• 标准与指南 •

欧洲心脏病学会指南(五)
生活方式的建议

朱海燕(编译) 沈洪(审校)

【关键词】 欧洲心脏病学会指南; 生活方式

中图分类号:R194;R542.22 文献标识码:B 文章编号:1003-0603(2004)01-0063-02

患者住院期间,医生必须把患者患冠脉疾病可能的病因和患者及其家属、同事分析清楚,给予他们个性化的生活方式建议。包括健康的饮食、控制体重、戒烟和适量运动等。

17 体育活动

医生必须给所有心梗康复患者制定体育锻炼的方案,兼顾患者的年龄、心梗前的锻炼水平和身体的承受能力。出院前的运动试验对于评估患者出院后的活动量大小有很大的帮助,它不仅提供了有益的临床信息,而且对过度焦虑的患者也能起到一种安慰作用。在溶栓时代前的康复治疗荟萃试验显示,体育运动能显著降低患者的病死率。

除了降低病死率外,康复过程中的体育锻炼有很多其它的益处,如改善侧支循环(钆灌注显像显示能减少可逆性的缺血面积)、增加运动量、改善心肺功能。加深对健康的理解,即使对老年人来说,锻炼时也能获得以上的益处。推荐有益的运动频率为每周 3~5 次,每增加 1 次体育活动量,都能减少 8%~14% 的病死率。因此,对所有心梗后显著左室功能障碍的患者,都必须进行康复锻炼。

18 二级预防

18.1 戒烟:大量观察研究发现,戒烟患者的病死率比未戒烟者可减少 50% 以上。因此,戒烟可能是最有效的二级预防措施(见表 6),必须大力提倡。许多吸烟患者在心梗急性期不吸烟,但在康复期回家后会再次吸烟,医务工作者应在康复期继续帮助患者戒烟。一项随机调查表明,护士指导下的戒烟计划是有效的,每所医院都应接受并采纳戒烟协议。

18.2 饮食和辅食:里昂饮食与心脏研究显示,地中海式的饮食习惯可以减少初次心梗患者至少 4 年的再梗死发生率。所以,应建议所有的心梗患者饮食中

作者单位:100853 北京,解放军总医院急诊科

表 6 急性心梗的二级预防

推荐方法	疗效等级				可信度
	I	Ia	Ib	II	
戒烟	X				C
控制糖尿病患者血糖	X				B
控制高血压患者血压	X				C
地中海式饮食	X				B
辅食:n-3 多不饱和脂肪酸鱼油(1 g/d)	X				B
阿斯匹林:75~160 mg/d	X				A
如果不能耐受,口服噻氯匹定 75 mg/d			X		C
口服抗凝药		X			B
β-受体阻滞剂:如果没有禁忌证,给所有的患者口服 β-受体阻滞剂	X				A
ACEI 类药物:第 1 d 就使用	X				A
他汀类:如果控制饮食后总胆固醇 > 4.94 mmol/L, 和(或)低密度脂蛋白 > 2.99 mmol/L	X				A
贝特类:如果高密度脂蛋白 ≤ 1.69 mmol/L, 甘油三酯 ≥ 2.32 mmol/L		X			A
钙离子拮抗剂(地尔硫草、维拉帕米):如果有 β-受体阻滞剂禁忌证但无心衰			X		B
硝酸酯类:无心绞痛				X	A

减少饱和脂肪摄入,增加不饱和脂肪和水果、蔬菜摄入。研究表明,每周至少吃 2 次鱼可以降低再梗死率和病死率。另外,大型的辅食试验表明,富含 n-3 多不饱和脂肪酸的鱼油能显著降低心梗病死率和猝死率。但维生素 E 不能降低心梗患者病死率和猝死率。尚无证据表明抗氧化剂能降低心梗病死率及猝死率。

18.3 抗血小板和抗凝治疗:抗血小板协作组荟萃分析表明,抗血小板治疗能降低心梗后患者 25% 的再梗死率和病死率,试验建议阿斯匹林用量为 75~325 mg/d。小剂量阿斯匹林有效而不良反应更小。

在阿斯匹林广泛应用于心梗患者前,有临床试验表明口服抗凝药能有效降低心梗后患者的再梗死率和病死率。这些试验入选的是心梗后至少 2 周的患者。AFTER 试验比较了急性心梗后口服阿斯匹林和传统的早期口服抗凝药物疗效。结果表明,传统的抗凝药和阿斯匹林相比无明显的优势。但口服抗凝药对以下一些患者益处更大,如大面积的前壁心梗、房颤或者超声心动图显示左室血栓形成。口服阿斯匹林加上小剂量或

低浓度抗凝药与单独口服阿斯匹林相比,不能更好地预防新的缺血事件;口服阿斯匹林加上中等或高浓度的抗凝药[国际标准化比值(INR) > 2.0]与单独口服阿斯匹林相比,可更好地减少再灌注后心梗的再梗死率。最近的两项对心梗后患者的研究表明(ASPECT-2 的病例数为 993, WARIS-2 的病例数为 3 640 例),联合使用口服抗凝药和阿斯匹林可减少心梗后病死率、再梗死率和中风率,但会显著地增加非致死性出血的发生率。目前无指南规定急性心梗后患者必须联合使用口服抗凝药和阿斯匹林,只有在患者不能耐受阿斯匹林时才考虑口服抗凝药。

噻氯匹定近年来已经被作为不伴持续性 ST 段抬高的急性冠脉综合症的次级预防。目前还无再灌注后使用噻氯匹定和使用阿斯匹林的比较研究。对不能耐受阿斯匹林的患者,噻氯匹定是很好的选择。

18.4 β-受体阻滞剂:某些试验和荟萃分析表明,某些 β-肾上腺素能受体阻滞剂,如普萘洛尔、美托洛尔、替米洛尔、阿洛洛尔、卡维地洛能显著降低急性心梗

后恢复期患者 20%~25% 的病死率和再梗死率,其它 β -受体阻滞剂同样能降低急性心梗后恢复期患者病死率和再梗死率,但效果不如前者显著。82 例随机试验荟萃分析强有力地证明了急性心梗患者接受纤溶药物或接受血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)药物治疗后,长期使用 β -受体阻滞剂仍能降低再梗死发病率和病死率。总之, β -受体阻滞剂能显著降低心衰患者病死率,就能降低心梗患者病死率。心梗患者如无 β -受体阻滞剂禁忌证,应常规使用 β -受体阻滞剂。

18.5 钙离子拮抗剂:实验证实,钙离子拮抗剂对心梗患者所起的作用比 β -受体阻滞剂小得多。传统的地尔硫草、维拉帕米试验表明,地尔硫草、维拉帕米可能有预防再梗死和死亡的作用。874 例急性心梗已接受纤溶药物治疗且不伴充血性心衰的患者接受地尔硫草治疗 6 个月(300 mg/d),需冠脉介入治疗的比例降低。地尔硫草、维拉帕米适用于有 β -受体阻滞剂禁忌证的心梗患者,尤其是伴有阻塞性气道疾病的患者。但对心室功能障碍的患者必须慎用钙离子拮抗剂。此外,试验表明,二氢吡啶类药物不能改善心肌梗死患者预后。因此,必须有明确的临床指征才能应用二氢吡啶类药物。

18.6 硝酸盐:关于口服或皮下注射硝酸盐能改善心梗患者预后的理论尚无足够的证据。ISIS-4131、GISSI-3130 试验表明心梗后接受硝酸盐治疗的患者,4~6 周仍不能获益。当然,对心绞痛的患者硝酸盐类仍是一线药物。

18.7 ACEI:一些试验表明,ACEI 类药物能降低急性心梗左室功能下降患者病死率。SAVE 试验入选了急性心梗后 11 d、经核素扫描发现射血分数 <0.40 而运动试验未诱导出心肌缺血的患者,使用 ACEI 类药物后,患者第 1 年病死率并无减少,但接下来的 3~5 年随访发现,病死率下降了 19%(从 24.6% 下降至 20.4%)。从第 1 年随访开始,再梗死率和心衰率也下降。

在 AIRE 试验中,对心梗后并发心衰(临床或影像学)的患者随机使用 5 d

雷米普利,平均 15 个月后,患者病死率从 22.6% 下降至 16.9%(相对下降了 27%)。在 TRACE 试验中,对心梗后平均 4 d 心室壁的运动指数为 1.2 或有更低的左室功能障碍患者随机给予群多普利或安慰剂,平均随访 108 周,结果试验组病死率为 34.7%,对照组病死率为 42.3%;继续随访至少 6 年后,发现生存期增长了 15.3 个月(27%)。3 项研究共同表明,心梗后合并心衰,或射血分数小于 0.40,或室壁运动指数小于 1.2 的患者,如果没有禁忌证,都应该使用 ACEI 类药物。

总之,如没有禁忌证,对所有因心梗入院的患者都应使用 ACEI 类药物。心梗急性期合并低血压、肾衰竭的患者则禁用 ACEI 类药物。对小面积下壁心梗等相对低危的患者,使用 ACEI 类药物治疗在早期获益大明获益程度小。

心梗后患者随访研究获得的数据和 HOPE 试验获得的数据均表明,对心梗后即使没有心室功能障碍患者坚持使用 ACEI 类药物治疗至少 4~5 年,也能从中获益,对糖尿病合并心梗的患者益处更大。心梗后患者只要无禁忌证,正如单独或联合使用阿斯匹林或 β -受体阻滞剂一样,都应该使用 ACEI 类药物治疗。也许进一步的试验(如 EUROPA 和 PEACE)能为心梗后坚持使用 ACEI 类药物提供更多的支持。

18.8 调脂药物:斯堪的那维亚斯伐他汀生存研究(4S)对 4 444 例心绞痛和(或)心梗后血清胆固醇水平在 5.5~8.0 mmol/L(212~308 μ g/dl,饮食控制后)患者使用调脂药物,其疗效肯定。该项研究入选患者为急性心梗后 6 个月的患者和低危患者。研究表明,平均 5.4 年后总病死率下降了 30%(从 12% 降至 8%)。也就是说接受调脂药物治疗后,每 1 000 个人中有 33 个人获救,冠心病的病死率大大下降,需冠脉旁路移植手术(coronary bypass surgery)的患者也大大减少。60 岁的患者获益程度和年轻人一样。但是对妇女而言,主要冠脉事件的下降无显著的统计学意义,这也许是因

为入选的妇女样本数较少。在 CARE 研究中,4 159 例渡过心梗急性期的患者(平均血清胆固醇水平为 5.4 mmol/L)接受普伐他汀或安慰剂 40 mg/d 治疗 3~20 个月后。接受普伐他汀治疗的患者致命性冠心病事件、心梗和再梗死事件下降了 24%。这和试验中血管重建术治疗组疗效相同。

LIPID 研究对 9 000 例心梗后或不稳定性心绞痛后血清胆固醇水平波动大的患者进行了血脂研究,其中 42% $\leq$ 5.5 mmol/L(213 mg/dl),44% 5.5~6.4 mmol/L(213~250 mg/dl),13% $\geq$ 6.5 mmol/L(251 mg/dl),随机给予普伐他汀或安慰剂 40 mg/d,共 6 年,结果普伐他汀组冠心病的病死率下降了 24%,心梗或再梗死的病死率下降了 29%。吉非罗齐研究(贝特类药物)对一组心梗后血清胆固醇水平按如下规律波动的患者使用吉非罗齐治疗:高密度脂蛋白 $\leq$ 1.04 mmol/L(40 mg/dl),低密度脂蛋白 $\leq$ 3.6 mmol/L(140 mg/dl),甘油三酯 $\leq$ 7.7 mmol/L(300 mg/dl),患者病死率下降 24%。BIP 研究中,对心梗后或稳定性心绞痛后血清高密度脂蛋白 $\leq$ 1.17 mmol/L(45 mg/dl)患者使用苯托贝特,致命性的心梗或非致命性的心梗病死率及猝死率非显著性地下降了 7.3%。高甘油三酯的患者获益更大。

调脂药物可用于如以上试验提及的心梗患者。总之,按照 ESC 指南,除了饮食调节作用外,总胆固醇 $\geq$ 4.9 mmol/L(190 mg/dl)和(或)低密度脂蛋白 $\geq$ 2.97 mmol/L(115 mg/dl)的心梗患者都应接受调脂治疗。最近 HPS 研究结果表明,即使是血脂已降低患者、年老患者或低 HDL 患者,也应坚持调脂治疗。但目前对心梗等冠心病事件发生后多久使用调脂治疗仍存在争议。最近瑞典试验获得的数据表明早期、积极的调脂治疗较好。

(未完待续)

(收稿日期:2003-11-14)

修回日期:2003-12-16)

(本文编辑:李银平)

热烈祝贺我刊编委郝希山教授当选中国工程院院士