

# 重视女性的不同

## 解读AHA女性急性心肌梗死科学声明

中国医学科学院阜外医院 颜红兵

### 为什么要发表声明?

心血管疾病是美国女性及男性死亡的头号原因。但是,女性患者首次心肌梗死的1年和5年死亡率分别为26%和47%,明显高于男性(分别为19%和36%)。女性心血管疾病更多表现为非ST段抬高型心肌梗死(NSTEMI)、非阻塞

性冠状动脉疾病、自发性冠状动脉夹层或冠状动脉痉挛,在接受血运重建治疗后,住院时间更长,住院死亡率更高,出血并发症更多,出院后30天内再次住院率高达30%。然而,在过去10年,女性心血管疾病死亡率已经明显降

低,这部分归功于对女性群体及心血管危险因素意识的增加以及冠心病循证医学治疗的应用。

在此背景下,2016年1月25日美国心脏学会(AHA)在全面回顾433篇相关文献基础上,首次对女性急性心肌梗死(AMI)做

出科学声明[在线发表于《循环》(Circulation)杂志],全面综述了AMI女性患者的临床表现、病理生理学特征、治疗和转归的现有证据,提出了未来的研究方向,这篇重要声明对我国的临床实践和研究同样具有借鉴意义。



颜红兵教授

### 目前对女性急性心肌梗死的认识

#### 病理生理学特点

斑块破裂、斑块糜烂和钙化结节是血栓性阻塞导致AMI的3大血管事件。虽然斑块破裂与76%男性的致死性心肌梗死有关,但是仅与55%的女性有关。而斑块糜烂则更多见于年轻女性,这可以解释为什么年轻患者和女性更多见无冠状动脉闭塞的心肌梗死。斑块糜烂与27%的ST段抬高型心肌梗死(STEMI)和31%的NSTEMI有关。女性和绝经前状态是预测斑块糜烂导致冠状动脉血栓性病变的2个危险因素。

与男性比较,女性冠状动脉痉挛患者年龄更大、较少吸烟、较少有严重冠状动脉疾病。与老年女性比较,年轻女性冠状动脉痉挛患者的5年生长期明显缩短。

自发性冠状动脉夹层更多见于女性,对于缺乏典型动脉粥样硬化危险因素但表现为急性冠脉综合征(ACS)的年轻女性,应当考虑自发性冠状动脉夹层。

#### 心血管危险因素

与男性比较,大量吸烟、2型糖尿病、抑郁和其他心理危险因素对女性的影响更大。吸烟是女性发

生心肌梗死的单一最重要的危险因素,是<55岁女性患者发生心肌梗死的头号原因,增加发病风险7倍。高血压病与女性发生心肌梗死关系更密切。总胆固醇和低密度脂蛋白水平升高与中年女性的心源性死亡关系更密切。高密度脂蛋白和甘油三酯水平降低是女性发生冠心病的一个强力预测因素。

肥胖是女性发生AMI的重要危险因素,其发病风险增加3倍。年轻女性代谢综合征患者与发生心肌梗死的风险密切相关,其发病风险增加5倍。合并糖尿病的女性发生冠状动脉事件风险高于男性,是年轻女性发生ACS的一个强力危险因素,其发病风险增加4~5倍。

心理因素和情绪紧张尤其影响女性缺血性心脏病的发生和发展。与男性相比,女性患有糖尿病、抑郁症和既往接受经皮冠脉介入治疗(PCI)的比例更高。女性发生抑郁的比例是男性的2倍,是发生心肌梗死或心源性死亡的重要危险因素,至少增加发病风险50%。

#### 临床表现

女性心肌梗死患者通常表现为非典型的胸痛和

心绞痛等危症(例如呼吸困难、乏力、疲倦和消化不良),导致误诊、血运重建治疗延迟和心肌梗死后死亡比例更高。

#### 治疗

女性STEMI患者的血运重建治疗同样包括溶栓治疗、介入治疗和外科搭桥治疗。由于女性高龄、糖尿病、高血压病和心力衰竭合并率高,接受溶栓治疗后的并发症发生率和死亡率高于男性。虽然直接PCI较溶栓治疗有诸多优点,但是女性接受直接PCI的住院死亡率仍然高于男性,非中枢系统出血发生率较高。接受急诊外科搭桥治疗的女性患者往往年龄较大、合并性疾病较多,因此住院死亡率风险升高,术后肾功能不全、神经系统并发症和术后心肌梗死增多。

女性NSTEMI患者可从血运重建中获益,但更易发生出血、心力衰竭、休克、再次心肌梗死、卒中和再次入院。接受外科搭桥治疗的女性患者术后更多地需要接受升压药物治疗、主动脉球囊反搏术、呼吸机支持、透析和输血。

女性患者实施抗血小板和抗凝治疗的获益与男性相当,但是出血风险升

高。应用β受体阻滞剂和他汀类药物的获益也与男性相当。对于合并无症状的心衰女性患者,应用血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素受体拮抗剂治疗并未获益。此外,大约80%的患者在发生心肌梗死后并未参阅心脏康复训练。

#### 并发症

女性患者更多发生出血并发症、机械性并发症和心衰。与男性相比,接受抗血小板和抗凝治疗的女性患者住院期间发生出血性并发症的风险升高43%,接受PCI后住院期间的严重出血(穿刺部位出血)发生率明显升高,因而增加死亡率。接受溶栓治疗的女性患者颅内出血发生率明显升高。

女性心肌梗死患者更容易发生心源性休克,与女性患者年龄较大以及较多合并糖尿病、高血压病和心衰有关。女性患者发生急性二尖瓣关闭不全的风险升高。老年女性和不吸烟女性发生室间隔穿孔的风险升高。游离壁破裂和心脏压塞更常见于女性,与年龄大、前壁心肌梗死和溶栓治疗延迟有关。此外,女性患者发生房颤和缓慢性心律失常的风险升高。

### 问题与展望

声明列举了目前对于女性AMI认识不足的9个方面:①与男性相比,什么原因导致年轻女性ACS的死亡率升高?②什么是女性心肌梗死患者发生动脉粥样硬化的独特病理生理学表现?③如何有效缩短女性的治疗延迟?④导致女性心肌梗死患者机械性并发症的机制是什么?如何有效预防这些并发症?⑤影响心肌梗死发生和康复的心理因素的机制是什么?⑥什么是改善女性心血管健康行为的最有效干预措施?⑦对女性冠心病发生和发展的生物学、病理生理学和心理学的因素有哪些?⑧在女性心肌梗死患者的诊断和治疗中,减少民族和种族差异的最有效措施是什么?⑨性别差异在应用循证指南预防和治疗女性心血管疾病过程中,可改变的因素是什么?

声明特别提出了10个改善女性AMI患者疗效需要优先解决的问题:①提高女性、医疗机构、公众和政府部门对心肌梗死风险、性别相关症状与临床表现的

认识;②评估遗传与环境因素在预测女性早发冠心病中的价值;③评估心理及社会危险因素(如抑郁、压力感受、婚姻冲突、焦虑、社会支持等)对心血管疾病发生和发展的影响;④改进诊断和治疗女性冠状动脉痉挛、自发性冠状动脉夹层和微血管障碍冠心病的方法;⑤为ACS患者及伴侣提供出院前的性咨询;⑥提高二级预防药物的治疗率,并特别强调医生与患者对指南的依从性;⑦实施有效的心理治疗以减少障碍,提高对指南建议的依从性,提高生活质量;⑧开发和评估女性患者发病后新的、个体化的二级预防策略,用移动技术、同伴支持、健康教练、社区卫生工作者和远程医疗替代在医院实施的心脏康复计划;⑨开发和评估有效的一级和二级预防行为及干预措施,这些措施要通俗易懂,适合于各种临床和社区环境;⑩制订在心血管疾病临床研究中增加纳入所有年龄女性的策略,提高强制性纳入率,要求按性别分层来报告数据。

### 对我国临床实践的启示

从美国在过去32年的相关研究和临床实践结果来看,至少可以得到两个结论:①女性AMI患者的临床表现、病理生理学特征、治疗和转归尤其特殊,不能完全与男性患者同等对待,应当加以重视;②虽然有上述特殊性,如果严格按照指南建议来

进行诊断和治疗,女性患者同样获益,但是获益不及男性患者,因此需要加强诸多方面的研究。

目前,上述各个方面的中国数据非常缺乏,我国亟需全面开展相关的临床研究,以指导临床实践。AHA的这一声明无疑会给我们提供很多启示。

#### 链接

临床指南(Clinical Guidelines)是以循证医学为基础,由专业学术组织撰写,针对特定临床问题,经系统研究后制定发布,用于帮助临床医生和患者做出恰当决策的指导性文件。科学声明(Scientific Statements)旨在提高医学专业人士对疾病病因、预防、检查与治疗相关前沿科学知识的认识,反映了业内领军专家学者的共同认识。在循证水平上,临床指南最高、专家共识其次、科学声明最低。(颜红兵教授补注)

