（上接第 18 版）

高血压与卒中

霍勇：亚洲人卒中风险受血压影响更大

霍勇 教授

北京大学第一医院霍勇教授表示，我国心血管疾病防控形势严峻，控制高血压可作为我国心血管疾病防控的核心。加强全民对高血压的重视及监控，提高患者自我管理能力及治疗依从性，从而提升血压达标率。此外，重视国人特点，如降压同时补充叶酸，降低血浆同型半胱氨酸水平，可有效减少脑血管事件。

我国高血压患者人群庞大，达 3.3 亿，且存在患者知晓率、治疗率、达标率低等问题。在国人中，血压与心血管事件风险相关性远高于其他危险因素，高血压是心脑血管病首位危险因素。研究显示，正常血压基础上，血压每升高 10 mm Hg，亚洲人群卒中风险升高 240%，而欧洲人群卒中风险仅升高 22%。此外，高血压诊断简便，监测和管理成本相对较低。因此，高血压防控应作为我国心血管病防治的核心策略。

霍教授强调，做好高血压防控需重视国人特点和循证证据。我国高血压人群特点为发病率高、控制率低；高钠低钾饮食；卒中高发，心血管病发病率逐年上升；H 型高血压占中国高血压人群的 75%，加剧卒中风险。

李勇：清晨血压管理是被忽略的重要问题

毕齐 教授

杨艳敏 教授

复旦大学附属华山医院心脏科李勇教授介绍了清晨血压管理中国专家临床指导建议。他表示，清晨血压升高是卒中的重要危险因素，而目前我国清晨血压控制现状堪忧；建立团队模式管理，可更好地控制血压。据悉，该临床指导建议即将发布。

清晨血压在一定范围的升高属于生理现象，但如果家庭测量清晨血压或动态血压监测 ≥ 135/85 mm Hg 和（或）诊室血压 ≥ 140/90 mm Hg 即为清晨高血压。清晨血压升高可导致多种血管并发症增加，显著增加全因死亡和心血管事件。而 SURGE 前瞻性研究显示，清晨血压和平稳控制 24 h 血压达标率不及 50%。

根据即将发布的清晨血压管理中国专家指导意见，所有高血压患者都应常规进行清晨血压（6:00-10:00）监测与评估；对于高血压易患人群，也应进行清晨血压筛查。治疗上，使用半衰期长、能控制 24 h 血压的药物有助于提高患者治疗依从性，减少心脑血管事件，改善高血压患者生存质量。清晨血压管理模式上，国外研究表明，采用以患者为核心，医生、护士等共同参与的团队模式管理高血压，可降低收缩压 10 mm Hg，血压达标率提高 22%。

大会主会场现场

中国科学院陈可冀院士（右三）、中山大学附属第一医院黄如训教授（左二）以及首都医科大学附属北京天坛医院赵雅度教授（右二）获得“国家卫生计生委脑卒中防治工作卓越成就奖”。

房颤与卒中

毕齐：双管齐下诊治心原性卒中

心原性因素是卒中重要发病原因之一。首都医科大学附属北京安贞医院神经内科毕齐教授介绍了安贞医院对心原性卒中的三项最新研究结果以及心原性卒中的诊断流程。

房颤患者并发卒中危险因素研究显示，安贞医院近 10 年住院房颤患者并发卒中患病率为 9.36%，以缺血性卒中为主；年龄、高血压、糖尿病、高脂血症、高同型半胱氨酸血症为房颤并发卒中独立危险因素。经皮冠状动脉介入治疗（PCI）围手术期卒中发病率及危险因素研究显示，PCI 围手术期卒中发病率为 1.09%，主要为缺血性卒中，主要危险因素为高血压、年龄、高血脂症等，术前危险因素筛查有助于降低卒中风险。320 排 CT 脑血管功能评估与非体外循环下冠状动脉旁路移植术后神经系统并发症研究显示，术后神经系统并发症发病率为 23.4%，以认知功能下降最多见，既往卒中史、颈部血管重度狭窄、术前脑灌注异常是独立危险因素。320 排 CT 作为术前脑血管病功能评估手段，对术后神经系统并发症发生的危险性有一定提示作用。

毕教授表示，心原性卒中的诊断需建立规范化的筛查流程。包括合适的脑影像、脑血管影像、12 导联心电图和远程心电图、使用发泡剂的经胸超声心动图，以及实验室检查，如血小板、凝血相、血脂和血红蛋白。以下情况提示注意心原性卒中：突发卒中，尤其是无短暂性缺血性卒中史者；年长严重卒中；瓣膜病变；心脏病变；心律紊乱；心腔内肿物；伴有血栓形成的卵圆孔未闭（PFO）；在脑梗前有深静脉血栓形成或肺栓塞的 PFO；心脏手术等。一些影像发现也提示心原性卒中：既往不同动脉分部区栓塞；时间、空间多发梗死；其他系统性血栓栓塞征象；梗死血管主要分布于皮层或皮层下大灶豆纹动脉区梗死；大脑中动脉高密度影；闭塞大血管快速再通。

杨艳敏：华法林仍是房颤卒中高危患者首选

房颤是卒中强烈的独立危险因素，可明显增加卒中风险。对于心原性卒中患者，是否给予抗血小板治疗尚存争议。阜外心血管病医院杨艳敏教授结合临床研究和指南对房颤患者卒中预防中能否使用抗血小板药物的问题进行了分析和解答。

心原性卒中抗栓是抗凝还是抗血小板主要取决于不同类型血栓的形成机制，包括动脉血栓和静脉血栓。美国胸科医师协会第九版抗栓和溶栓指南对于不同的血栓类型给予推荐：（1）动脉系统血栓形成高度依赖血小板，抗血小板 + 抗凝治疗；（2）心腔内血栓形成对血小板依赖介于动静脉之间，高危患者抗凝治疗为主；（3）静脉系统血栓形成，对血小板依赖较低，以抗凝治疗为主。

我国房颤患者的卒中预防中相当一部分人使用了抗血小板药物，主要考虑血小板在血栓形成中发挥重要作用；房颤患者中可看到血小板活化标志物浓度升高；理论上，阿司匹林对动、静脉血栓皆有预防作用；且认为华法林使用不便捷，抗血小板药物出血风险低于华法林。

Hart RG 的两项研究显示，阿司匹林预防房颤卒中有一定作用，但远较华法林抗栓作用差。双联抗血小板预防房颤卒中的临床研究显示，双联抗血小板疗效优于阿司匹林，但出血事件显著升高，华法林比双联抗血小板更有效。此外，BAFTA 试验、丹麦研究等多项临床研究及 Meta 分析显示，在一般人群中阿司匹林出血较华法林少，但在老年人群中，阿司匹林的安全性并不优于华法林。根据抗血小板和新型抗凝药阿哌沙班在预防房颤卒中疗效比较的临床研究显示，阿哌沙班对不适宜华法林的患者可进一步减少 50% 以上的卒中，大出血发生率无明显增加，且患者依从性更好。

由于上述临床证据，2012 年欧洲心脏病学会房颤指南更新中对阿司匹林作出评价：阿司匹林的抗栓作用相对较弱，甚至有潜在的害处；在大出血和颅内出血方面，阿司匹林和华法林无明显差别，特别是老年人群。基于上述评价，该指南的房颤抗栓治疗中几乎没有阿司匹林。2013 年房颤卒中预防中国专家共识建议：对于高危患者仍然建议用华法林，中危患者可以选择口服抗凝药或阿司匹林，低危患者可不服用抗血栓药物。