

## 2024 泛血管疾病抗栓治疗中国专家共识重点内容

### 摘要

泛血管疾病是以血管病变(其中 95%为动脉粥样硬化)为共同病理特征的系统性疾病,可表现为冠状动脉疾病、脑血管疾病、外周动脉疾病等,也可表现为 2 个及以上血管床疾病的组合,即多血管疾病。我国泛血管疾病负担沉重,是我国人民死亡最主要的原因,患者预后亟待改善。泛血管疾病的管理虽分属不同学科,但往往存在相似的危险因素及病理生理机制,在治疗方面也存在一定的共性。抗栓治疗是泛血管疾病重要的治疗手段,主要包括抗血小板和抗凝治疗,针对不同缺血及出血风险和病程不同阶段的患者,目前尚缺乏各学科统一的指导意见。鉴于规范的抗栓治疗在泛血管疾病治疗中的重要价值,中国医师协会心血管内科医师分会牵头组织国内心血管病学、血管外科学、神经病学以及内分泌学等领域的 33 名资深专家成立共识工作组,基于中国泛血管疾病的治疗需求,结合已发表的临床研究证据、各专科指南和共识,以及本共识专家组建议,形成《泛血管疾病抗栓治疗中国专家共识(2024 版)》,旨在规范抗栓治疗在泛血管疾病中的应用,提高泛血管疾病患者抗栓治疗的临床获益,改善患者预后并减轻泛血管疾病造成的经济负担和社会负担。

2021 年 5 月,中华人民共和国科学技术部发布国家重点研发计划“常见多发病防治研究”重点专项——泛血管疾病(panvascular disease)筛查、

系统评价及防治体系研究。泛血管疾病首次以重点专项的形式从国家重大科技战略研究的层面获得政府的大力支持，标志着国家对泛血管疾病防控的重视。冠心病、外周动脉疾病（PAD）和缺血性卒中/短暂性脑缺血发作（TIA）等血管疾病虽分属不同学科，但具有相似的危险因素、病理生理机制和治疗策略，可进行综合防治管理。我国虽已发布了一系列冠心病、脑卒中和 PAD 等血管疾病相关的专科指南和共识，但仍缺乏泛血管疾病抗栓治疗系统管理的指南或共识。

本共识依据已发表的临床研究证据，结合国内外相关指南或共识以及专家建议，着眼于解决泛血管疾病的抗栓治疗问题，旨在提高抗栓治疗的临床获益，改善我国泛血管疾病患者预后。

## 一、本共识制订方法学

### （一）共识发起机构与专家组成员

本共识制订由中国医师协会心血管内科医师分会发起，邀请国内心血管病学、血管外科学、神经病学以及内分泌学等领域的 33 名资深专家成立工作组。共识制订工作于 2023 年 3 月启动，于 2023 年 11 月定稿。

### （二）共识使用者与应用目标人群

本共识适用于各级医疗机构和管理机构组织开展泛血管疾病患者抗栓治

疗指导工作。本共识的使用者包括但不限于各级医疗机构泛血管疾病诊疗相关医务工作者。共识推荐意见的应用目标人群为适宜接受抗栓治疗的泛血管疾病患者。

### （三）关键问题遴选与确定

通过系统检索泛血管疾病抗栓治疗领域已发表的指南、共识及综述类文献，工作组根据我国泛血管疾病抗栓治疗过程中的关键临床问题，确定共识的初步框架，根据每一轮咨询中专家们的讨论和反馈意见，进一步明确本共识的关键方向。

### （四）证据检索

共识制订工作组成立了证据检索与评价小组，针对最终纳入的关键问题，按照人群、干预、对照和结局原则进行文献检索，文献数据库包括 PubMed、Embase、Web of Science、中国知网、万方知识服务平台和中国生物医学文献数据库。此外，工作组也对泛血管疾病抗栓治疗相关综述或指南的参考文献进行检索，参考了《欧洲心脏病学会慢性冠状动脉综合征诊断和管理指南(2019)》《亚太心脏病学会高危慢性冠状动脉综合征抗栓管理共识(2020)》《美国心脏协会/美国心脏病学会慢性冠状动脉疾病患者管理指南(2023)》《欧洲血管外科学会血管疾病抗栓治疗临床实践指南(2023)》《美国心脏协会/美国卒中协会脑卒中和短暂性脑缺血发作患者卒中预防

指南（2021）》等相关国际最新指南或共识 [ 1-5 ]。证据检索截止日期为 2023 年 9 月 30 日。

#### （五）推荐分类与证据级别

通过专家会议讨论形成共识内容及相关治疗建议。本共识中的推荐分类及证据级别主要参考了国际心脑血管病指南和常用标准，直至达成共识（扫描首页二维码查看附录表 1）。

#### （六）推荐意见形成

专家组基于证据评价小组提供的国内外证据，同时考虑我国泛血管疾病患者的真实临床情况及干预措施的效益风险后，初步拟定泛血管疾病抗栓治疗关键问题的推荐意见。2023 年 5—11 月共开展了三轮的讨论沟通，向 33 名专家发出邀请，对共识推荐进行讨论、反馈和修改，对有争议的推荐意见多次讨论，最终均达成共识。

本共识不具备强制性，不作为医疗事故鉴定和医学责任认定依据，仅供医疗机构涉及泛血管疾病抗栓治疗的相关医护人员参考。

## 二、泛血管疾病定义和流行病学

泛血管疾病是以血管病变（其中 95% 为动脉粥样硬化）为共同病理特征，

主要危害心、脑、肾、四肢及大动脉等重要器官的一组系统性血管疾病[ 6 ]。广义的泛血管疾病还包括小血管、微血管、静脉以及肿瘤、糖尿病和免疫性血管疾病[ 7 ]。按照累及部位，泛血管疾病可表现为冠状动脉疾病、脑血管疾病、PAD 等，也可表现为 2 个及以上血管床疾病的组合，即多血管疾病[ 8, 9 ]。其中，PAD 包括下肢动脉疾病（LEAD）、弓上动脉疾病（包括颈动脉、椎动脉、锁骨下动脉）及内脏动脉疾病（包括肾动脉、肠系膜动脉等）等。

我国现有冠心病患者 1 139 万例，脑卒中患者 1 300 万例，而 LEAD 患者高达 4 530 万例[ 10 ]。不同部位血管床疾病往往合并存在。一项中国老年社区居民的横断面调查显示，93.6%受试者至少 1 个血管部位有动脉粥样硬化斑块，82.8%受试者观察到多血管粥样硬化斑块，46.8%受试者观察到斑块累及 4 个或更多血管部位[ 11 ]。病变受累的范围根据研究对象的年龄、检测方法和基础疾病的不同而有较大差异[ 12 ]。冠心病患者中 PAD 患病率为 22%~42%[ 13, 14 ]，而 LEAD 患者颈内动脉狭窄（管腔狭窄 $\geq$ 50%）患病率为 19.6%[ 15 ]。在中国缺血性卒中人群中，合并其他血管疾病的比例为 15.16%[ 16 ]。

对于已确诊泛血管疾病人群，1 年主要不良心血管事件（MACE；包括心血管死亡、非致死性心肌梗死或卒中）发生率随血管床病变数量的增加而增加，从 2.2%增加到 9.2%[ 12 ]。与单血管疾病相比，多血管疾病患者 3 年心血管死亡绝对发生率增加 4%，MACE 增加 7%[ 17 ]。此外，泛血

管疾病患者 MACE 风险还与血管病变严重程度及合并高危因素密切相关。既往发生过缺血事件的患者 4 年 MACE 发生率( 18.3% )高于既往无缺血事件的患者( 12.2% ) [ 18 ], 其中既往有心肌梗死 [ 19 ] 或卒中病史 [ 20 ] 的患者 4 年 MACE 发生率分别为 15.1% 和 21.7%。对于慢性冠状动脉综合征( CCS )患者 , 多支冠状动脉病变可将 MACE 发生风险增加 2.23~3.18 倍 [ 21 ], 复杂冠状动脉解剖结构与 MACE 及死亡风险均密切相关 [ 22 ]。对于 CCS 和 ( 或 ) PAD 患者 , 合并糖尿病、中度肾功能不全及心力衰竭等高危因素均增加 MACE 风险 , 4 年 MACE 发生率分别达 17.6%、19.1% 及 25.0% , 且 MACE 风险随高危因素数量的增加而增加 [ 20 ]。合并白蛋白尿可分别将泛血管疾病患者心血管死亡及全因死亡风险增加 68% 和 99% , 且白蛋白尿水平与心血管死亡及全因死亡风险均呈正相关 [ 23, 24 ]。对于泛血管疾病患者 , 合并的血管床病变或高危因素数量越多 , 危害越严重 , 应重视泛血管疾病患者其他血管床病变及高危因素的早期筛查和综合管理。

### 三、泛血管疾病的抗栓治疗

为更好地规范泛血管疾病患者的抗栓治疗 , 提高抗栓治疗的获益并减少出血风险 , 本共识综合考虑不同泛血管血栓性疾病的病理生理特征 , 依据已发表的临床研究证据 , 结合国内外相关指南、共识及专家组建议 , 制定了用于指导泛血管疾病抗栓治疗的风险评估方法和临床决策路径 , 以供临床医生参考。由于篇幅有限 , 本共识将聚焦于动脉病变的抗栓治疗策略 ( 尤

其是慢性期的抗栓管理), 单纯静脉疾病的抗栓治疗不在本共识的探讨范围内。

### (一) 泛血管疾病抗栓治疗的病理生理基础

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[ 25, 26 ]。破裂斑块可以通过斑块愈合过程, 发展为更富含纤维组织的稳定斑块, 形成无症状的血栓。这些血栓与急性期新鲜动脉血栓的表型特征不同( 如纤维蛋白更为密集), 导致泛血管疾病慢性期与急性期的抗栓治疗药物选择和剂量也往往存在差异。

尽管动脉粥样硬化是泛血管疾病共通的病理基础, 但斑块所处血管床血流动力学( 如血流速度, 剪切力) 存在差异, 会导致不同血管床疾病进展的程度不同[ 27 ]。冠状动脉粥样硬化病变患者中 2%~14%合并颈动脉病变, 而颈动脉严重狭窄患者中约 1/3 合并明显的冠状动脉狭窄[ 28 ]; 股浅动脉粥样硬化斑块通常晚于冠状动脉和颈动脉斑块, 因此当已出现股浅动脉粥样硬化斑块时, 冠状动脉粥样硬化斑块往往已经存在[ 27, 29 ]。此外, 不同部位的动脉粥样硬化的斑块形态学也存在差异, 比如, 与冠状动脉/颈动脉的薄帽纤维粥样斑块不同, 下肢动脉斑块的脂质含量更少, 炎症( 泡

沫细胞)也较少,而纤维化更多。上述疾病进展和斑块构成的差异也可能影响治疗方案的决策:既往单一抗血小板药物治疗(SAPT)在CCS患者中可有效预防动脉粥样硬化性血栓事件,但在PAD患者中疗效减弱、获益证据仍不明确,提示不同泛血管疾病可能因进展程度不同,需进行个体化的缺血风险评估,并考虑选择不同的抗栓治疗方案[27]。

## (二) 抗栓治疗的原则

泛血管疾病患者在启动抗栓治疗前应充分评估缺血和出血风险以决定治疗策略[1-4, 30-32]。

1. 缺血风险评估:泛血管疾病患者的缺血风险评估包括血管床病变数量、血管病变复杂程度及合并的缺血高危因素(表1)。多血管疾病患者应直接视为高缺血风险[1-4, 12, 17, 30-33]。单血管疾病(CCS、PAD或缺血性卒中)患者应评估血管病变情况[19, 21-22, 34-35]及合并的缺血高危因素情况[2, 20, 23-24, 31],如合并相关风险因素可评估为高缺血风险(表1)。TIA患者可应用ABCD2评分进行卒中风险评估[36]。

2. 出血风险评估:泛血管疾病患者的出血风险与年龄、出血因素及器官病变相关(表2)。高龄与出血风险增加相关,临床中因担心出血常易导致老年泛血管疾病患者抗栓治疗不足,但高缺血风险的老年患者仍可能从抗栓治疗中获益[37]。高出血风险学术研究联盟(ARC-HBR)将高龄( $\geq 75$



岁) 仅作为一项次要的出血危险因素 [ 38 ]。因此, 单纯高龄不应视为高出血风险, 仍应合并其他至少一种出血危险因素。脑微出血与颅内出血及缺血性卒中风险的增加均有关, 但是否影响卒中二级预防的抗栓决策尚无定论。在既往缺血性卒中或 TIA 病史患者中, 无论脑微出血是否存在, 负荷 ( 包括脑微出血  $\geq 20$  个 ) 或解剖分布情况如何, 缺血性卒中复发的绝对风险始终高于颅内出血 [ 39 ]。一项大型随机对照研究的子研究纳入了 1 445 例基线及随访均进行 MRI 检查的 CCS 和 ( 或 ) PAD 患者, 基线 MRI 检查发现 30.3% 存在脑微出血, 研究发现利伐沙班 2.5 mg 每日 2 次+阿司匹林与阿司匹林单药相比并未增加颅内出血风险, 提示 MRI 发现的脑微出血未增加强化抗栓相对于阿司匹林单药的颅内出血风险 [ 40 ]。

3. 抗栓治疗临床路径: 对于泛血管疾病患者, 应根据累及血管病变部位、缺血及出血风险等因素, 综合考虑选择 SAPT 或强化抗栓方案 ( 图 1 )。强化抗栓方案包括双联抗血小板治疗 ( DAPT ) 或双通道抗栓治疗 ( DPI ; 即阿司匹林 75~100 mg/d+利伐沙班 2.5 mg 每日 2 次 ) [ 1-4, 31, 41 ]。

4. 泛血管疾病不同病程阶段的抗栓治疗策略: 对于泛血管疾病患者, 尽早治疗获益越大, 因此应重视亚临床血管病变患者的筛查、动态评估和全程管理 [ 25 ]。对于泛血管疾病患者的不同病程阶段, 需动态评估缺血和出血风险, 并采取不同的抗栓治疗策略 ( 图 2 ) [ 1, 5, 33, 42 ]。对于多血管疾病患者, 如某部位血管病变处于急性期或需进行相关血运重建术, 应首先在相应专科依据相应的指南进行诊治, 抗栓治疗应遵照该部位血管病

变急性期或血运重建术后的处理原则；如某部位血管病变进行血运重建术后，近期在其他部位血管病变也需要进行血运重建术：首先建议根据血运重建术的紧急情况，尽可能延期至急性期结束后再进行手术；如仍需紧急或急诊血运重建术，应仔细考虑所使用的抗栓药物、剂量及末次给药时间以最大程度降低出血风险。

### （三）多血管疾病的抗栓治疗

对于多血管疾病患者，急性期处理参照相应单血管疾病指南。本共识聚焦探讨多血管疾病慢性期的抗栓治疗策略。多血管疾病属于血栓高风险，如非高出血风险，宜进行强化抗栓治疗。

1. CCS 合并 LEAD 或颈动脉疾病：对于 CCS 合并 LEAD 患者，氯吡格雷单药治疗较阿司匹林减少 MACE [ 43 ]。在多血管疾病患者中，阿司匹林+氯吡格雷较阿司匹林减少 MACE [ 44 ]。对于既往心肌梗死史 1~3 年且合并 PAD 患者，阿司匹林+替格瑞洛 60 mg 每日 2 次降低 MACE 风险 19% ( HR=0.81 , 95%CI : 0.70~0.95 ) [ 45 ]。采用抗凝策略人群中的心血管结局( COMPASS )研究中,对于 CCS 合并 PAD 患者,DPI 降低 MACE 获益 [ HR=0.67 , 95%CI : 0.52~0.87 ; 需治疗人数 ( NNT ) =37 ] 远超过大出血风险 [ 危害所需人数 ( NNH ) =111 ], 且显著降低 MACE 和主要不良肢体事件 ( MALE ) 复合终点 35% ( NNT=29 ) [ 46 ]。在一项国际多中心、前瞻性、真实世界研究中 ,DPI 在 CCS 和( 或 )PAD 患者中 MACE

年化发生率与 COMPASS 研究相似,而大出血发生率更低(分别为 0.95%/年和 1.67%/年)[ 47 ]。

推荐意见 1 : 对于 CCS 合并 LEAD 或颈动脉疾病患者,如无高出血风险,应考虑 DPI 治疗(阿司匹林 75~100 mg/d + 利伐沙班 2.5 mg 每日 2 次)( IIa , B )。对于伴既往心肌梗死史的 CCS 合并 LEAD 或颈动脉疾病患者,如无高出血风险,应考虑 DPI 或 DAPT 治疗( IIa , B )。对于伴复杂经皮冠状动脉介入治疗( PCI )的 CCS(包括左主干 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 )合并 LEAD 或颈动脉疾病患者,如无高出血风险,应考虑 DAPT 治疗( II a , B )。对于 CCS 合并 LEAD 或颈动脉疾病患者,如伴高出血风险,推荐 SAPT 治疗( I , A )。

2. CCS 合并缺血性卒中或 TIA :缺血性卒中或 TIA 急性期处理建议参考我国缺血性卒中相关指南 [ 48, 49 ]。阿司匹林+氯吡格雷对于脑卒中长期二级预防无疗效获益,且增加大出血风险 [ 50 ]。目前同样缺少阿司匹林+替格瑞洛在脑卒中长期二级预防中的研究证据。对于 CCS 和(或) PAD 合并既往卒中史的患者, DPI 较阿司匹林显著降低 MACE 风险 43%、卒中风险 58%、缺血性或不明原因型卒中风险 67% ,但增加大出血风险 [ 51 ]。相较于阿司匹林, DPI 还可降低缺血性卒中出血转化风险 65% ,这可能与其减少梗死面积相关 [ 51 ]。

推荐意见 2 : 对于 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 (阿司匹林 75 ~1 00g/d+利伐沙班 2.5 mg 每日 2 次) ( II a , B )。对于 CCS 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 )。

3. LEAD 合并缺血性卒中或 TIA : 针对 LEAD 合并缺血性卒中或 TIA 患者 , 目前尚缺少抗栓治疗方面的研究证据 , 缺血性卒中或 TIA 急性期抗栓治疗建议参考我国缺血性卒中相关指南 [ 48 ] , 之后长期二级预防应考虑依据高缺血风险的 LEAD 患者进行抗栓治疗。对 LEAD 和 ( 或 ) 颈动脉疾病患者 , DPI 较阿司匹林单药显著降低卒中风险 46% [ 5 2 ]。在 CCS 和 ( 或 ) PAD 合并既往卒中史的患者中 , DPI 较阿司匹林降低 MACE、卒中、缺血性卒中及或不明原因型卒中风险 [ 5 1]。

推荐意见 3 : 对于 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 (阿司匹林 75 ~1 00g/d+利伐沙班 2.5 mg 每日 2 次) ( II a , 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 : 目前抗血小板治疗在 LEAD 合并颈动脉疾病人群中的研究较少。对于症状性 LEAD 和 ( 或 ) 颈动脉疾病患者 , DPI 较阿司匹林显著降低 MACE 风险 30% ( NNT=50 )、MALE 风险 43% ( NNT= 91 )、MACE/MALE 复合风险 32% ( NNT= 36 ) , 但增加大出血风险 ( NNH= 91 ) [ 5 2 ]。

推荐意见 4：对于 LEAD 合并颈动脉疾病患者，如无高出血风险，应考虑 DPI 治疗（阿司匹林 75~100 mg/d+利伐沙班 2.5mg 每日 2 次）（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）。

5.3 个血管床疾病（CCS+LEAD 或颈动脉疾病+缺血性卒中或 TIA）：目前针对 3 个血管床疾病患者进行抗栓治疗的研究证据较少。对于合并缺血性卒中史（发病至少 1 个月后）的 CCS 和（或）PAD 患者，DPI 可显著降低 MACE 风险 43%、缺血性卒中或不明原因型卒中风险 67% [ 51 ]。该人群具有极高的缺血风险，如无高出血风险，应考虑进行强化抗栓治疗。

推荐意见 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（阿司匹林 75~100 mg/d+利伐沙班 2.5mg 每日 2 次）（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）。

#### （四）单血管疾病的抗栓治疗

1. 冠心病患者的抗栓治疗 推荐 CCS 患者每日服用阿司匹林 75~100 mg，对于阿司匹林不耐受者，可改用吲哚布芬或氯吡格雷 [ 1，53-54 ]。CCS 患者行 PCI 术后的 DAPT 建议参照 2018 年《稳定性冠心病诊断与治疗指南》[ 55 ]，完成 DAPT 疗程后参考图 1 进行抗栓治疗。对于高缺血风险

CCS 患者，如无高出血风险（表 2），应考虑强化抗栓治疗。

延长 DAPT（>PCI 术后 12 个月）的治疗策略在 CCS 患者中展开了一系列的探索。一项研究纳入 9 961 例 PCI 术后 12 个月使用 DAPT 期间无缺血、无出血并发症的 CCS 患者（其中约 50% 的患者基线至少合并一项支架内血栓形成的危险因素），发现延长使用阿司匹林+氯吡格雷或普拉格雷至第 30 个月显著降低支架内血栓形成和主要心脑血管不良事件风险，但同时中重度出血风险显著增加，延长 DAPT 使总体死亡率呈增加趋势（2.0% 比 1.5%，HR=1.36，P=0.05），其中无心肌梗死病史患者的死亡率增加（2.1% 比 1.5%，HR=1.43，P=0.04）[ 56 ]。对于既往 1~3 年有心肌梗死病史的 CCS 患者，阿司匹林+替格瑞洛 60 mg 每日 2 次较单用阿司匹林降低 MACE 风险 16%（NNT=79），增加大出血风险（NNH=81），在伴既往 PCI 史（NNT=82）、心肌梗死史<2 年（NNT=51）及多支冠状动脉病变亚组（NNT=64）中同样实现 MACE 获益，但在心肌梗死史≥2 年的人群中未能实现 MACE 获益（HR=0.96，95%CI：0.79~1.17）[ 45 ]。对于既往无心肌梗死或卒中史的 CCS 合并 2 型糖尿病患者，阿司匹林+替格瑞洛 60 mg 每日 2 次较阿司匹林降低 MACE 风险 10%，而 TIMI 大出血（HR=2.32，95%CI：1.82~2.94）和颅内出血（HR=1.71，95%CI：1.18~2.48）的风险增加 [ 57 ]。

对于中高缺血风险的稳定性心血管疾病患者 [ 38% 伴糖尿病，23% 伴估算肾小球滤过率（eGFR）<60 ml·min<sup>-1</sup>（1.73 m<sup>2</sup>）<sup>-1</sup>，22% 伴心力衰竭 ]，

DPI 较阿司匹林分别降低糖尿病、 $eGFR < 60 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$  及心力衰竭亚组人群 MACE 风险 26% ( NNT=43 )、25% ( NNT=50 ) 及 32% ( NNT=42 ) [ 58, 59, 60 ]。在 CCS 亚组中 ( 69% 伴心肌梗死史、62% 伴多支冠状动脉病变、60% 既往 PCI 史 )，DPI 较阿司匹林降低 MACE 风险 26% ( NNT=72 ) 和全因死亡风险 ( NNT=105 )，在既往 PCI 史 ( NNT=67；单支血管 PCI 与多支血管 PCI 一致获益，P 交互=0.31 )、心肌梗死史 > 5 年 ( NNT=62 ) 人群中同样 MACE 获益 [ 46, 61 ]。

推荐意见 6：对于行复杂冠状动脉 PCI ( 包括左主干 PCI、分叉病变 PCI、多支血管 PCI、 $\geq 3$  个支架、慢性完全闭塞病变 PCI 或支架总长度 > 60 mm ) 的 CCS 患者，如无高出血风险，应考虑延长 DAPT 治疗 ( IIa, A )。

对于多支冠状动脉病变或伴至少 1 项其他缺血高危因素 ( 包括：糖尿病、 $eGFR < 60 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ 、微量或大量白蛋白尿、心力衰竭 ) 的 CCS 患者，如无高出血风险，应考虑长期采用 DPI 治疗 ( 阿司匹林 75~100 mg/d+利伐沙班 2.5 mg 每日 2 次 ) ( IIa, B )。对于既往心肌梗死史的 CCS 患者，如无高出血风险，应考虑采用 DPI 或 DAPT 治疗 ( IIa, B )。对于非高缺血风险和 ( 或 ) 高出血风险的 CCS 患者，推荐 SAPT 治疗，首选阿司匹林 75~100 mg，对于阿司匹林不耐受者，可改用吲哚布芬或氯吡格雷 ( I, A )。

急性冠状动脉综合征 ( ACS ) 患者抗栓治疗建议参考 ACS 相关指南。一项

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/538073107030006052>