

失眠或是卒中新危险因素

18~34岁失眠者卒中风险较不失眠者增加7倍

来自我国台湾的一项有代表性的队列研究显示，失眠者卒中风险显著增加，其中18~34岁以下失眠者卒中风险最高。（Stroke. 2014年3月25日在线版）

据悉，这研究是首批旨在量化失眠相关卒中大样本量研究之一，也是首项评估不同亚型失眠对卒中风险影响的研究。

研究者指出，“该研究结果强调了评估和治疗失眠的重要临床意义。”美国Rush大学医学中心神经血管外科主任Demetrius Lopes认为，“该研究明确提示，失眠是年轻成年人卒中的独立危险因素。”然而，临床上通常仅考虑糖尿病和高血压等传统危险因素，而忽视了失眠对年轻人卒中风险的影响，而“年轻人恰好是没有良好睡眠习惯的群体”。

失眠等睡眠问题已成



为世界各国普遍存在的严重公共健康问题。世界卫生组织曾在14个国家进行调查后发现，约27%的人存在睡眠问题。美国睡眠基金会的调查显示，50%左右的美国人每周至少出现一种失眠症状。在欧洲，4%~22%的人口受到失眠的严重影响。

据统计，我国失眠患病率达10%~20%，即近3亿人有失眠症状。中华医学会精神病学分会曾

在上海、北京、广州、北京、杭州和山东等地开展的一项有1万多人参与的睡眠问题调查结果表明，存在易醒、醒得过早、睡眠时间不足、睡眠质量不好等睡眠问题的人高达42.5%。

研究者利用台湾地区健康保险研究数据库，评估失眠对卒中风险的影响，共对21 438例失眠患者和64 314例相匹配的对照受试者进行4年随访。

结果显示，与对照受试者相比，失眠者的卒中发生风险增加54%，其中缺血性卒中、短暂性脑缺血发作和原因不明的卒中风险依次增加79%、184%和107%。随着年龄增长，失眠者卒中风险逐渐降低，以18~34岁失眠者风险最高（IRR=8.06），35~49岁和50~64岁失眠者卒中风险分别增加1.72倍和0.86倍。进一步分析发现，持续失眠者的3年累积卒中风险较失眠缓解者明显升高（P=0.024）。此外，合并糖尿病的失眠患者卒中发生风险也增加（IRR=1.25）。

研究者表示，应进一步在具有代表性的人群中开展随访期更长的前瞻性研究，以确定不同失眠类型对卒中风险的长期影响。此外，还应探索失眠与卒中相关的病理生理机制。

双臂血压差≥10 mm Hg的糖尿病患者并发症风险高

来自英国的一项最新前瞻性队列研究显示，糖尿病患者若双臂收缩压压差≥10 mmHg，外周动脉疾病和死亡风险分别增加2.4倍和2.5倍；压差若≥15 mmHg，糖尿病视网膜病变和慢性肾脏病风险分别增加4.7倍和6.0倍，死亡风险增加8.0倍。（Diabetes Care. 2014年3月25日在线版）

研究者认为，对于糖尿病患者，双臂收缩压有差别可能与并发症和死亡风险增加有关。因此，“在对糖尿病患者进行初始临床评估时，应测量双臂的收缩压。”他们指出，一次检测即可。

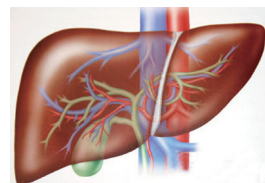
该研究入选727例糖尿病患者和285例无糖尿病的受试者，同时检测其双臂收缩压。结果



显示，糖尿病组和对照组分别有8.6%和2.9%的受试者双臂收缩压压差≥10 mmHg。单次检测双臂血压对于排除双臂血压差的准确性较高。分析发现，双臂收缩压压差≥10 mmHg的糖尿病患者发生外周动脉疾病的风险是对照组的3.4倍；双臂收缩压压差≥15 mmHg的糖尿病患者发生糖尿病视网膜病变和慢性肾脏病的风险分别是对照组的5.7倍和7.0倍。此外，糖尿病患者双臂收缩压压差≥10 mmHg和≥15 mmHg时，心血管死亡风险分别增加2.5倍和8.0倍。

1型糖尿病患者

非酒精性脂肪肝与慢性肾病有关



年内，23.4%的受试者发生CKD，即估算肾小球滤过率<60 ml/min/1.73 m²和（或）出现大量蛋白尿。

意大利维罗纳大学Giovanni Targher等开展的一项研究首次表明，在1型糖尿病患者中，非酒精性脂肪肝（NAFLD）与慢性肾脏病（CKD）风险增加有关。（Diabetes Care. 2014年4月2日在线版）

研究者入选261例基线肾功能正常、无大量蛋白尿的成年1型糖尿病患者，其中50.2%的受试者经超声检查发现存在NAFLD。平均随访5.2

分析显示，NAFLD与CKD风险增加独立相关（HR=2.85，P<0.001）；校正年龄、性别、糖尿病病程、高血压、HbA_{1c}水平和基线估算肾小球滤过率后，两者仍显著相关（HR=2.03，P<0.01）；即便进一步排除基线伴微量蛋白尿的受试者后结果也不受明显影响（HR=1.85）。研究者发现，在CKD传统危险因素基础上，加入NAFLD可更好地鉴别出CKD高危人群。

焦虑和抑郁或影响急性心梗治疗质量

美国南伊利诺伊大学Trinadha Pilla报告的一项横断面研究表明，在急性心肌梗死（AMI）住院患者中，伴焦虑和抑郁症状者接受标准治疗的几率明显低于精神状况良好的患者。然而，伴焦虑和抑郁症状的AMI患者死亡率却低于正常人群。（源自medscape网站）

美国克利夫兰医学中心Leo Pozuelo则表示，焦虑和抑郁症状并不会阻碍AMI治疗。他对“伴焦虑和抑郁症状的患者院内死亡率降低”表示怀疑，因为这与近几十年的研究发现明显相悖。

研究者通过近10年追踪随访发现，AMI患者中伴焦虑和抑郁症状者呈明显增加趋势。有抑郁症状的患者接受心导管检查和经皮冠脉介入治疗的几率较对照受试者降低30%和35%，在伴焦虑症状的患者分别降低10%和20%；这两类患者接受心脏搭桥术者比例也低于对照组。但在这些患者中，住院期间死亡风险却明显低于对照组，伴焦虑症状者死亡风险降低近半。

我国1型糖尿病患者严重并发症发生率高

中山大学附属第三医院翁建平教授领衔开展的广东1型糖尿病转化研究结果表明，在我国1型糖尿病患者中，继发性糖尿病酮症酸中毒（DKA）和严重低血糖事件发生率较高，每100人中每年分别发生26.4次和68.8次。（Diabetes Metab Res Rev. 2014年3月28日在线版）

翁教授等指出，“1型糖尿病患者的综合管理应包含并重视对可控危险因素的干预。”

该研究为一项多中心注册研究，覆盖广东省

16个医学中心的611例1型糖尿病患者。分析显示，继发性DKA和严重低血糖事件发生率分别为26.4/百人年和68.8/百人年。女性、医保报销比例<50%、饮食未控制和吸烟者发生继发性DKA的风险分别增加1.12倍、0.84倍、0.76倍和1.18倍；糖化血红蛋白（HbA_{1c}）水平每升高1.0%，继发性DKA风险增加15%。男性、医保报销比例<50%、体重不足、饮食从不控制或偶尔控制、每周运动不足150 min、存在神经病变和

吸烟的患者出现严重低血糖的风险依次增加71%、36%、44%、102%~109%、66%、89%和48%；HbA_{1c}水平每降低1.0%，严重低血糖发作风险增加46%；1型糖尿病病程每增加5年，严重低血糖发作风险增加22%。

值得注意的是，超重或肥胖患者发生继发性DKA和严重低血糖事件的风险分别降低43%和38%。研究者指出，34.4%的继发性DKA和81.1%的严重低血糖事件为复发事件。

ARB或无助改善糖尿病患者心血管预后



浙江大学医学院第一附属医院肾脏病中心陈江华等发表的一项Meta分析提示，在糖尿病患者中，血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）可有效减少全因死亡、心血管死亡和主要不良心血管事件（包括心肌梗死和心衰），而血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）无这些方面的益

处。（JAMA Intern Med. 2014年3月31日在线版）

研究者认为，对于糖尿病患者，临床医生应考虑将ACEI作为预防死亡和心血管事件的一线治疗。

该分析包括23项比较ACEI和安慰剂或活性对照药物的研究以及13项对比ARB和不治疗的研究。

结果显示，与安慰剂或对照药物相比，ACEI可促使糖尿病患者的全因死亡、心血管死亡、主要不良心血管事件、心肌梗死和心衰风险依次降低13%、17%、14%、21%和19%。然而，在糖尿病患者中，ARB除了能预防心衰（RR=0.70）外，并不能显著降低全因死亡、

心血管死亡和主要不良事件风险。此外，ACEI和ARB均无助于预防卒中。Meta回归分析显示，ACEI对全因死亡和心血管死亡的预防作用不受初始血压、蛋白尿状态、ACEI具体药物和糖尿病类型所影响。

本版编译 朱柳媛