

葛均波：2013 心血管病大事记

阴性结果居多 但临床意义重大



第八届东方心脏病学术会议主席、复旦大学附属中山医院葛均波院士指出，既往重大进展大都提供新型有效的临床治疗手段，而与之不同的是，2013 年多项重要研究结果均为阴性。葛院士认为，临床医生感到失望的同时，也应感到高兴，因为这些阴性结果对指导临床实践仍有重大意义。

调脂治疗新理念

2013 年 美国心脏病学学院 / 美国心脏学会新版血脂管理指南更关注一级预防的总体风险评估，而不仅仅是评估冠心病风险。启动他汀不再依赖基线低密度脂蛋白

胆固醇 (LDL-C) 水平，而是基于循证证据明确 4 类他汀获益人群，并且推荐使用合适的他汀治疗强度，放弃 LDL-C 或非 LDL-C 靶标作为治疗目标等。新型降 LDL-C

药物也为调脂治疗带来曙光，如 PCSK9 抑制剂。可成为高危患者调脂新选择，包括家族性高胆固醇血症患者、LDL-C 未达标患者、不能耐受他汀患者等。

PFO 封堵术存争议

葛院士介绍了两项有关封堵卵圆孔未闭 (PFO) 预防卒中的多中心、前瞻性、随机对照

研究：PC 研究和 Respect 研究，结果显示，封堵 PFO 对预防卒中的效果尚不确定，仍需进一步

研究证实。庆幸的是，该研究的随访尚未结束，后续随访数据值得期待。

达比加群抗凝效果令人失望

2009 年发布的 RE-LY 研究提示，达比加群的抗凝效果不劣于华法林，而 RELY-

ABLE 研究在 2009 年 RE-LY 研究的基础上增加随访时间，发现对于行机械瓣膜置换术的患

者，达比加群并不能替代华法林。目前，华法林仍是机械瓣膜置换术后抗凝策略的唯一选择。

房颤控制：节律还是心率？

葛院士指出，房颤治疗以节律控制还是心率控制为主，是心血管病领域的热门话题，已争论数十年。目前对于有症状的房颤患者，更多的证据支持节律控制策略。而对于无症状或症状轻微的患者，却一

直没达成共识。AFFIRM 研究显示，两组总体死亡率无显著差异，但这两种治疗策略对卒中的长期影响尚不清楚。

来自加拿大的一项大规模观察性研究旨在探讨节律控制对卒中及短暂性脑缺血发作 (TIA) 的长

期影响，结果显示，节律控制策略在降低卒中和改善预后方面可能优于心率控制，卒中及 TIA 发生率更低，特别是在中高危患者中。然而，这并不意味着可将此结果应用于所有房颤患者，仍需进行个体化分析。

肾动脉去神经术无显著优势

2014 年公布的 SYMPPLICITY HTN-3 研究显示，肾动脉去神经术 (RDN) 对于治疗顽固性高血压并

无显著优势。该研究在 SYMPPLICITY HTN-1 和 SYMPPLICITY HTN-2 的基础上完善试验设计，且样本量增加。

葛院士认为，全盘否定 RDN 还为时过早，RDN 领域仍很年轻，还需更多有力证据的证实。



“音乐与心脏健康”跨界对话

5 月 29 日傍晚，随着美妙的音乐响起，“音乐与心脏健康”拉开帷幕，东方会邀请到世界著名作曲家、小提琴协奏曲《梁祝》的作者何占豪 (左)，与葛均波院士共同启动“音乐与心脏健康”的跨界对话。

冷冻球囊消融 显著提高即刻消融成功率



Karl-Heinz Kuck 教授

来自德国汉堡，著名的电生理教授 Karl-Heinz Kuck 介绍，一项房颤患者行导管消融的 Meta 分析发现，对未用抗心律失常药物 (AAD) 治疗者，单次和多次导管消融的成功率分别为 57% 和 71%；AAD 治疗患者的成功率则分别为 72% 和 77%。在肺静脉电隔离 (PVI) 后房颤复发的患者中，95% 存在缝隙，随访期间对传导缝隙再次消融可恢复窦性心律。GAP-AF 试验发现，行完全线性 PVI 的患者其 90 d 生存率显著高于有单个缝隙且在 PVI 后即刻中止消融的患者，房颤复发亦减少。

Kuck 教授提到，冷冻球囊消融的出现大大提高了即刻消融的成功率，达 97%~100%。第一代冷冻球囊的并发症主要为膈神经麻痹、肺静脉狭窄和食道溃疡，但总体安全谱合理。Vogt 等在

554 例阵发性房颤患者中发现，末次消融后随访超过 12 个月的患者中，单次消融的无房颤生存率为 61.6%，多次消融的无房颤生存率为 76.9%。第二代冷冻球囊的冷冻更为同质，且冻融循环时间更短。

Kuck 的第一项临床试验纳入了 115 例既往未行左心房消融的房颤患者，采用单个大冷冻球囊 (28 mm) 使 99% 的肺静脉即时消融，与一代冷冻球囊相比，即时效果提高，膈神经麻痹发生率降低，随访期间窦性心律患者比率升高，达 82%。

最后，Kuck 教授指出，转子 (rotors) 即主导折返环被认为在房颤维持中发挥重要作用，针对这一机制进行干预可能具有中止房颤的潜能，转子可能是 PVI 之外一种新的治疗选择。



Anthony Heagerty 教授

英国：血压未达标 医师工资减四分之一

英国高血压学会现任主席 Anthony Heagerty 教授指出，指南是用来指导临床实践的，应基于证据且简单易懂，需包含成本效益方面的内容，不断更新，与时俱进，并得到广泛认同。

Heagerty 教授介绍，130~139/85~89 mm Hg 高血压前期人群的心血管病累积发生率显著高于 <120/80 mm Hg 人群。要识别高血压人群，首先要明确诊断高血压。2011 年英国临床优化研究所 / 英国高血压学会 (NICE/BHS) 指南比较了诊室血压监测 (CBPM)、家庭血压监测 (HBPM) 和

动态血压监测 (ABPM)，指出大多数研究中 ABPM 优于 CBPM，推荐若 CBPM $\geq 140/90$ mm Hg，需再测 2 次核对。

治疗方面，Meta 分析显示，对终点事件而言，重要的不是药物，而是所达到的血压水平。

BHS 和英国国家卫生与临床优化研究所推荐，高血压治疗可分为四步。第一步：年龄 <55 岁的高血压患者首选血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素受体 II 拮抗剂 (ARB) 治疗，对年龄 >55 岁的高血压患者推荐

钙拮抗剂 (CCB) 治疗；第二步：若上述措施不能有效控制血压，则 ACEI/ARB 与 CCB 联用；第三步为 ACEI/ARB+CCB+噻嗪类利尿剂；若仍不能有效控制则为顽固性高血压，应考虑第四步，加用其他利尿剂或 α/β 受体阻滞剂，并考虑寻求专家建议。

在英国，对于高血压防治采取最佳实践，且强制执行，即引入绩效工资考核，若未达标则全科医师的工资会被减去 25%，因此高血压检出率和治疗率均升高，但该最佳实践的高血压目标值定为 150/90 mm Hg。