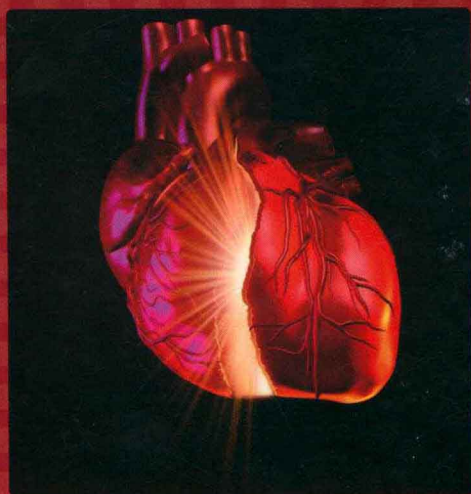


■主审 徐义先

■主编 杨宝平 包海军

急性冠状动脉综合征 临床对策



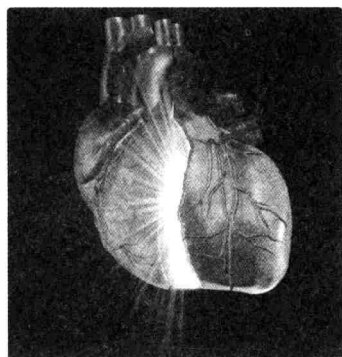
JIXING GUANZHUANG DONGMAI ZONGHEZHENG
LINCHUANG DUICE



兰州大学出版社

JIXING GUANZHUANG DONGMAI ZONGHEZHENG
LINCHUANG DUICE

急性冠状动脉综合征 临床对策



主 审 徐义先

主 编 杨宝平 包海军

副主编 王发娟 王喜萍 李永山

赵明喜 杜军科 冯少春



兰州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

急性冠状动脉综合征临床对策/杨宝平,包海军主编. —兰州:兰州大学出版社,2012.6

ISBN 978-7-311-03926-4

I. ①急… II. ①杨… ②包… III. ①冠状血管—综合征—诊疗 IV. ①R543.3

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第140343号

策划编辑 敬兆林

责任编辑 郝可伟

封面设计 管军伟

书 名	急性冠状动脉综合征临床对策
主 审	徐义先
主 编	杨宝平 包海军
出版发行	兰州大学出版社 (地址:兰州市天水南路222号 730000)
电 话	0931-8912613(总编办公室) 0931-8617156(营销中心) 0931-8914298(读者服务部)
网 址	http://www.onbook.com.cn
电子信箱	press@lzu.edu.cn
印 刷	兰州德辉印刷有限责任公司
开 本	710 mm × 1020 mm 1/16
印 张	23.75
字 数	530 千
版 次	2012年6月第1版
印 次	2012年6月第1次印刷
书 号	ISBN 978-7-311-03926-4
定 价	38.00 元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)

前 言

急性冠状动脉综合征(ACS)是指急性心肌缺血引起的一组临床病症,包括 ST 段抬高心肌梗死(STEMI)、非 ST 段抬高心肌梗死(NSTEMI)和不稳定性心绞痛(UP)。NSTEMI 与 UP 的病因和临床表现相似,但其严重程度不同,两者的主要区别在于缺血是否严重到产生足够数量的心肌损害,并且能够检测到心肌损害的标志物,即肌钙蛋白 I(TnI)、肌钙蛋白 T(TnT)或肌酸激酶同工酶(CK-MB)的升高。ACS 将冠状动脉粥样硬化的不稳定性及危及生命的表现与本病的隐匿性、稳定性表现加以区别,连接这两种情况的桥梁就是不稳定斑块,提示这种斑块的诊断性线索是进行性心绞痛、ST—T 变化和心肌肌钙蛋白升高,早期识别并及时处理有利于防止心源性猝死等严重后果。

本书的读者对象是基层医院的内科、心血管科、急诊科的医生及护理人员。本书共分十四章,前三章从 ACS 的概念、病理生理及流行病学方面做了简要的阐述;第四章和第五章是全书的重点内容之一,诊断技术中包含了心电图的基础及最新进展和特殊情况下的心电图表现和鉴别;心肌坏死标志物;多排 CT 冠状动脉成像是近几年来发展最快、应用最广的无创冠状动脉成像技术,第四章做了全面的阐述;超声心动图检查便捷、无创,在评价心室壁运动障碍、收缩及舒张功能、及时诊断 ACS 并发症等方面具有无可比拟的优势。冠状动脉内超声在观察病变血管的组织结构、指导 PCI 手术等方面优势明显,诊断性冠状动脉造影目前仍然是诊断冠心病的“金标准”。危险分层方面,详细阐述了目前世界上公认的、影响力最大的 GRACE 评分系统,并对临床简单、实用的 TIMI 评分、PAMI 评分等做了介绍。第六章至第九章分别从抗血小板、抗凝、调脂、抗缺血治疗四个方面做了详细的介绍,是 ACS 药物治疗的基础,是临床医师处理 ACS 患



者时必须掌握的知识。第十章介绍了急性 ST 段抬高心肌梗死的再灌注治疗,包括静脉溶栓和急诊 PCI。“时间就是心肌,时间就是生命”,及时、有效、充分、持久的再灌注治疗是抢救急性 ST 段抬高心肌梗死患者最重要的手段。选择何种治疗方法,要根据患者的特点和首诊医院的具体情况决定,对不适合溶栓或溶栓风险大的患者,如果转运时间小于 1 小时,最好转运到有急诊 PCI 条件的中心行 PCI 治疗。第十一章除对严重的、常见的并发症做了详细介绍外,还对出血并发症做了单独介绍。第十二章针对老年、女性、糖尿病、肾功能不全患者分别介绍了各自的特点及处理要点。第十三章主要介绍了急诊冠脉搭桥术及外科处理心脏破裂等 ACS 的严重并发症的问题。第十四章对近年来报道的并非罕见的一种与 ACS 极其相似的疾病“心尖球形综合征”做了介绍,相比于急性主动脉夹层、急性肺动脉栓塞,“心尖球形综合征”与 ACS 的鉴别更加困难,如果误诊为 ST 段抬高型心肌梗死而给予静脉溶栓治疗可能导致致命性出血并发症,需要引起高度重视。

本书所列药物之剂量、用法,仅供参考,实际如何使用应根据患者的具体情况而定。对于书中疏漏、谬误之处,敬请读者指正。

杨宝平 包海军

2011 年 12 月 28 日

目 录

第一章 冠心病的临床类型 / 001

第一节 冠心病的传统分型 / 001

第二节 急性冠状动脉综合征的分型 / 006

第二章 急性冠状动脉综合征的流行病学 / 009

第一节 全球急性冠状动脉综合征的流行状况 / 009

第二节 我国急性冠状动脉综合征的流行状况 / 010

第三节 我国急性冠状动脉综合征的诊治状况 / 013

第三章 急性冠状动脉综合征的病理生理及发病机制 / 015

第一节 急性冠状动脉综合征的病理学发现 / 016

第二节 急性冠状动脉综合征不同临床类型的病理学变化 / 017

第三节 急性冠状动脉综合征的病理生理机制 / 018

第四节 不稳定斑块 / 020

第四章 急性冠状动脉综合征的诊断技术 / 026

第一节 急性冠状动脉综合征的心电图表现 / 026

第二节 急性冠状动脉综合征的血清心肌坏死标志物 / 041

第三节 多排 CT 在急性冠状动脉综合征中的应用 / 044

第四节 超声心动图在急性冠状动脉综合征中的应用 / 051

第五节 冠状动脉造影术 / 082

第五章 急性冠状动脉综合征的诊断和危险分层 / 090

第一节 急性冠状动脉综合征患者的临床症状 / 090

第二节 急性冠状动脉综合征患者的体征 / 095

第三节 急性冠状动脉综合征的诊断标准 / 100

第四节 急性冠状动脉综合征的危险分层 / 104



第六章 抗血小板治疗 / 113

第一节 阿司匹林 / 114

第二节 噻吩并吡啶类 / 118

第三节 新的 ADP 受体拮抗剂 / 121

第四节 GP II b/III a 受体拮抗剂 / 123

第五节 环磷酸腺苷—磷酸二酯酶(CAMP-PDE)抑制剂 / 128

第六节 急性冠状动脉综合征非血运重建患者的抗血小板治疗 / 128

第七节 血小板异常急性冠状动脉综合征患者的抗凝 / 137

第八节 氯吡格雷抵抗 / 141

第七章 抗凝治疗 / 148

第一节 间接凝血酶抑制剂 / 149

第二节 直接凝血酶抑制剂 / 163

第三节 活化部位靶点的直接凝血酶抑制剂 / 168

第四节 维生素 K 拮抗剂 / 170

第五节 抗凝治疗的禁忌证 / 173

第八章 调脂治疗 / 175

第一节 冠心病高危人群强化降脂治疗 / 175

第二节 PCI 围术期强化他汀治疗 / 183

第九章 抗缺血治疗 / 187

第一节 β 受体阻滞剂 / 187

第二节 钙通道阻滞剂 / 193

第三节 硝酸酯类药物 / 195

第四节 其他抗缺血药物 / 200

第十章 急性 ST 段抬高心肌梗死的再灌注治疗 / 203

第一节 急性 ST 段抬高心肌梗死的溶栓治疗 / 203

第二节 急性 ST 段抬高心肌梗死的介入治疗 / 213

第十一章 急性冠状动脉综合征的主要并发症 / 224

- 第一节 急性冠状动脉综合征并发心源性休克 / 224
- 第二节 急性冠状动脉综合征伴发急性心力衰竭 / 240
- 第三节 急性冠状动脉综合征并发心律失常 / 258
- 第四节 急性冠状动脉综合征的出血性并发症 / 266

第十二章 特殊对象 / 276

- 第一节 老年患者 / 276
- 第二节 女性冠状动脉疾病 / 286
- 第三节 糖尿病患者 / 296

第十三章 急性冠状动脉综合征的外科治疗 / 304

- 第一节 急诊冠状动脉旁路移植术 / 304
- 第二节 心肌梗死后左心室游离壁破裂 / 310
- 第三节 心肌梗死后室间隔穿孔的外科处理 / 316
- 第四节 缺血性二尖瓣反流的外科处理 / 322
- 第五节 冠心病合并室壁瘤的手术治疗 / 327
- 第六节 冠状动脉搭桥手术后的监护 / 331

第十四章 心尖球形综合征 / 344

- 第一节 心尖球形综合征的主要临床症状 / 344
- 第二节 心尖球形综合征的临床诊断 / 345
- 第三节 心尖球形综合征的鉴别诊断 / 346
- 第四节 心尖球形综合征的流行病学 / 347
- 第五节 心尖球形综合征患者的预后 / 347
- 第六节 心尖球形综合征患者的发病机制 / 348
- 第七节 心尖球形综合征的临床意义 / 349

附录 不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南 / 350

第一章 冠心病的临床类型

最常见的引起冠状动脉性心脏病（简称冠心病）的病因是冠状动脉粥样硬化，约占冠心病病因的 90% 左右。其他病因有：

(1) 冠状动脉栓塞，如心腔内附壁血栓脱落，细菌性心内膜炎赘生物以及肿瘤钙质碎片等均可栓塞于冠状动脉。

(2) 夹层动脉瘤，可表现为局限在冠状动脉的夹层动脉瘤，亦可由主动脉夹层动脉瘤伸展到冠状动脉开口。

(3) 冠状动脉炎，多发性大动脉炎、系统性红斑狼疮和类风湿性关节炎等结缔组织疾病以及病毒感染等可侵犯冠状动脉。

(4) 先天性冠状动脉畸形，冠状动脉肌桥。

(5) 代谢性疾病，如糖尿病和淀粉样变等可致小冠状动脉病变。

(6) 梅毒性主动脉炎累及冠状动脉开口。

(7) 外伤等。

第一节 冠心病的传统分型

一、世界卫生组织（WHO）的分型标准

缺血性心脏病和冠状动脉性心脏病是同义词，按照 1979 年世界卫生组织规定的标准，缺血性心脏病的分类如下。

（一）原发性心脏停搏

指由于心电不稳定所引起的原发性心搏骤停，没有其他诊断的依据可寻。如果未作复苏或复苏失败，原发性心脏停搏可致猝死。以往的缺血性心脏病的证据可有可无，若发生猝死时无目睹者，则诊断是臆测性的。



(二) 心绞痛

1. 劳力型心绞痛

劳力型心绞痛是由运动或其他增加心肌耗氧量的情况所诱发的短暂的胸痛发作，疼痛经休息或舌下含服硝酸甘油后可迅速消失。

劳力型心绞痛可分为三类：

- (1) 初发劳力型心绞痛：劳力型心绞痛病程在 1 个月以内；
- (2) 稳定劳力型心绞痛：劳力型心绞痛病程稳定在 1 个月以上；
- (3) 恶化劳力型心绞痛：同等程度劳力所诱发的胸痛发作次数、严重程度及持续时间突然加重，病程在 1 个月内。

2. 自发型心绞痛

自发型心绞痛的特征是胸痛发作与心肌需氧量的增加无明显关系。与劳力型心绞痛相比，这种疼痛一般持续时间较长，程度较重，且不易为硝酸甘油所缓解，未见酶的变化，心电图常出现某些暂时性的 ST 段压低或 T 波改变。自发型心绞痛可单独发生或与劳力型心绞痛合并存在。自发型心绞痛患者的疼痛发作频率、持续时间及疼痛程度可有不同的临床表现。有时，患者可有持续时间较长的胸痛发作，类似心肌梗死，但没有心电图和酶的特征性变化。某些自发型心绞痛患者在发作时出现暂时性的 ST 段抬高，被称为变异型心绞痛。但在心肌梗死早期记录到这一心电图类型时，不能应用这一名称。

初发劳力型心绞痛、恶化劳力型心绞痛和自发型心绞痛常统称为“不稳定性心绞痛”。本书选用这些各自特异的名称。

(三) 心肌梗死

1. 急性心肌梗死

急性心肌梗死的临床诊断常根据病史、心电图和血清酶的变化而作出。

(1) 病史

典型的病史是出现严重而持久的胸痛。有时病史不典型，疼痛可以轻微甚或没有，可以主要为其他症状。

(2) 心电图

心电图的肯定性改变是出现异常、持久的 Q 波或 QS 波以及持续 1 天以上的演进性损伤电流。当心电图出现这些肯定性变化时，仅凭心电图即可做出诊断。另一些病例，心电图示有不肯定性改变，包括：

- ①静止的损伤电流；
- ②T 波对称性倒置；
- ③单次心电图记录中有一病理性 Q 波；
- ④传导障碍。

(3) 血清酶

①肯定性改变包括血清酶浓度的序列变化，或开始升高和随后降低。这些变化必须与特定的酶以及症状发作和采取血样的时间间隔相联系。心脏特异性同工酶的升高亦认为是肯定性变化。

②不肯定改变为开始时浓度升高，但不伴有随后的降低，不能取得酶活力的曲线。

①肯定的急性心肌梗死

如果出现肯定性心电图改变（或）肯定性酶变化，即可诊断为肯定的急性心肌梗死，病史可典型或不典型。

②可能的急性心肌梗死

当序列、不肯定性心电图改变持续超过 24 小时以上，伴有或不伴有酶的不肯定性变化，均可诊断为可能的急性心肌梗死，病史可典型或不典型。

在急性心肌梗死恢复期，某些患者可呈现自发性胸痛，有时可伴有心电图改变，但无新的酶变化，其中某些病例可诊断为 Dressler 综合征（心肌梗死后综合征），某些为自发性心绞痛患者，另一些则为急性心肌梗死复发或可能有扩展。其它的诊断措施可能有助于建立确切的诊断。

2.陈旧性心肌梗死

陈旧性心肌梗死常根据肯定性心电图改变，没有急性心肌梗死病史和酶变化而作出诊断。如果没有遗留心电图改变，可根据早先的典型心电图改变或根据以往肯定性血清酶改变而诊断。

(四) 缺血性心脏病中的心力衰竭

缺血性心脏病可因多种原因而发生心力衰竭，它可以是急性心肌梗死或早先心肌梗死的并发症，或可由心绞痛发作或心律失常所诱发。在以往没有缺血性心脏病临床或心电图证据的心力衰竭患者（排除其他原因），缺血性心脏病的诊断乃属推测性。



（五）心律失常

心律失常可以是缺血性心脏病的唯一症状。在这种情况下，除非进行冠状动脉造影证明冠状动脉阻塞，否则缺血性心脏病的诊断也是推测性的。

“梗死前心绞痛”和“中间型冠状动脉综合征”这两个名称不包括在本书内。因为根据本书的意见，前者的诊断是回忆诊断，仅在少数病例中能得到证实；而后一诊断的所有病例均可归属于本书所描述的缺血性心脏病分类中的一种。1980年第一届全国内科学学术会议期间，心血管病专业组对冠状动脉性心脏病（简称冠心病）的临床诊断标准问题进行了讨论，根据大多数代表的意见，建议采用世界卫生组织所通过的命名及诊断标准，以利于国际交流。

二、冠心病的习用分型

除 WHO 的冠心病分型外，还有以下几种习用分型。

（一）隐性冠心病型

系指中年以上患者，无明显冠心病的症状和体征，但具有某些冠心病易患因素，如高脂血症、高血压、糖尿病等，或冠状动脉造影显示有 50% 以上固定性狭窄病变，但运动无缺血或心绞痛发作。

（二）无症状心肌缺血型

平时或运动时心电图常可记录到明确心肌缺血的表现，但患者无心绞痛症状。

（三）缺血性心肌病型

由于长期慢性心肌缺血所致的心脏扩大、心力衰竭，类似于扩张性心肌病晚期的表现。诊断此型前需排除以下 2 种情况：

1. 排除其他心脏病

如：心肌病、高血压和瓣膜病等所致的心脏扩大和心力衰竭的情况。

2. 排除因心肌梗死所致的心脏机械性障碍

如：室间隔穿孔、室壁瘤和乳头肌功能不全造成的心脏扩大和心力衰竭的情况。

三、心绞痛的习用分型

(一) 稳定性心绞痛

或称稳定性劳力型心绞痛，指劳力型心绞痛有固定的诱发因素，发作持续时间较短，休息或含服硝酸甘油可使之迅速缓解，其病程稳定在 2 个月以上。

(二) 不稳定性心绞痛

指介于急性心肌梗死和稳定性心绞痛之间的一组心绞痛综合征。以前常使用过的一些心绞痛术语，如梗死前心绞痛、渐增型或加速型心绞痛、急性冠状动脉功能不全和中间型综合征等均可归入此类型中。

1989 年 Braunwald 从以下 3 个方面对不稳定性心绞痛进行了新的分类：

- (1) 按临床表现的严重性分为 I、II、III 型；
- (2) 按发生不稳定性心绞痛时的临床情况分为继发性、原发性和梗死后心绞痛 3 类；
- (3) 按不稳定性心绞痛发生前的临床治疗情况再分为 3 类（表 1-1-1）。

表 1-1-1 Braunwald 不稳定性心绞痛分类

	A 有心外因素(继发性)	B 无心外因素(原发性)	C 心肌梗死后 2 周内
I 初发或恶化劳力型心绞痛，无休息时发作	I A	I B	I C
II 1 个月内的静息性心绞痛，48 小时内无发作	II A	II B	II C
III 静息性心绞痛	III A	III B	III C

心绞痛不稳定化前药物治疗程度分为三组：

- (1) 心绞痛发病前未经任何药物治疗；
- (2) 心绞痛发病前已接受一般药物治疗；
- (3) 心绞痛治疗十分充分但仍发展至不稳定性心绞痛。

(三) 变异型心绞痛

与 WHO 规定的诊断变异型心绞痛的标准相同。



第二节 急性冠状动脉综合征的分型

一、急性冠状动脉综合征的命名和分类

依据胸痛发作时心电图有无 ST 段抬高将急性冠状动脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 分为 ST 段抬高的急性冠状动脉综合征和非 ST 段抬高的急性冠状动脉综合征。这种分类有利于指导临床治疗, 对前者首先进行危险分层, 低危患者行保守治疗 (抗凝、抗缺血等治疗, 但不能溶栓), 中高危患者考虑急诊冠状动脉造影, 必要时行 PCI 或者 CSBG。对后者, 在无禁忌证的情况下要及时进行再灌注治疗, 包括溶栓和 PCI。急性冠状动脉综合征的分类方法与传统冠心病心绞痛和心肌梗死的分类方法有密切联系, 但是没有一一对应关系。一般来讲, ST 段抬高的急性冠状动脉综合征, 绝大部分演变为 Q 波心肌梗死, 一小部分由于发病时间短, 及时进行成功的再灌注治疗或血栓自溶等原因, 整个发病过程中心电图可不形成 Q 波, 演变为非 Q 波心肌梗死。极少数情况下, 心电图 ST 段呈一过性抬高, 不伴有反映心肌损伤和坏死的血清标志物升高, 最终诊断为心绞痛或变异型心绞痛。非 ST 段抬高的急性冠状动脉综合征, 根据反映心肌损伤和坏死的血清标志物是否升高, 分为不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死。动态观察心电图, 后者绝大多数演变为非 Q 波心肌梗死, 一小部分演变为 Q 波心肌梗死。如图 1-2-1 所示。

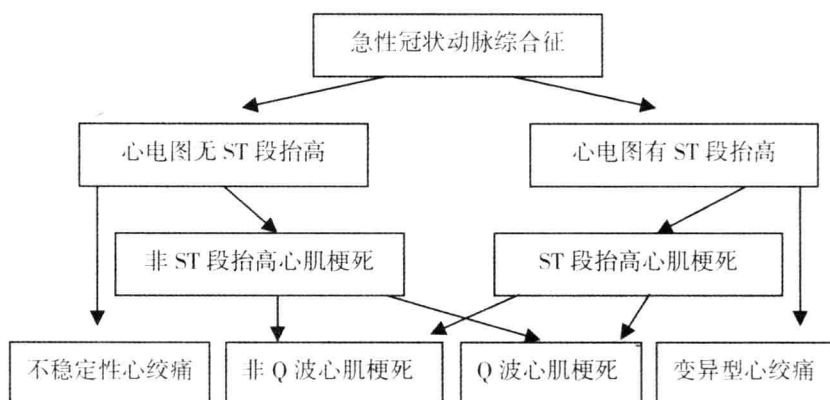


图1-2-1 急性冠状动脉综合征的分类和命名

二、急性心肌梗死的新定义

传统的急性心肌梗死的诊断要求存在以下诊断依据中的两项：典型的胸痛症状，心电图改变和生化标志物典型的升高和降低。但随着敏感性和特异性更高的心肌坏死标志物检验的推广，随着新的影像技术的发展，人们对心肌梗死的认识发生了重要变化。与 CK-MB 相比，以心肌肌钙蛋白作为心肌梗死的诊断标准，诊断率增加了 41%。2006 年 ESC、ACCF、WHF 共同组成全球心肌梗死工作组对心肌梗死进行了新定义，并在 2007 年正式发表，其分类见表 1-2-1。

表 1-2-1 心肌梗死新临床分类

I 型	自发性心肌梗死，与原发的冠状动脉事件引起的心肌缺血相关，如斑块破裂
II 型	心肌梗死继发于心肌的供氧和耗氧不平衡所导致的心肌缺血，如冠状动脉痉挛、贫血、冠状动脉栓塞、心律失常或低血压
III 型	心源性猝死，有心肌缺血的症状和新出现的 ST 段抬高或者新出现的左束支传导阻滞，但未来得及采集血样就死亡
IV 型	心肌梗死与经皮冠状动脉介入术相关
V 型	心肌梗死与冠状动脉搭桥技术相关

（一）急性心肌梗死的诊断标准

出现下列任何一项均可诊断为急性心肌梗死（表 1-2-2）：

表 1-2-2 诊断心肌梗死不同方法的内容

病理学	心肌细胞死亡
生化学	血液标本中检出心肌细胞坏死的标志物
心电图学	心肌缺血表现(ST 段和 T 段异常) 心肌组织丧失电活动功能(Q 波)
影像学	心肌血液灌注减少或者丧失，心脏室壁活动异常

1.至少有一项心脏生化标志物（优选肌钙蛋白）升高或降低超过 99%正常参考值上限，同时至少伴有下列一项改变：

（1）心肌缺血症状；

（2）心电图改变提示新发生的心肌缺血（新出现的 ST—T 改变或新出现的左束支传导阻滞）；



(3) 病理性 Q 波；

(4) 新出现的存活心肌丢失或节段性室壁运动异常的影像学证据。

2. 突发、意外的心脏性死亡，包括心脏停搏，通常有提示心肌缺血的症状，并伴随新出现的 ST 段抬高，或新出现的 LBBB，或冠状动脉造影或尸检发现冠状动脉内存在新鲜血栓，但是患者在血样采集前或血清心肌生物标志物升高前死亡。

3. 接受 PCI 治疗并且肌钙蛋白为正常基线水平的患者，如果心脏生化标志物升高超过 99% 正常参考值上限，提示围术期心肌坏死。通常，心脏生化标志物升高超过 99% 正常参考值上限 3 倍，定义为 PCI 相关性心肌梗死，其中部分是支架血栓所导致。

4. 接受 CABG 治疗并且肌钙蛋白为正常基线水平的患者，如果心脏生化标志物升高超过 99% 正常参考值上限，提示围术期心肌坏死。通常，心脏生化标志物升高超过 99% 正常参考值上限 5 倍，同时有新出现的病理性 Q 波或新出现的 LBBB，或新出现的存活心肌丢失的影像学证据，定义为 CABG 相关性心肌梗死。

5. 有急性心肌梗死的病理学证据。

(二) 陈旧性心肌梗死的诊断依据

满足以下任何一项可诊断为陈旧性心肌梗死：

1. 病理性 Q 波，有或无临床症状。

2. 存在局部心肌丢失的影像学证据（室壁变薄和丧失收缩功能，缺乏非缺血性病因）。

3. 心肌梗死组织已愈合或正在愈合的病理学证据。

第二章 急性冠状动脉综合征的流行病学

第一节 全球急性冠状动脉综合征的流行状况

急性冠状动脉综合征目前在发达国家总的流行病学特点是：发病率高、死亡率高，但呈逐年下降趋势。在美国，急性冠状动脉综合征是心血管病的主要表现形式，是成人住院的首要原因。美国国家健康统计中心的资料显示，仅1996年就有1 433 000例患者因不稳定性心绞痛和非ST段抬高性心肌梗死住院，2001年诊断为急性冠状动脉综合征的患者约为1 680 000例，其中959 000例为急性心肌梗死，758 000例为不稳定性心绞痛。2003年的资料显示，每年因不稳定性心绞痛住院的患者约为800 000例，另外约有同样人数的患者在院外进行诊治。急性心肌梗死的发生率约为650 000例/年，每年大约有250 000例患者因急性冠状动脉综合征而死于院外。英国（英格兰和威尔士）的流行病学资料显示，急性冠状动脉综合征的发病率约为120 000例/年；丹麦的急性冠状动脉综合征的发病率为234例/(10万人·年)，其中不稳定性心绞痛占16.9%，急性心肌梗死占53.8%；希腊的急性冠状动脉综合征的发病率为226例/(10万人·年)，院内总死亡率为4.3%。尽管如此，近30年来，美国冠心病的发病率以每年1%的速度下降，死亡率也逐年下降，在1985—1997年间的总死亡率下降了约30%。其他发达国家如英国、法国和芬兰等冠心病的死亡率自上世纪50年代以来也均有不同程度的下降。与西方发达国家相比，我国急性冠状动脉综合征的发病率和死亡率均处于较低水平，但呈快速增长趋势。WHO进行的MONICA研究在1985—1990年间对全世界21个国家、37个中心的急性冠状动脉事件进行了监测，结果显示：男性事件平均发生率为445/(10万人·年)，而中国北京的男性事件发生率为79/(10万人·年)，为最低，死亡率为45/(10万人·年)，也为最低。女性的事件发生率和死亡率分别为37/(10万人·年)和26/(10万人·年)，居倒数第二。