

泛血管疾病抗栓治疗

动脉粥样硬化是泛血管疾病最主要的病理特征。动脉粥样硬化的发展是一个连续且累及全身动脉的过程，随着动脉粥样硬化斑块进展，可继发斑块侵蚀/破裂、血栓形成等病理过程，这也被认为是大多数急性心肌梗死、缺血性卒中或严重肢体缺血等急性缺血事件的主要病理基础。

一、抗栓治疗原则

1. 风险评估：

缺血风险评估：多血管病变（如冠心病+卒中+外周动脉疾病）、复杂 PCI、糖尿病、肾功能不全等。

出血风险评估：高龄（ ≥ 75 岁）、既往出血史、贫血、肝肾功能不全、合用抗凝/抗血小板药物等。

表1 泛血管疾病患者的高缺血风险评估

项目	风险因素
多血管疾病	(1) CCS+LEAD 或颈动脉疾病; (2) CCS+缺血性卒中或 TIA; (3) LEAD+缺血性卒中或 TIA; (4) LEAD+颈动脉疾病; (5) CCS+LEAD 或颈动脉疾病+缺血性卒中或 TIA
单血管疾病	
CCS	(1)既往心肌梗死史; (2)既往复杂冠状动脉 PCI 史; (3)多支冠状动脉病变; (4)单支多节段冠状动脉病变; (5)糖尿病; (6)eGFR<60 ml·min ⁻¹ ·(1.73 m ²) ⁻¹ ; (6)微量或大量白蛋白尿; (7)心力衰竭
PAD	1. 症状性 LEAD: (1)糖尿病; (2)eGFR<60 ml·min ⁻¹ ·(1.73 m ²) ⁻¹ ; (3)微量或大量白蛋白尿; (4)心力衰竭; (5)慢性肢体威胁性缺血; (6)慢性 LEAD 急性发作; (7)既往下肢截肢史; (8)既往下肢血运重建史; (9)当前吸烟; 2. 颈动脉疾病: (1)糖尿病; (2)eGFR<60 ml·min ⁻¹ ·(1.73 m ²) ⁻¹ ; (3)微量或大量白蛋白尿; (4)心力衰竭
缺血性卒中/TIA	1. TIA: ABCD2 评分≥4分; 2. 缺血性卒中: (1)年龄≥75岁; (2)重度高血压; (3)糖尿病; (4)心力衰竭; (5)既往缺血性卒中或 TIA 史

注:多血管疾病中上述各项可直接视为“高缺血风险”;单血管疾病中存在上述至少1项风险因素即定义为“高缺血风险”;CCS为慢性冠状动脉综合征;LEAD为下肢动脉疾病,定义为踝臂指数(ABI)<0.9或下肢动脉管腔狭窄>50%;颈动脉疾病定义为颈动脉管腔狭窄>50%或血运重建术后;TIA为短暂性脑缺血发作;复杂冠状动脉经皮冠状动脉介入治疗(PCI)指左主干 PCI、分叉病变 PCI、多支血管 PCI、≥3个支架、慢性完全闭塞病变 PCI 或支架总长度>60 mm;eGFR为估算肾小球滤过率;PAD为外周动脉疾病;ABCD2评分项目为年龄≥60岁(1分)、血压≥140/90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)(1分)、单侧肢体无力(2分)、言语障碍不伴肢体无力(1分)、症状持续时间≥60 min(2分)或 10~59 min(1分)、糖尿病(1分)

表2 泛血管疾病患者的高出血风险评估

项目	风险因素
年龄	年龄≥75岁且合并下列至少1项出血危险因素:(1) eGFR<60 ml·min ⁻¹ ·(1.73 m ²) ⁻¹ ; (2)血红蛋白男性<130 g/L、女性<120 g/L; (3)12个月内的自发性出血[需住院和(或)输血]; (4)长期使用非甾体抗炎药或类固醇; (5)中重度卒中史
出血	(1)6个月内的自发出血[需住院和(或)输血]; (2)自发性颅内出血史; (3)12个月内创伤性颅内出血; (4)复发性消化道出血; (5)凝血障碍或慢性出血倾向; (6)血红蛋白<90 g/L
器官	(1)严重肝病; (2)需透析或 eGFR<15 ml·min ⁻¹ ·(1.73 m ²) ⁻¹ 的肾功衰竭; (3)骨髓衰竭,如中重度血小板减少症(血小板计数<50×10 ⁹ /L); (4)6个月内的中重度卒中; (5)脑血管畸形; (6)与出血风险增加相关的胃肠道疾病; (7)12个月内活动性恶性肿瘤

注:存在至少1项表中风险因素即定义为“高出血风险”;eGFR为估算肾小球滤过率;出血倾向指皮肤、黏膜和(或)组织器官自发性出血或轻微创伤后出血不易自行停止的情况;胃肠道疾病包括消化道溃疡、炎症性肠病、食管炎、胃炎、胃食管反流病或胃肠道肿瘤等

二、多血管病变的抗栓治疗

1. 冠心病 (CCS) 合并外周动脉病 (LEAD) 或颈动脉疾病患者如无高出血风险, 应考虑 DPI 或 DAPT 治疗。

2. CCS 合并缺血性卒中或 TIA 患者如无高出血风险, 应考虑 DPI 治疗 (IIa, B)。对于 CCS 合并缺血性卒或 TIA 患者, 如伴高出血风险, 推荐 SAPT 治疗 (I, A)。

3. LEAD 合并缺血性卒中或 TIA 患者, 如无高出血风险, 应考虑 DPI 治疗 (IIa, B)。对于 LEAD 合并缺血性卒中或 TIA 患者, 如伴高出血风险, 推荐 SAPT 治疗 (I, A)。

4. LEAD 合并颈动脉疾病患者, 如无高出血风险, 应考虑 DPI 治疗 (IIa,

B)。对于 LEAD 合并颈动脉疾病患者，如伴高出血风险，推荐 SAPT 治疗 (I, A)

5.对于 3 个血管床疾病 (CCS+LEAD 或颈动脉疾病+缺血性卒中或 TIA) 患者，如无高出血风险，应考虑 DPI 治疗 (IIa, B)。对于 3 个血管床疾病患者，如伴高出血风险，推荐 SAPT 治疗 (I, A)。

(DPI 治疗：阿司匹林 75~100 mg/d + 利伐沙班 2.5 mg bid (双通道抗栓)。

DAPT 治疗：阿司匹林+氯吡格雷/替格瑞洛 (双联抗血小板。)

三、出血处理流程

轻微出血：继续抗栓，对症处理 (如局部止血)。

中度出血：暂停抗栓，支持治疗 (如输血)。

严重出血：停用抗栓药物，使用逆转剂 (如维生素 K 对抗华法林)。必要时多学科会诊 (消化内镜/外科干预)。

参考文献：

[1] 中国医师协会心血管内科医师分会. 泛血管疾病抗栓治疗中国专家共识 (2024 版). 中华医学杂志, 2024, 104(12):906-923.

DOI:10.3760/cma.j.cn112137-20231101-00959