



颜红兵 马长生 霍勇 柯元南 编译

美国不稳定型心绞痛和 非ST段抬高心肌梗死治疗指南

(2007年修订版)

中国环境科学出版社

美国不稳定型心绞痛和非 ST 段 抬高心肌梗死治疗指南

(2007 年修订版)

颜红兵 马长生 霍 勇 柯元南 编译

中国环境科学出版社·北京

图书在版编目(CIP)数据

美国不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死治疗指南: 2007年修订版/颜红兵等编译. —北京: 中国环境科学出版社, 2007.11

ISBN 978-7-80209-660-8

I. 美… II. 颜… III. ①心绞痛—治疗—指南
②心肌梗塞—治疗—指南 IV. R540.5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第176740号

责任编辑 周 煜 王婷婷

封面设计 王筱婧

出版发行 中国环境科学出版社
(100062 北京崇文区广渠门内大街16号)
网 址: <http://www.cesp.cn>
联系电话: 010-67112765 (总编室)
发行热线: 010-67125803

印 刷 北京市联华印刷厂
经 销 各地新华书店
版 次 2007年12月第一版
印 次 2007年12月第一次印刷
开 本 787×960 1/16
印 张 18.75
字 数 270千字
定 价 38.00元

【版权所有。未经许可请勿翻印、转载, 侵权必究】

如有缺页、破损、倒装等印装质量问题, 请寄回本社更换

致 谢

吴铮、张晓江、刘睿方和李狄医师分别参与了本指南的图、表和参考文献的翻译和整理工作，在此表示谢意。

美国不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死治疗指南（2007年修订版）

编写委员会成员

主 席 Jeffrey L. Anderson, MD, FACC, FAHA

Cynthia D. Adams, RN, PHD, FAHA

Judith S. Hochman, MD, FACC, FAHA

Elliott M. Antman, MD, FACC, FAHA

Thomas N. Levin, MD, FACC, FSCA

Charles R. Bridges, SCD, MD, FACC, FAHA

A. Michael Lincoff, MD, FACC

Robert M. Califf, MD, MACC

Eric D. Peterson, MD, MPH, FACC, FAHA

Donald E. Casey, JR, MD, MPH, MBA, FACP

Pierre Theroux, MD, FACC, FAHA

William E. Chavey II, MD, MS

Nanette Kass Wenger, MD, FACC, FAHA

Francis M. Fesmire, MD, FACEP

R. Scott Wright, MD, FACC, FAHA

工作组成员

组 长 Sidney C. Smith, JR, MD, FACC, FAHA

副组长 Alice K. Jacobs, MD, FACC, FAHA

Cynthia D. Adams, RN, PHD, FAHA

Frederick G. Kushner, MD, FACC, FAHA

Jeffrey L. Anderson, MD, FACC, FAHA

Bruce W. Lytle, MD, FACC, FAHA

Elliott M. Antman, MD, FACC, FAHA

Rick Nishimura, MD, FACC, FAHA

Jonathan L. Halperin, MD, FACC, FAHA

Joseph P. Ornato, MD, FACC, FAHA

Sharon A. Hunt, MD, FACC, FAHA

Richard L. Page, MD, FACC, FAHA

Harlan M. Krumholz, MD, FACC, FAHA

Barbara Riegel, DNSC, RN, FAHA

从循证学依据到临床指南，再到临床实践 ——编译者序

不稳定心绞痛/非ST段抬高心肌梗死(UA/NSTEMI)是危及生命的一个常见疾患。美国心脏病学院(ACC)和美国心脏病学会(AHA)根据近5年来在UA/NSTEMI研究方面取得的进展，对《ACC/AHA UA/NSTEMI治疗指南(2002年修订版)》再次进行了修订，并且于2007年8月7日正式发表，目的是帮助心血管专科医师和非专科医师对这类症状急性发作的患者做出适当的评估与治疗，并对住院治疗和门诊治疗提出建议与支持证据。

1. 新版指南的变化

与旧版指南相比，新版的重要变化在以下5个方面：①提出应首先根据一系列无创检查(例如负荷试验、心电图或心脏核素检查)来确定治疗策略；②UA/NSTEMI患者住院期间停用非类固醇抗炎药物；③置入药物洗脱支架后应用氯吡格雷抗血小板治疗至少1年以上；④血管紧张素转换酶抑制剂的应用；⑤强调强化降血压和调脂治疗的重要性。

旧版建议将早期有创策略(诊断性血管造影和血管重建治疗)作为治疗UA/NSTEMI患者的一种方法。新版将UA/NSTEMI患者分为高危组和低危组，建议在不稳定的高危患者采用早期有创策略，而对于稳定的低危患者首先采用保守(无创)策略，包括负荷试验、心电图或心脏核素检查。所有患者采用风险评分来确定患者的风险状态。

对于临床医务人员，新版强调二级预防，建议所有UA/NSTEMI患者出院后应当继续降低再次发生心脏事件的风险。强调应用血管紧张素转换酶抑制剂保护心肌，并且应用醛固酮拮抗剂。临床试验已经证实大剂量抗氧化的维生素制剂(β -胡萝卜素、维生素E和维生素C以及叶

酸)对于二级预防无益甚至有害,因此2007年修订版不再建议应用于二级预防。此外,新版再次强调戒烟的重要性。

新版指南呼吁强化降脂治疗和控制血压,强调UA/NSTEMI患者的血脂和血压一定要达标。LDL(“坏”胆固醇)应当 $<100\text{mg/dL}$,理想达到 70mg/dL 。血压应当 $<140/90\text{mmHg}$,合并糖尿病或慢性肾病的患者应当 $<130/80\text{mmHg}$ 。

由于血小板在心脏病复发中起着重要作用,因此新版指南建议置入药物洗脱支架后的应用氯吡格雷抗血小板治疗至少1年以上,如果使用金属裸支架,则时间可以短一些。新版指南特别强调了强化长期抗血小板治疗的重要性。

此外,新版指南建议绝经后女性停用激素替代治疗;应用肌钙蛋白生化标志物来反映心脏损伤;应用脑钠肽作为心脏风险分层的工具;UA/NSTEMI患者住院期间停用非类固醇抗炎药物。

2. 新版指南的20个要点

初步评估

(1) 对于胸部不适含服硝酸甘油后5min症状仍不缓解的患者,建议在含服下一个剂量硝酸甘油之前与医疗急救系统联系。慢性稳定型心绞痛的患者如果含服首剂硝酸甘油症状明显改善,则可以最多含服3个剂量的硝酸甘油,每次间隔5min。如果症状没有改善,则应当与医疗急救系统联系。

(2) 胸痛患者到达急诊科后10min内应当完成心电图记录。应当迅速对胸痛患者进行4类分层:非心源性诊断、肯定急性冠状动脉综合征(ACS)、可能ACS和慢性心绞痛。

(3) 在有ACS症状的患者,优先选择心脏特异的肌钙蛋白作为生化标志物。

(4) 对于可能是ACS的患者,但是症状发作后12~16h,一般应当在急诊科出院之前或出院72h之内完成负荷试验。在等待进行负荷试验期间,应当给这些患者采用适当的药物治疗。

(5) 对于冠状动脉疾病(CAD)和ACS可能性低的患者,还

注: $1\text{mmHg}=133.32\text{Pa}$

可以采用 CT 血管显像替代负荷试验进行评估。

早期处理

(6) 血流动力学不稳定或症状持续的患者应当入住冠心病监护病房，而其他的患者应当入住观察病房。

(7) 如果没有禁忌症，在就诊后前 24h 就应当开始口服 β -受体阻断剂。静脉 β -受体阻断剂应当仅用于某些特殊的适应证，而不应当作为常规治疗。

(8) ACS 患者入院时应当停用非类固醇类抗炎药 (COX-1 或 COX-2 抑制剂)，而不是阿司匹林。

(9) 观察性研究显示使用吗啡止痛可以导致不良结果，新版指南将其应用从 I 类建议降序为 IIa 类。

(10) 抗血小板治疗：① 所有 ACS 患者应当尽快使用阿司匹林（除非有禁忌症）并且终身使用。对阿司匹林过敏或不能耐受的患者应当使用氯吡格雷；② 对于考虑施行保守治疗或早期有创治疗但是实行外科冠状动脉搭桥手术可能性小的患者，除了阿司匹林之外，还应当开始应用氯吡格雷；③ 对于高危患者和那些肌钙蛋白升高的患者，应当考虑上游使用依替巴肽或替罗非班，尤其是考虑施行有创治疗时。只有明显延迟施行冠状动脉介入治疗 (PCI) 时，才应用阿昔单抗。没有上游使用糖蛋白 IIb/IIIa 受体阻断剂的患者，可以安全使用阿昔单抗进行 PCI，并且效果好于替罗非班。糖蛋白 IIb/IIIa 受体阻断剂可以增加肌钙蛋白升高并且施行 PCI 患者（甚至在预先使用氯吡格雷治疗的患者）的受益。

(11) 抗凝治疗：① 在采取保守治疗的患者，可以排序优先选择磺达肝素、依诺肝素（共 8 天或住院期间）或普通肝素（共 48h）进行抗凝；② 在采取有创治疗的患者，依诺肝素或普通肝素方案有最强的支持证据；③ 在采取 CABG 的患者，应当继续使用阿司匹林，但是术前应当停用氯吡格雷 5~7d，并且术前 4h 开始停用低分子的糖蛋白 IIb/IIIa 受体阻断剂。术前 12~24h 应当停用依诺肝素，术前 24h 停用磺达肝素并且开始使用普通肝素；④ 所有静脉使用糖蛋白 IIb/IIIa 受体阻断剂的患者还必须同时使用普通肝素或另一种抗血栓药物。

(12) 在有持续症状或血流动力学不稳定的高危患者优先选择早期有创治疗，而在其他患者可以根据医师和患者的意愿采用早期有创治疗

或保守治疗。采用保守治疗稳定12~24h的患者,出院前应当完成无创的负荷试验。

(13) 应当根据患者的血管解剖、左心室功能和是否有糖尿病和其他合并性疾病,决定选择外科手术或PCI(与稳定性CAD患者相当)。

(14) OAT试验显示,血管造影显示血管完全闭塞的NSTEMI患者不能够从PCI获益(与STEMI相似),因此不应当干预。

(15) NSTEMI患者在发病后前两个月发生死亡或再次心肌梗死的风险最高,3个月时回复到与那些稳定型CAD患者相当的基线水平。对于低危患者(和完全血管重建治疗的患者),应当随访2~6周,而对于高危患者,应当在2周内再次评估。

(16) 所有ACS患者均应接受阿司匹林、他汀、 β -受体阻断剂和氯吡格雷(至少1年)。左室射血分数异常、高血压、糖尿病或心力衰竭的患者,应当开始使用血管紧张素转换酶抑制剂(或血管紧张素受体阻断剂)。最好在住院期间开始应用这些药物并长期应用。所有患者的血压目标应 $<140/90\text{mmHg}$,糖尿病或慢性肾脏疾病患者应 $<130/80\text{mmHg}$ 。

(17) 在ACS患者不应当开始应用激素替代治疗,对于ACS时正在应用激素替代治疗的患者,应当建议停用。

(18) 对于糖尿病患者,应当在住院期间强化控制血糖。应当采取同非糖尿病一样的手段进行诊断性和治疗性干预。

(19) 在治疗老年患者和合并肾功能损害的患者时,要特别注意药物剂量和药代动力学的变化。

(20) 恢复活动应当依据运动耐量试验的结果。冠状动脉重建治疗后1~2周可以开始运动训练。应当鼓励患者每天行走(或其他体力活动)30~60min。没有合并症的NSTEMI患者可以在出院后1周恢复驾车,而有合并症的患者应当延迟2~3周。

总之,新版指南全面反映了美国在UA/NSTEMI的最新研究进展,相信对我们中国同行同样具有重要临床指导意义。

颜红兵 马长生 霍勇 柯元南

2007年10月8日

目 录

1 引 言	1
1.1 委员会的组成与资料审查	1
1.2 本指南的目的	3
1.3 急性冠状动脉综合征概述	3
1.4 UA/NSTEMI 之前和发生时的处理	9
1.5 UA/NSTEMI 的发生	12
2 初步评估与处理	15
2.1 临床评估	15
2.2 早期危险度分层	24
2.3 即刻治疗	50
3 早期住院治疗	57
3.1 抗缺血和抗心绞痛治疗	58
3.2 UA/NSTEMI 患者抗血小板与抗凝治疗的建议	78
3.3 早期保守治疗与早期有创治疗策略的比较	128
3.4 出院前危险度分层	142
4 冠状动脉重建治疗	150
4.1 对 UA/NSTEMI 患者施行 PCI 和 CABG 的建议	150
4.2 一般原则	153
4.3 PCI	154
4.4 外科血管重建治疗	159
4.5 结论	163

5 住院后期、出院与出院后的治疗	164
5.1 治疗方案和药物的应用	164
5.2 长期药物治疗和二级预防	166
5.3 出院后随访	181
5.4 心脏康复	184
5.5 重返工作岗位和丧失劳动能力	186
5.6 其他活动	187
5.7 病历记录和其他信息系统	189
6 特殊人群	190
6.1 女性	190
6.2 糖尿病	198
6.3 CABG 术后的患者	204
6.4 老年患者	206
6.5 慢性肾脏疾病	211
6.6 可卡因和去氧麻黄碱使用者	213
6.7 变异型（Prinzmetal）心绞痛	217
6.8 心血管“X 综合征”	221
6.9 Takotsubo 心肌病	224
7 结论与展望	225
参考文献	229

引言

1.1 委员会的组成与资料审查

组成 ACC/AHA 实用指南工作组的目的，是为了就心血管疾病患者的诊断与治疗做出建议。冠状动脉疾病（coronary artery disease, CAD）是美国的头号死亡原因。不稳定型心绞痛（unstable angina, UA）和与之密切相关的非 ST 段抬高心肌梗死（non-ST-elevation myocardial infarction, NSTEMI）则是本病非常常见的形式。

本委员会成员通过计算机检索 2002 年以来的英文文献，并且辅以手工检索，复习和编辑了所有公开发表的报告。对某一问题特殊研究的具体情况，予以必要叙述，并且列表展示具体数据。本指南中提出的建议，主要是依据这些已经发表的资料。若资料是来自多中心大规模临床随机试验，则证据的权重序位列为最高（A）到最低（C）。对 UA/NSTEMI 患者某一诊断性操作或具体治疗或介入治疗适应证的最终建议，总结了资料和专家们的意见。

建议分类

表 1 小结了建议分类和证据级别的制订原则，并且解释了分级系统是如何评估治疗效果的强度和肯定性的。

将本指南中有关各个方面的大量文献全部编辑成册，超出了指南的范围，因而只是有选择地收录了有关文献。本委员会由著名专家组成，分别来自代表美国医师学会（American College of Physicians, ACP）的一般内科学领域，来自代表美国家庭医生学会（American Academy of Family Physicians, AAFP）的家庭医学领域，来自代表美国急诊医师学会（American College of Emergency Physicians, ACEP）的急诊医学领域，来自代表胸腔外科医师学会（Society of

Thoracic Surgeons, STS) 的胸腔外科领域, 来自心血管造影和介入治疗学会 (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, SCAI) 的心脏介入专家, 一般和重症监护心脏病学领域, 以及来自无创检查、心脏病预防医学、经皮冠状动脉介入治疗 (percutaneous coronary intervention, PCI) 和心血管外科这些高度专业化领域的知名专家。无论是学术机构还是私人医疗机构, 均有代表参加。该指南得到 ACC 和 AHA 任命的 2 名外部评阅者和 49 名同行评阅者的评阅。在工作组提出要修订或停止发行之前, 将一直使用该指南。

表 1 治疗建议分类和证据级别——“疗效分级”

		I 类	IIa 类	IIb 类	III 类
精确评估疗效		• 益处>>>危险 • 操作或治疗应完成或施行	• 益处>>危险 • 需要对焦点问题进一步研究; 有理由完成或施行治疗	• 益处≥危险 • 客观上需进一步研究; 进一步临床注册资料将很有帮助 • 操作或治疗应考虑	• 危险≥益处 • 无需进一步研究 • 操作或治疗不应执行或施行, 因为没有帮助甚至有害
	级别 A 多组 (3~5) 人群危险分层评估 治疗方向和疗效的总体一致性	• 操作或治疗有用或有效 • 有来自多中心随机试验或荟萃分析的充分证据	• 操作或治疗有用或有效 • 有来自多中心随机试验或荟萃分析的一些相反证据	• 作用或疗效不确定 • 有更多来自多中心随机试验或荟萃分析的与之相矛盾的证据	• 操作或治疗无益或无效甚至有害 • 有来自于多个随机试验或荟萃分析的充足证据
	级别 B 较小组 (2~3) 人群危险分层评估	• 操作或治疗有用或有效 • 有来自单个随机试验或非随机试验的有限证据	• 操作或治疗或许有用或有效 • 有来自单个的随机试验或非随机研究的一些相反证据	• 作用或疗效不确定 • 有更多来自单个随机试验或非随机研究的与之相矛盾的证据	• 操作或治疗无益或无效甚至有害 • 有来自单个的随机试验或非随机研究的有限证据
	级别 C 更小组 (1~2) 人群危险分层评估	• 操作或治疗有用或有效 • 只有专家的观点、个案研究或者常规治疗经验	• 操作或治疗有用或有效 • 只有存在分歧的专家意见、个案研究或者常规治疗经验	• 作用或疗效不确定 • 只有有分歧的专家意见、个案研究或者治疗经验	• 操作或治疗无用或无效甚至有害 • 只有专家意见、个案研究或者常规治疗经验

本指南与 ACC/AHA 以前发表的几个指南在内容上有部分重叠, 包括《ACC/AHA ST 段抬高心肌梗死治疗指南》^[1]、《ACC/AHA/SCAI 经皮冠状动脉介入治疗指南 (2005 年修订版)》^[2]、《AHA/ACC 冠状动

脉和其他动脉粥样硬化性心血管疾病二级预防指南（2006 年修订版）》^[3]和《ACC/AHA 慢性稳定型心绞痛治疗指南（2002 年修订版）》^[4]。

1.2 本指南的目的

本指南阐述了 UA 患者的诊断与治疗以及与 NSTEMI 密切相关的问题。这些危及生命的疾患，是美国急诊医疗和住院的一个主要原因。仅在 2004 年，美国国家卫生统计中心（National Center for Health Statistics）就报导了将急性冠状动脉综合征（acute coronary syndrome, ACS）作为第一或第二诊断的住院患者达 1 565 000 例次，其中 UA 为 669 000 例次，心肌梗死为 896 000 例次^[5]。首次心脏病发作的平均年龄男性为 65.8 岁，女性为 70.4 岁，所有年龄组的 ACS 患者中，43% 为女性。2003 年，在美国有 4 497 000 人次以心血管疾病作为第一诊断到急诊科就诊^[5]。CAD 的这种高发生率状况，使得许多并不是心血管专科医师的医务人员在治疗其他疾病过程中会遇到 UA/NSTEMI，尤其是在门诊和急诊科。本指南旨在帮助心血管专科医师和非专科医师对这类症状急性发作的患者做出适当的评估与治疗。这些临床实用指南还对这类患者的住院治疗 and 门诊治疗提出了建议与支持证据。本指南所建议的诊断方针与治疗策略，得到了目前最有力证据和专家的支持。审慎并且适时做出临床判断后应用这些原则，可以减少但不是消除 UA/NSTEMI 患者发生心脏损害与死亡的风险。

1.3 急性冠状动脉综合征概述

1.3.1 定义

UA/NSTEMI 是一种临床综合征。通常（但并非总是）由于 CAD 所致，并且可以增加心性死亡和心肌梗死的风险。ACS 中，UA/NSTEMI 定义为心电图上 ST 段压低或明显的 T 波倒置和（或）坏死标志物阳性，没有 ST 段抬高，但是有相应的临床表现（胸部不适或心绞痛）（表 2，图 1）。冠状动脉造影和血管镜研究的结果揭示，UA/NSTEMI 常常是由于粥样硬化斑块破裂，进而引发一系列导致冠状动脉血流减少的病理过程所致。许多在 UA/NSTEMI 期间死亡的患者，的确

是由于猝死或发生（或复发）AMI所致。对这些患者做出正确的诊断与适当的处理，必须在有初次临床表现时获得有关资料。威胁生命的ACS患者的临床表现，常常与后来发现证实没有CAD患者的表现重叠。而且，有些类型的心肌梗死在其初发阶段，不能与UA鉴别。

表2 急诊科挂号人员或分诊护士识别ACS患者的指南

挂号人员/分诊台工作人员

有下列主诉的患者要求分诊护士对其即刻评估，并且应该为进一步评估而分类：

- 胸痛、压迫感、透不过气或沉重感；疼痛向颈部、下颌、肩膀、后背，或一侧或双侧胳膊放射
- 消化不良或“烧心”；与胸部不适相关的消化恶心和（或）呕吐
- 持续气促
- 虚弱、头晕、眼花、意识丧失

分诊护士

有下列症状、体征的患者要求分诊护士对其即刻评估以确定是否进入ACS处理流程：

- 非创伤性胸痛或严重的上腹部不适，有心肌缺血或心肌梗死的典型要素：
 - 中央/胸骨后压迫感或压榨性胸痛
 - 压迫感、憋气、沉重感、紧箍感、烧灼感，痛感
 - 无法解释的消化不良、暖气、上腹疼痛
 - 向颈部、下颌、肩膀、后背，或一侧或双侧胳膊放射的疼痛
- 相关的呼吸困难
- 相关的恶心和/或呕吐
- 相关的出汗

如果出现这些症状，行静态心电图。

医疗史

分诊护士应采集简短、有针对性的发病史，并对下述现病史和既往史进行评估：

- CABG、PCI、CAD，劳力性心绞痛或心肌梗死
- 硝酸甘油用以缓解胸部不适
- 危险因素，包括吸烟、高脂血症、高血压、糖尿病、家族史和可卡因或麻黄碱的使用
- 规律和目前药物使用

简短的病史询问切不可延迟ACS的处理流程。

特殊考虑

女性可能比男性更频繁地出现不典型胸痛和症状。

糖尿病患者可能因为自主神经功能紊乱而出现不典型表现。

年老患者可能出现不典型症状，比如全身虚弱、卒中、晕厥或精神状态改变。

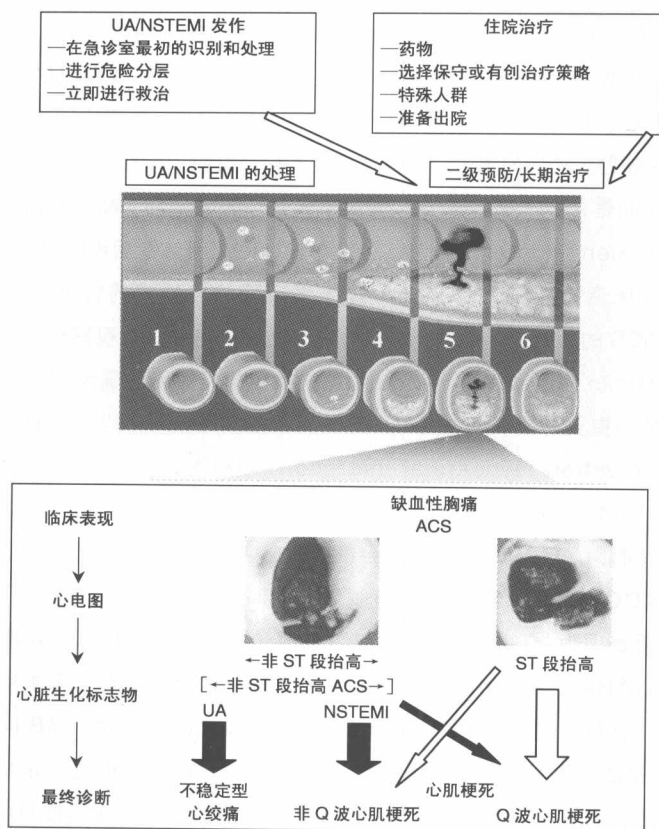


图 1 急性冠脉综合征

上图显示了 UA / NSTEMI 从斑块形成、发病到并发症的各个阶段和相应的每个阶段的治疗原则。沿动脉纵轴的示意图描绘出动脉粥样硬化从 (1) 正常动脉, 到 (2) 病变初始阶段, 内膜细胞外脂质的沉积, 到 (3) 纤维脂质阶段, 到 (4) 病变进展阶段, 释放促凝血物质并且纤维帽变薄。(5) 一旦易损或高危斑块的纤维帽破裂, 便会进展为 ACS; 斑块破裂会促进血栓形成。(6) 胶原聚集、平滑肌细胞生长, 随后血栓开始吸收。易损或高危斑块破裂的时候, 由于病变处的冠状动脉内的血流减少, 患者会感觉到缺血所引起的不适感。血流的减少可能是由于血栓完全性 (下半部右半部分) 或次全性 (下图左半部分) 的阻塞所引起。伴有缺血性不适患者的心电图可能表现出或不表现出 ST 段的抬高。在 ST 段抬高患者中, 大多数 (白色粗箭头) 最终会进展成为 Q 波心肌梗死 (QwMI), 而另外一部分患者 (白色细箭头) 会进展为非 Q 波心肌梗死 (NQMI)。不伴有 ST 段抬高的患者有可能发展为不稳定心绞痛 (UA) 或者非 ST 段抬高心肌梗死 (NSTEMI) (黑色粗箭头), 区别二者要凭借血清心脏生化标志物如 CK - MB 或肌钙蛋白升高与否加以判断。大多数 NSTEMI 患者的心电图表现为 NQMI, 少部分则会变为 QwMI。在临床上, UA、NSTEMI 和 STEMI 统称为急性冠脉综合征。本 UA/NSTEMI 指南, 包括 UA/NSTEMI 发病前、发病时和院内期间的治疗。二级预防和长期的治疗计划从住院治疗的早期便已开始进行。

“ACS”是指急性心肌缺血引起的一组临床症状（图1），它包括急性心肌梗死（ST段抬高与压低，Q波与非Q波）以及UA。本指南重点阐述该综合征的2个部分：UA和NSTEMI。临床实践中，往往首先由辅助人员例如急诊科医疗技术人员和分诊护士在检查过程的早期做出“可能是ACS”的判断。全国心脏病发作警戒计划（National Heart Attack Alert Program, NHAAP）^[6]总结出临床评估初期诊断ACS所需要的临床资料（表2）。这种早期诊断以便临床处理的含义，是将可能患ACS的患者置于能进行连续心电图监测和电复律的观察室，并且能够在10min内迅速完成12导联心电图检查同时做出明确诊断。早期评估中最为重要的是识别应当立即进行再灌注治疗的ST段抬高心肌梗死（ST-elevation myocardial infarction, STEMI）患者，识别其他潜在的可能导致患者猝死的原因，例如主动脉夹层。

诊断为STEMI的患者不适合根据本指南制订的处理方法，而应当根据《ACC/AHA ST段抬高心肌梗死治疗指南》^[1, 10]进行治疗。同样，心电图表现为单纯后壁心肌梗死可以误诊为NSTEMI，其处理属于《ACC/AHA ST段抬高心肌梗死治疗指南》^[1]的范畴。对于手术后心肌损害并且有磷酸肌酸激酶（creatine phosphokinase）MB同工酶（CK-MB）升高患者的处理，也不在此述及。对于心肌梗死并有明确缺血性心电图改变但是不适合急诊再灌注治疗的患者，应当按UA患者进行诊断与处理。其他开始诊断为ACS的患者，还包括开始临床表现类似于ACS但是临床最终证实并非心脏原因所致的患者。因此，对最初评估做出结论时（通常是在急诊科，有时是在住院最初的数小时内），每一个患者均应有一个临时诊断：（1）ACS（图1），依次分类为：① STEMI，此时应当考虑立即实施再灌注治疗（静脉溶栓或PCI）；② NSTEMI，③ UA（明确、较明确或可能）；（2）非ACS的心血管疾病（例如急性心包炎）；（3）非心性原因的特殊疾病（例如继发于食道痉挛的胸痛）；（4）非心性但原因未明。此外，初步评估还应当用于确定风险性和治疗危及生命的事件。

本指南认为，UA/NSTEMI是病因和临床表现相似但是严重程度不同的密切相关的情况，其主要不同表现在缺血是否严重到有足够量的心肌损害，以致于能够检测到心肌损害的标志物 - 肌钙蛋白I（TnI）、