

二级医院急性冠状动脉综合征治疗现状与指南的差距

李 勇

[摘要]目的:了解二级医院急性冠状动脉综合征(ACS)治疗现状与指南的差距。方法:对119例ACS患者的治疗情况进行回顾性分析,其中64例为ST段抬高型心肌梗死(STEMI组),55例为非ST段抬高型心肌梗死或不稳定型心绞痛(NSTEMI/UAP组)。结果:STEMI组中,18例行尿激酶静脉溶栓治疗,NSTEMI/UAP组住院期间未进行任何再灌注治疗;23例住院稳定后转院择期经皮冠状动脉介入治疗,其中STEMI组与NSTEMI/UAP组分别为29.7%和7.3%。在STEMI组与NSTEMI/UAP组中使用阿司匹林分别为98.4%和98.2%,氯吡格雷92.2%和67.3%,血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂73.4%和83.6%,他汀类调脂药98.4%和92.7%, β 受体阻滞剂60.9%和78.2%,低分子量肝素(LMWH)93.8%和72.7%,硝酸酯类药82.8%和94.5%,钙离子拮抗剂0.3%和12.7%,中成药82.8%和90.9%;2组比较,STEMI组中氯吡格雷和LMWH及再灌注治疗高于NSTEMI/UAP组($P < 0.01$),而 β 受体阻滞剂少于NSTEMI/UAP组($P < 0.05$)。结论:在基层二级医院治疗ACS中,治疗STEMI执行指南比NSTEMI/UAP要好,二者仍有一定的提升空间。

[关键词] 急性冠状动脉综合征;心肌梗死;心绞痛;不稳定型;指南;差距

[中国图书资料分类法分类号] R 543.3

[文献标识码] A

Disparity between the present management of acute coronary syndrome in the basic secondary hospital and the guidelines

Li Yong

(Department of Internal Medicine, Mingguang People's Hospital, Mingguang Anhui 239400, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the disparity between the treatment of different types of acute coronary syndrome(ACS) in the basic secondary hospital and the guidelines. **Methods:** A retrospective analysis was performed on 119 ACS patients. Among them 64 suffered from ST-segment elevation myocardial infarction(STEMI) and 55 non-ST elevation myocardial infarction(NSTEMI) or unstable angina pectoris(UAP). **Results:** Among the 64 cases of STEMI, 18 received urokinase thrombolytic therapy; 23 patients in the STEMI group (29.7%) and NSTEMI/UAP group (7.3%) were transferred to other hospitals to receive percutaneous coronary intervention(PCI) treatment (35.9%) when in stable condition. The difference was significant. Among the patients in STEMI group and NSTEMI/UAP group 98.4% and 98.2% were respectively administered Aspirin, 92.2% and 67.3% clopidogrel, 73.4% and 83.6% angiotensin converting enzyme inhibitors or angiotensin II receptor antagonist, 98.4% and 92.7% statins, 60.9% and 78.2% β receptor blockers, 93.8% and 72.7% low molecular weight heparin(LMWH), 82.8% and 94.5% nitrate drug, 0.3% and 12.7% calcium channel blockers(CCB) and 82.8% and 90.9% Chinese medicine. The clopidogrel, LMWH and reperfusion therapy were more often used in the STEMI group than in the NSTEMI/UAP group ($P < 0.01$), while β -blocker and nitrate drugs were less used ($P < 0.05$). **Conclusions:** The guidelines are better implemented in management of STEMI than that of NSTEMI/UAP in basic secondary hospitals. There are still chances to improve.

[Key words] acute coronary syndrome; myocardial infarction; angina, unstable; guidelines; difference

随着急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)各种大型临床试验的完成,ACS各种临床指南不断更新^[1-3],并在临床推广普及,但由于临床医生对疾病认识程度的不同,其治疗和指南往往存在一定的差距。我院是二级甲等综合医院,其治疗现状在二级医院中具有代表性。现就2007年6月至2010年9月我院ACS治疗情况作回顾性

分析,旨在了解二级医院在不同类型ACS的治疗中与指南的差距,以指导我们日后的工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究收集住院1~17天的资料完整的119例患者,男74例,女45例;年龄39~87岁。诊断符合ACS的条件^[1-4]。并将其分为ST段抬高型心肌梗死(STEMI)组和非ST段抬高型心肌梗死或不稳定型心绞痛(NSTEMI/UAP)组,记录各种治疗情况,并进行汇总。急性心肌梗死69例,其

[收稿日期] 2011-03-23

[作者单位] 安徽省明光市人民医院 内科 239400

[作者简介] 李 勇(1967-),男,副主任医师。

中 STEMI 64 例(左心室前壁-广泛前壁梗死 38 例,下后壁及右心室梗死 26 例); NSTEMI 5 例; UAP 50 例,其中变异型心绞痛 2 例。合并高血压 31 例,糖尿病 13 例,慢性阻塞性肺疾病(COPD) 4 例,尿毒症 2 例,肿瘤 4 例,脑血管意外 6 例,胆囊炎胆囊结石 5 例。并发心源性休克 5 例。

1.2 统计学方法 采用 χ^2 检验和四格表确切概率法。

2 结果

2.1 再灌注治疗 64 例 STEMI 中,行尿激酶(UK)静脉溶栓治疗 18 例,临床再通/可疑再通者 10 例,未通 8 例,再通率 55.6%;病情稳定后转院经皮冠状动脉介入治疗(PCI) 19 例(29.7%);其中未溶栓者中,入院时超溶栓时间窗 35 例(54.7%),肾衰竭 2 例,家人拒绝 2 例,自溶再通 4 例,原因不明 3 例。55 例 NSTEMI/UAP 住院期间未行任何再灌注治疗,病情稳定后转院 PCI 4 例(7.3%)。STEMI 组静脉溶栓及转院 PCI 病例明显高于 NSTEMI/UAP 组($P < 0.01$) (见表 1)。

2.2 药物使用情况 119 例入院即使用阿司匹林(ASA) 117 例(98.3%),氯吡格雷 96 例(80.7%),低分子量肝素(LMWH) 100 例(84.0%)。在 STEMI

组中,ASA、氯吡格雷及 LMWH 使用率为 98.4%、92.2% 及 93.8%;而在 NSTEMI/UAP 组中,分别为 98.2%、67.3% 及 72.7%;除 ASA 外($P = 1.000$),STEMI 组中氯吡格雷及 LMWH 使用率均明显高于 NSTEMI/UAP 组($P < 0.01$)。119 例患者中,血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂(ACEI/ARB)、 β 受体阻滞剂、他汀类、硝酸酯类、钙离子拮抗剂(CCB) 及中成药使用率分别为 78.2%、68.9%、95.8%、88.2%、7.56% 及 86.6%;在 STEMI 组中 6 类药使用率分别为 73.4%、60.9%、98.4%、82.8%、3.1% 及 82.8%,在 NSTEMI/UAP 中 6 类药使用率分别为 83.6%、78.2%、92.7%、94.5%、12.7% 及 90.9%;STEMI 组中 β 受体阻滞剂及硝酸酯类药使用率少于 NSTEMI/UAP 组($P < 0.05$),其他 4 类药使用率 2 组相当($P > 0.05$) (见表 1)。

因禁忌证未使用的药物: β 受体阻滞剂 27 例(22.7%),其中包括低血压休克 8 例,心动过缓 10 例,房室传导阻滞 3 例,急性心力衰竭 3 例,COPD 2 例,变异型心绞痛 1 例;ACEI/ARB 17 例(14.3%),其中 16 例血压偏低,1 例肾衰竭;硝酸酯类药有 10 例(8.4%)存在低血压;他汀类 1 例合并肾衰竭。1 例因合并白血病,牙龈出血,未用 LMWH。

表 1 2 组患者治疗情况比较(n)

分组	n	ASA	氯吡格雷	β 阻滞剂	ACEI/ARB	他汀类	硝酸酯类	CCB	LMWH	溶栓治疗	中成药	转院 PCI
STEMI 组	64	63	59	39	47	63	53	2	60	18	53	19
NSTEMI/UAP 组	55	54	37	43	46	51	52	7	40	0	50	4
合计	119	117	96	82	93	114	105	9	100	18	103	23
χ^2	—	—	11.78	4.11	1.80	1.19	3.92	2.65	9.74	18.23	1.67	9.53
P	—	1.000 [△]	<0.01	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01

△示四格表确切概率法

2.3 转归 在 STEMI 组中,病死 3 例,其中猝死 1 例,心脏破裂 1 例,心源性休克 1 例;恶化 2 例,其中 1 例合并尿毒症,1 例休克家属放弃治疗。在 NSTEMI/UAP 组中,猝死 1 例。2 组 ACS 住院转归差异无统计学意义($\chi^2 = 1.14$, $P > 0.05$)。

3 讨论

ACS 是一组具有相似病理生理基础的疾病,包括 STEMI、NSTEMI 及 UAP。目前,对此组疾病有大量的循证医学研究,并据此制定了相关的指南^[1-3]。临床上,医生对 STEMI 比较重视,而对 NSTEMI/

UAP 重视不足,从而导致治疗上存在一些差异。
3.1 药物治疗与指南的差距
3.1.1 抗血小板及抗凝药物治疗 本组患者 ASA、氯吡格雷及 LMWH 均有较高的使用率;在 STEMI 组中,ASA、氯吡格雷及 LMWH 使用率高于刘群等^[5]报道的二级医院,也比三甲医院稍高^[5-6]。在 NSTEMI/UAP 中,氯吡格雷及 LMWH 使用率虽较 STEMI 低,但与国内三甲医院相当^[6]。而与指南相比仍有一定差距,这显然与医务人员的认识不足有关,同时与疾病的严重程度及患者经济承受能力亦有一定关系。因此,应加强医务人员对 NSTEMI/

UAP 指南的再学习、再推广。

3.1.2 ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂、硝酸酯类及他汀类药物应用 本研究中, β 受体阻滞剂及硝酸酯类在 STEMI 组中使用率均低于 NSTEMI/UAP 组 ($P < 0.05$) ,而 2 组中他汀类及 ACEI/ARB 使用率差异无统计学意义。本组中 ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂及硝酸酯类药物使用率与指南相比仍有较大差距,但与国内研究^[5-6] 相似。其使用率低的客观原因主要是这 3 类药物均有降压作用,因低血压等禁忌证影响使用的分别为 14.3%、22.7% 及 8.4% ,而在 STEMI 患者中,病情多较重,血压偏低,心率较慢等使应用更加受限。由于硝酸酯类药物在改善 ACS 缺血症状方面有较好的效果,且有较长的应用经验,一直使用率较高。2 组中他汀类药物使用率均 $> 92\%$,明显高于上述二、三级医院^[4-5] ,可能与医务人员的认识及研究时间先后有关。

3.1.3 其他药物的应用 CCB 对有适应证者,指南也是一类推荐,其主要应用于变异型心绞痛及合并高血压患者。在 STEMI 组中 CCB 使用率仅 3.1% ,低于刘群等^[5] 研究。可能是由于医务人员对短效 CCB 的担心所致。祖国医学虽大多缺乏循证医学证据,但在基层医院使用中成药习惯仍有较高的比例。本组使用中成药的比率为 86.6% ,使用 2 种以上的占 31.9% ,高于刘群等^[5] 研究中的二级及三级医院。因此,如何规范使用中成药,期待有循证医学证据指导的临床指南或专家共识,指导临床合理规范使用。

3.2 再灌注治疗 本组 64 例 STEMI ,应用静脉 UK 溶栓 18 例(28.1%) ,择期转院 PCI 19 例(29.7%) 。其溶栓率明显低于刘群等^[5] 研究中的二级医院,但高于研究^[5-6] 中三级医院。分析溶栓低的原因:主要是入院不及时,存在溶栓禁忌证。所以提高公众对急性心肌梗死症状的认识,及早就诊,是提高溶栓比率的关键。由于本院无数字减影心血管造影设备,没有直接 PCI 患者。但择期转院 PCI 占 29.7% 。说明本院医生对 ACS PCI 治疗的重要性已有一定认识,能较自觉地执行指南。没有直接转院

行急诊 PCI 的主要原因有:(1)本地区能开展直接 PCI 的医院较少;(2)患者及家属担心转运风险;(3)患者入院的时间,如夜间和节假日;(4)担心即使转院也不能得到急诊 PCI 治疗等。

二级医院在 ACS 治疗中,对指南推荐的药物使用有逐年提高的趋势。STEMI 使用明显好于 NSTEMI/UAP ,且基本与国内三级医院相当,但与指南尚有差距;再灌注治疗较低,特别是没有开展急诊 PCI ,与基层医院设备配置较差有关。因此,大力宣传 ACS 的科普知识,提高 ACS 患者的及早就诊,是提高再灌注治疗的关键。由于本研究样本量较少,时间较短,且非多中心研究,故还不能完全反映二级医院对不同 ACS 治疗的现状。

[参 考 文 献]

- [1] Kushner FG ,Hand M ,Smith SC Jr ,et al. 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction(updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention(updating the 2005 guideline and 2007 focused update) : a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [J]. J Am Coll Cardiol 2009 ,54(23) : 2205 - 2241.
- [2] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志 2010 ,38(8) : 675 - 687.
- [3] Andersons JL ,Adams CD ,Antman EM ,et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/ nonST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [J]. J Am Coll Cardiol 2007 ,50(7) : e1 - e157.
- [4] Thygesen K ,Alpert JS ,White HD. Universal definition of myocardial infarction [J]. Circulation 2007 ,116(22) : 2634 - 2653.
- [5] 刘群,赵冬,刘军,等. 中国 ST 段抬高急性冠状动脉综合征诊疗现状调查 [J]. 中华心血管病杂志 2009 ,37(3) : 213 - 217.
- [6] 中国急性冠状动脉综合征多中心临床研究协作组. 中国多省市急性冠状动脉综合征住院患者治疗现状与指南差距分析 [J]. 中华心血管病杂志 2005 ,33(9) : 789 - 792.

(本文编辑 章新生)

本刊已开通网络在线投稿
欢迎您在线投稿、改稿
本刊网址 <http://xuebao.bbmc.edu.cn>