可建立既有广度又有技术深度的高血压防治网络架构。河南省正在组建这样的高血压防治网络架构,我科为技术后盾,与全省各地市、县、社区建立长久高血压网络体系,基层高血压患者广覆盖的人网常年监控管理,其中疑难高血压转诊地、市高血压科诊断清楚和制定治疗方案后转回社区或当地医院常年管理。

内外科联合消融: 确保房颤获益新契机

阜外医院心律失常中心 姚焯

2004年美国学者和笔者先后提出碎裂电位消融术和步进式个体化线性消融,二者均不主张盲目隔离肺静脉。不同之处在于前者基于多子波学说,后者据人类在体64极三维标测结果,基本不涉及左房后壁。尽管碎裂电位消融因较难重复沦为肺静脉隔离术补充,线性消融也未成为主流,但绝大多数医生均认同线性消融对持续性房颤必不可少。

最近美国学者采用64极标测和自编算法程序,提出不对肺静脉隔离也可消融成功,引起较大关注。然而基于笔者团队2000余例经验,发现最大问题已非术式而是消融效能。大量研究证实,未能形成透壁损伤是房颤消融失败或形成房扑的关键,原因主要在于心房组织纤维化、解剖结构和消融器械的局限性。另一方面,虽然反复多次消融可提高消融成功率,但仍存在瓶颈,继发无症状性脑梗死风险不容忽视。

近年欧洲和我院内外科的内-外膜消融取得良好效果。治疗策略包括内-外科同步杂交术式和分期术式。基于国情考量,我院采用先行内科导管消融,复发后再行胸腔镜外膜消融的分期联合消融。笔者认为,房颤根治的疗效要获得根本性提高关键在于内外联合消融。

I、III和V₁导联: 指导CRT电极植入

来自土耳其Osmangazi大学的B. Gorenek教授为与会者详细讲述了心脏再同步化治疗与心电图的关系,他指出可以通过心电图导联判断电极导线植入情况,强调I、III和V₁导联的重要性。

CRT已成为中重度心衰合并宽QRS波患者的主要治疗方式之一。2010年欧洲心力衰竭治疗指南中指出, NYHA II~IV级患者、LVEF ≤ 35%,且满足QRS波宽度限要求时,该类患者植入CRT为I类适应证。其中QRS宽度为CRT植入的重要参考指标。

Gorenek教授介绍,当双心室起搏转变为右心室或左心室起搏时,心室除极电轴亦会发生改变,额面电轴I和III导联的幅度和方向变化可以提供较准确的判断效果。右心室导线置于心尖的情况下,双心室起搏时I和III导联主波均应向下;如果I导联主波以R波为主,说明起搏方式为右心室起搏,左心室失夺获;如果III导联主波以R波为主,说明起搏方式为左心室起搏,右心室失夺获。双心室起搏时V₁导联多为正向,R波出现是左室起搏的证据,如果右室电极导线置于心尖部但V₁导联主波为负向,说明双心室心肌基质出现异常;如果缺血或存在瘢痕阻滞,不一定是左室导线起搏器异常的特征性表现。

(于君供稿)