

出國報告（出國類別：會議）

歐洲心臟年會

服務機關：衛生福利部彰化醫院

姓名職稱：何東錦 心臟科主任

派赴國家/地區：荷蘭

出國期間：2023.08.22~2023.09.01

報告日期：2023.10.01

摘要

“攜手保護心臟”——這是我們今年ESC大會的使命，來自175個國家的30,000多人員參加了今年的會議，其中24,000人現場參加，6,000人線上參加。來自86個國家提交的3,750多份摘要和臨床案例。約82項研究同時發表在著名期刊上。單單在2021年，心血管疾病給歐洲造成的損失估計為2,820億歐元，心血管預防治療成了刻不容緩的議題。

整個大會以STEP-HFpEF 拉開序幕，這是第一個專門針對肥胖的藥物試驗，肥胖是這一群體的治療干預目標。接下來是NOAH-AFNET 6。該研究表明，對於心房高頻率發作（AHRE）但沒有心電圖（ECG）診斷的房顫患者，抗凝劑會導致出血，但不能預防中風。這項重大試驗的結果表明，在 AHRE 患者開始口服抗凝藥物之前，需要記錄心房顫動的心電圖。最後一項是COP-AF，這是一項在接受大型非心臟胸外科手術的患者中進行的試驗，發現秋水仙鹼並不能顯著減少房顫或非心臟手術後的心肌損傷。另外關於鐵劑治療在患有心衰竭和LVEF降低的缺鐵患者中的作用的明確結論，該分析證明了鐵劑治療與減少住院率之間的聯繫。另一項重要的分析表明，與血管造影引導的PCI 相比，血管內成像引導的經皮冠狀動脈介入治療（PCI）的目標病變失敗率較低

心得：整個心臟醫學近年來進步非常神速，許多新的治療方法值得我們學習。但是也有一些過去我們認為理所當然的治療受到挑戰。Warfarin治療穩定的老年衰弱患者是否需要換成NOAC？OHCA 患者是否要用 ECMO？都還有待更進一步研究來證實。

目次

摘要	2
本文	4
目的	4
過程	4
心得及建議	8

本文

目的

心臟醫學日新月異，職在部立醫院不比醫學中心有許多資源，出國進修開會就成了帶動提升部立醫院水準的一個非常重要的方法。歐洲是世界心臟學界的領頭羊，目前主要疾病的治療也多依循歐洲心臟學會的治療指引。藉著參加歐洲心臟年會得到第一手的最新醫療資訊，帶回部立醫院來提升部醫醫師的水準。

過程

今年的歐洲心臟年會於 2023 年 8 月於荷蘭阿姆斯特丹舉行。“攜手保護心臟”——是我們今年 ESC 大會的使命，ESC 過去幾十年來，心血管醫學取得了巨大成就，在改善甚至延長壽命方面取得了巨大成功。我們要確保所有需要治療的患者都能及時、有效、可持續地得到治療。這就是為什麼我們需要專業人士、政策制定者和患者聯合起來。

來自 175 個國家的 30,000 多人參加了今年的會議，其中 24,000 人現場參加，6,000 人線上參加。來自 86 個國家提交的 3,750 多份摘要和臨床案例。約 82 項研究同時發表在著名期刊上。

自 2006 年起因心血管疾病造成的令人震驚的損失。到 2021 年，心血管疾病給歐洲造成的損失估計為 2820 億歐元，遠高於整個歐盟預算本身，心血管預防治療成了刻不容緩的議題。ESC 大會制定了一項開創性的計劃，以年度最熱門的心血管科學為特色，涵蓋整個心血管醫學領域提升心血管預防治療。

整個大會以STEP-HFpEF 拉開序幕，這是第一個專門針對肥胖的藥物試驗，肥胖是這一群體的治療干預目標。接下來是NOAH-AFNET 6。該研究表明，對於心房高頻率發作（AHRE）但沒有心電圖（ECG）診斷的房顫患者，抗凝劑會導致出血，但不能預防中風。這項重大試驗的結果表明，在 AHRE 患者開始口服抗凝藥物之前，需要記錄心房顫動的心電圖。最後一項是COP-AF，這是一項在接受大型非心臟胸外科手術的患者中進行的試驗，發現秋水仙鹼並不能顯著減少圍術期房顫或非心臟手術後的心肌損傷。關於鐵劑治療在患有心衰竭和 LVEF 降低的缺鐵患者中的作用的明確結論，該分析證明了鐵劑治療與減少住院率之間的聯繫。另一項重要的分析表明，與血管造影引導的PCI 相比，血管內成像引導的經皮冠狀動脈介入治療（PCI）的目標病變失敗率較低。新的 ESC

提出了四項新治療指引，涵蓋急性冠狀動脈綜合徵、心內膜炎、糖尿病引起的心血管疾病和心肌病——這是此類指引中的第一個。ESC 大會上還發布了2021年 CHF guideline 的重點更新，反映出即使在過去的兩年裡，心衰竭領域也取得了巨大而快速的進展。也是今年大會的焦點。

另一個亮點是數字健康中心，其中包括 37 個關於將新技術應用於心臟病學，參加 ESC 大會的心血管健康專業人員現在掌握了最新的醫學知識，可以改善他們的臨床實踐、挽救生命、提高生活質量並減輕世界各地心血管疾病的負擔。

我們早就知道GLP-1 藥物類別可降低糖尿病患者的心血管問題，並且可以減輕肥胖患者體重。就在 ESC 之前，SELECT 試驗宣布了積極的結果，這是一項針對肥胖患者心血管結果試驗。

ESC 以 STEP-HFpEF 的結果開始，這是一項隨機對照試驗(RCT)，測試索馬魯肽與安慰劑在射血分數保留的肥胖和心衰竭患者中的療效。雙重主要終點（體重減輕和生活質量）的選擇表明，這將是該藥物類別的另一項積極研究。想一想：如果你讓 HFpEF 患者體重減輕，他們的生活質量很可能會得到改善。這類藥物研究結果令人印象深刻，但我希望我們能夠通過改變生活方式來實現同樣的減肥效果，並且不會減慢腸道內的食物運輸。

AF 在過去的幾年裡，當患者的心律失常時間足夠長，可以通過標準心電圖檢測到時，我們就會發現Af，通常是由於症狀所致。在這些患者中，warfarin 和 NOAC 被證明是有益的。

現代Af 篩查工具通常可以發現持續時間短得多的房性心律失常發作。觀察性研究報告稱，這些與較高的中風發生率相關，但顯然，這與真正的臨床 AF 是不同的情況。目前仍無有效治療處理這些陣發性的心房顫動。

NOAH-AFNET-6 試驗測試了治療這些較短發作的房性心律失常是否會減少中風。在這項涉及 2000 多名患者的隨機對照試驗中，一組接受 Savaysa 治療，另一組接受 100 毫克阿司匹林治療。主要終點是中風、全身性栓塞或心血管死亡。試驗提前停止。還有一項類似的大型隨機對照試驗正在進行中，稱為 ARTESiA。如何處理短時房顫可能是當今電生理學中最大的問題。

如果說房顫篩查是 EP 中的首要主題，那麼避免心衰竭的心臟起搏則緊隨其後。缺乏支持植入式心律轉復除顫器 (ICD)更換的數據。將標準 PPM “升級”為 CRT 來治療心衰竭是另一種常見但研究很少的手術。

” FRAIL-AF 研究人員著手研究以下問題：使用維生素 K 拮抗劑 (VKA) 治療效果良好的體弱老年房顫患者是否應改用 (DOAC)。提出了兩個理由來解釋為什麼常識可能是錯誤的。首先，大型 DOAC 與 warfarin 試驗只包括少數患有虛

弱的老年患者。其次，虛弱不僅僅是衰老。這是一種臨床綜合症，會帶來“高併發症、對他人的依賴以及抵抗壓力源的能力下降”。

研究年老體弱的顫動患者，這些患者接受了維生素 K 拮抗劑治療，並且具有穩定的INR。一半的患者被隨機轉為 DOAC（藥物選擇留給治療臨床醫生），另一半則選擇 VKA。患者平均年齡 83 歲，平均 CHA₂DS₂-VASc :4。所有四類 DOAC 均用。主要終點是大出血或臨床相關的非大出血，以先到者為準，將死亡視為競爭風險。隨訪時間為 1 年。

結果與我們預期的不同。作者設計該試驗的想法是，改用 DOAC 在安全性上優於繼續使用 VKA。

但在中期分析發現換藥組大出血率為 15.3%，而服用 VKA 組的大出血率為 9.4% 後，試驗被叫停。風險比為 1.69（95% CI，1.23-2.32；P=.0012）。

Kaplan-Meier 事件曲線顯示，100 天出血風險過高，並且隨著時間的推移而增加。這反對藥物過渡的早期效果

血栓事件是次要終點，且絕對數量較低，繼續使用 VKA 和改用 DOAC 的發生率分別為 2.4% 和 2.0%（HR 1.26；95% CI，0.60-2.61）。FRAIL-AF 中的治療範圍時間與開創性 DOAC 試驗中的時間相似。

三個原因選擇 FRAIL-AF 作為今年 ESC 中最重要的研究。

首先是關於轉換藥物的具體課程。請注意，FRAIL-AF 並未解決開始抗凝的問題。試驗結果表明，如果您有一位體弱的老年患者，但在 VKA 治療中表現良好，請勿改為 DOAC。

第二個原因在研究人員認為常識是錯誤的。他並沒有單純用合理性或觀察性研究。他通過隨機試驗。FRAIL-AF 表明這是可能的。

FRAIL-AF 如此重要的第三個原因是它教會我們在臨床中檢視證據時需要保持謙遜。我想說的是，證據是區分醫生和看手相的關鍵。但使用這一證據需要認真思考試驗環境中的平均效果如何適用於我們的患者。

是的，當然，DOAC 與 warfarin 試驗中的明確證據表明，對於這些患者來說，平均而言，DOAC 優於 VKA。這些試驗中患者的平均年齡為 70-73 歲；

FRAIL-AF 患者的平均年齡為 83 歲。這只是年齡。ENGAGE AF-TIMI 48 試驗的一項子研究發現，該試驗的 20,000 多名患者中只有 360 名患有嚴重虛弱。

FRAIL-AF 清楚地表明，我們在將年輕、健康患者收集的證據應用於老年、更脆弱的患者時應該多麼謹慎。這一教訓延伸到當今醫學上幾乎所有常見的療法。

在 ARREST 試驗中，沒有 ST 段抬高的院外心臟驟停 (OHCA) 倖存者被送往最近的醫院急診，其結果與被送往專業心臟驟停中心的患者相似。兩組的 30 天生存率、以及 3 個月生存率和神經系統結局相同。

最重要的信息是，這項試驗不支持將心臟驟停患者直接運送到心臟驟停中心；他們最好去最近的急診室，這結果可能有助於在其他地方更好地分配資源。這項研究排除了明顯患有心肌梗塞 (MI) 的患者。他指出，心臟驟停可能是由心臟原因或其他事件引起的，包括外傷、服藥過量、溺水或觸電。

另一方面，MI 患者“將受益於直接前往 heart center。”

她總結說，在 ARREST 試驗中，800 名 OHCA 後恢復自主循環但無 ST 段抬高的患者被送到專科中心沒有任何好處。

患有急性心肌梗塞 (MI) 和休克的患者在前往導管室之前通常需要接受葉克膜 (ECMO) 支持。但這種常規做法並沒有得到隨機試驗的太多支持。現在，它正面臨一項最大研究的挑戰，在一項新的多中心試驗中，與常規醫療方法相比，早期使用 ECMO 治療此類心源性休克患者在 30 天時沒有優勢。此外，ECMO 的患者發生中度和重度出血以及血管併發症的風險急劇增加。這些結果削弱了主要基於觀察數據的在 MI 相關心源性休克中促進機械循環支持的指南，並且與常見做法相悖。

ECMO 可能在治療 MI 相關休克方面提供某種優勢，但迄今為止的數據並未顯示，試驗中幾乎一半的患者死亡，無論他們是否接受了 ECMO。ECMO 組和常規組的 30 天全因死亡率大致相同，分別為 47.8% 和 49.0%。同時，增加 ECMO 支持後，中度或重度出血的風險增加了一倍以上，嚴重的周邊血管併發症幾乎增加了兩倍。使用 ECMO 可增加出血量並提高生存率。ECMO 在試驗中未能提高 30 天生存率，這可能適用於所有 MI 相關休克患者，ECLS-SHOCK 中的 subgroup 分析和 meta-analysis 均未發現任何受益組。例如，年齡、性別、心肌梗塞是 ST 段抬高型心肌梗死還是非 ST 段上升型心肌梗塞、前壁或非前壁、或者患者是否患有糖尿病，主要結局沒有顯著差異。心肌梗塞相關休克中受益比例還不到 1%。ECLS-SHOCK 對 MI 相關休克中的廣泛應用 ECMO 提出質疑，沒有闡明任何選擇性益處。

“ECLS-SHOCK 試驗的結果會改變當前的臨床實踐嗎？如果 [ECMO] 的目標是提高 30 天死亡率，那麼這些數據應該會引導我們放棄對大多數人的早期常規實施 ECMO 患有心肌梗塞和心源性休克的患者

血管內成像 (IVI) 指導經皮冠狀動脈介入治療 (PCI) 最近的研究對於更具挑戰性病變的 PCI，可以提高冠狀動脈支架的有效性，從而直接帶來更好的結果。實現這一目標的一種方法是降低支架內血栓形成的風險。

這些新研究包括兩項大型隨機 IVI 試驗以及對 20 項此類研究的分析，在 ILUMIEN-4 的研究，與僅進行血管造影的手術相比，由光學斷層掃描 (OCT) 引

導的 PCI 具有更少的手術並發症和更好的急性結果，即更大的 PCI 後最小支架面積(MSA)。 $<.001$ 。支架置入後 MSA 是臨床結果的既定預測因子，是該試驗的主要影像學終點，該試驗涉及近 2500 名患者。然而，OCT 組 PCI 後較高的 MSA 並沒有轉化為 2 年 target lesion revascularization 這一主要臨床終點的風險降低。然而，在次要終點中，OCT 發生支架血栓的可能性比僅進行血管造影的 PCI 低 64% ($P = .02$)。

ILUMIEN-4 的臨床結果是中性的，但仍然“強烈主張”通過 OCT 進行 PCI 指導，在試驗中獲得了更大的術後管腔面積，這是“長期結果的最強獨立預測因子”。相比之下，在OCTOBER 試驗發現，在分叉病變 PCI 後，OCT 指導比單獨進行血管造影能帶來更好的臨床結果，該試驗納入了約 1200 名患有此類複雜病變的患者，與僅進行血管造影的手術相比，OCT 引導下的 PCI 後 2 年主要不良心臟事件(MACE) 的風險下降了 60% ($P = .035$)。表明 OCT 指導分叉 PCI 可以產生顯著的臨床差異。多項研究表明 OCT 可以優化分叉 PCI，我們的結果證實這種優化可以改善患者的預後。

心得與建議

許多新的治療方法值得我們學習。但是也有一些過去我們認為理所當然的治療受到挑戰。Warfarin 治療穩定的老年衰弱患者是否需要換成NOAC? OHCA 患者是否要用 ECMO? 都還有待更進一步研究來證實。

這次歐洲心臟年會收穫滿滿，除了知識獲得大補帖外，荷蘭阿姆斯特丹整個城市像公園一樣，到處是運河、步道、尤其是自行車道貫穿全國，人民主要交通工具是自行車，相對空氣品質好很多。但是也不見得外國的月亮就是比較圓，荷蘭是大麻合法的國家，相對在市中心治安亂很多，吸毒人多，再加上土耳其、摩洛哥一些低收移民多，整個治安不佳，尤其小偷扒手特多。我的背包也被偷了。歐洲整體消費又高，整體而言，歐洲居大不易阿。不過歐洲整體醫療水準、知識水準還是值得我們努力學習的。建議主政者應去參訪借鏡他們的交通等城市建設，醫界多與他們交流提升水準。



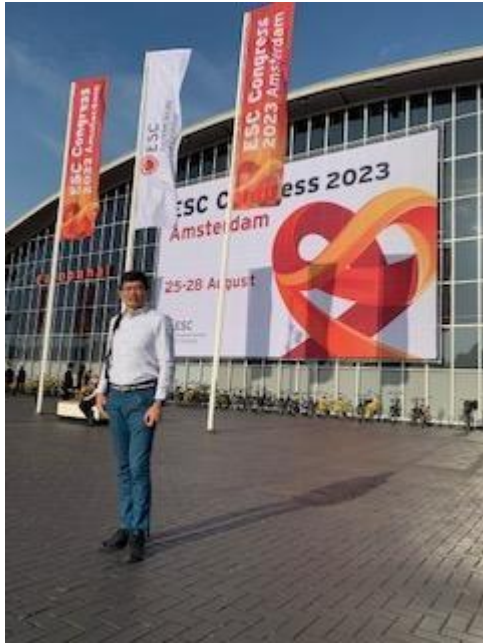
大會會場



課堂剪影



荷蘭阿姆斯特丹中央車站旁運河夜景，整個城市美得像公園



會場外留念



會議結束回到院內和科內同仁分享會議新知