

中国急诊房颤注册有多项新发现

COPD 与房颤患者死亡相关,射血分数保留的心衰并非栓塞危险因素

▲本报记者 董杰 本报实习记者 王雅萍

阜外心血管病医院朱俊教授和杨艳敏教授牵头进行了中国急诊房颤注册研究,对急诊就诊的房颤患者基线特征、危险因素及治疗情况(特别关注抗凝治疗情况)进行了调查,并发现一些与国际指南不同的结果。(Intern Med J. 2014年6月3日在线版)

该研究为前瞻性、多中心注册研究,于2009-2011年纳入2016例急诊就诊房颤患者,这些患者来自全国20家具有地域代表性的三级和二级医院,无论房颤是否为急诊就诊第一诊断均入选。随访1年,记录1年时治疗的变化,同时记录死亡及死因、卒中、非中枢神经系统栓塞和任何大出血事件。

结果显示,患者1年随访率达98%。伴随的心血管危险因素,如心衰、心脏瓣膜病等,随房颤加重而增加。在非瓣膜性房颤患者中,CHADS₂ ≥ 2和CHADS₂ < 2的患者进行口服抗凝药治疗比例分别为12.7%和15.6%。在瓣膜性房颤患者中,41.4%进行了口服抗凝药治疗。此外,所有患者中,16.2%服用至少1种抗心律失常失常药,而更多患者(68.4%)服用控制心率药物。

研究者说



杨艳敏 教授

杨艳敏教授在接受采访时,首先介绍了该研究的初衷。她介绍,既往我国房颤注册研究主要基于门诊或住院房颤患者,时间上与现代治疗理念有一定距离。随着房颤治疗方法的进步,对抗凝认识的提高,亟需了解目前房颤的流行病学情况。

急诊就诊房颤患者的流行病学、治疗和预

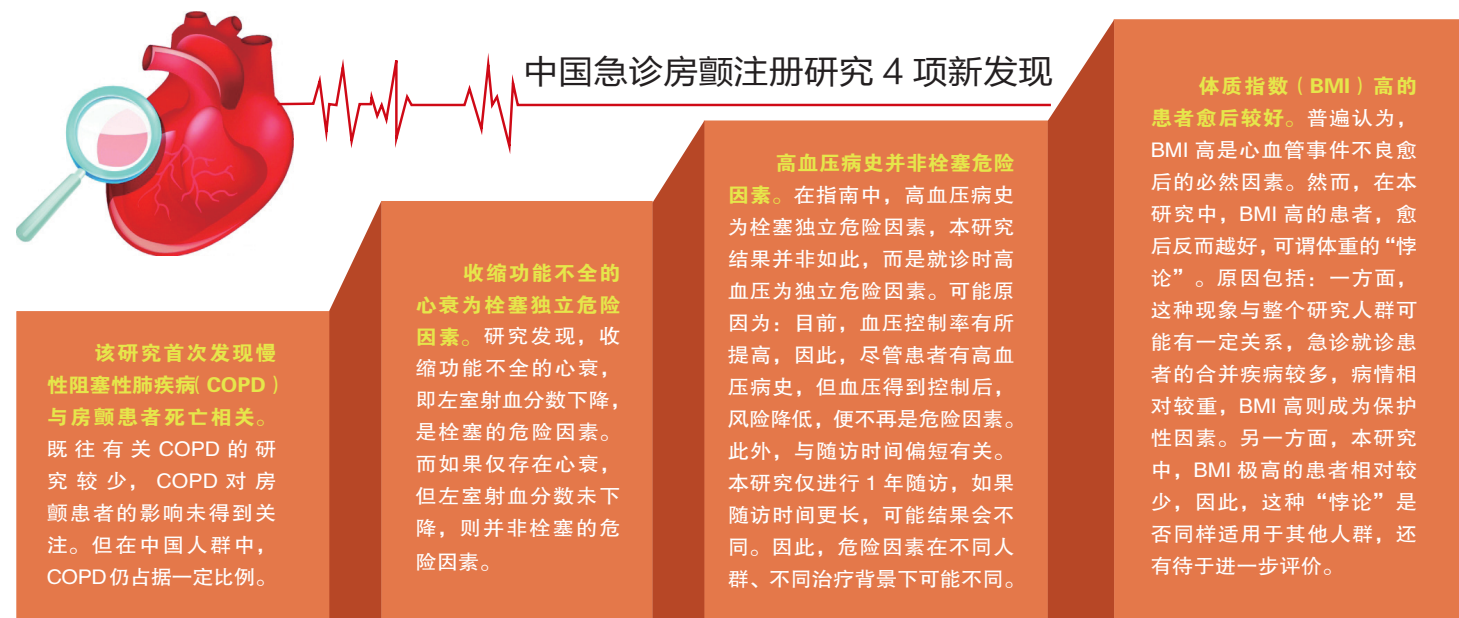
后的资料尚无报道。在医院急诊科入选的房颤患者有一定的特点,如合并基础疾病较多,病情较急较重。

杨教授告诉记者,近年来,一些房颤注册研究正在进行,本研究是第一个完成注册的研究,也是房颤注册有随访资料的首个研究。对我国人群急诊就诊时房颤的特点进行研

究,包括构因比、年龄、栓塞危险因素评分的分布以及接受抗凝治疗的比例。

本研究最为重要的是关注房颤的抗凝、抗栓治疗。研究发现,我国抗凝治疗率仅略高于10%,远低于欧美60%-80%的比例。反映出我国人群房颤栓塞风险意识较差,包括医生及患者。其次,抗凝的顾虑比较大,担

心发生出血。最后,抗凝药物还有待发展,目前华法林一枝独秀,但华法林也存在弊端,如需定期监测、需考虑个体差异等。研究还发现,风险越高的患者,接受抗血小板治疗的比例越高,这是治疗上存在的误区。杨教授指出,事实上,房颤的治疗应以抗凝为主,而不是以抗血小板治疗为主。



我国高血压防治要实现个体化策略

▲北京大学人民医院心脏中心 孙宁玲



孙宁玲 教授

高血压的治疗应在危险评估的基础上,实现对高血压防治策略的转变。个体化包括血压目标、临床治疗及综合防治个体化,以循证医学为治疗模板并结合个体化方案,将会实现更好的血压达标。

不同种族与区域降压策略不同

高血压是一种异质性疾病,其发病受区域、种族、遗传等因素的影响,不同的生活习惯和生活方式使临床特征不同。因此治疗应依据高血压特征,寻找适宜治疗方案。亚洲

黄色人种以吸烟、血压轻度升高及卒中高发为主要特征,摄盐量较高,主要治疗应以限盐、戒烟为主体改善患者生活方式,药理性治疗以钙拮抗剂为常用药物。

依据经济效益比 全面考虑血压控制利与弊

多项指南均指出,要依据危险因素的多少采取个体化治疗,依据经济效益比,全面考虑血压控制的利与弊。目前的研究显示,在低、中经济收入

国家,一定程度上降低食物中盐的摄入量对降低心血管事件和降低治疗价格有益。应依据经济效益比评估和选择诊断及治疗方法。从高血压诊断方法看,

最贵的检查并非最好的检查,最贵的药物也并非最适宜的药物。应依据不同区域、不同经济状况的国家情况和患者情况进行个体化需求选择。

有效的血压管理不仅是达标

研究发现,相似治疗方案下,血压控制率可能不同,这更多归因于不同的血压管理。因此,血压控制不仅是药物治疗方案的选择,更重要的是有效的血压管理。

有研究显示,对伴糖尿病或冠心病的高危高血压患者,在强化治疗下如

血压控制过低,其临床获益受限、风险增加。因此,在高危人群中需进行个体化血压控制。单纯强调强化药物治疗虽能提高控制率,但在改善临床预后方面并无显著优势。由此进一步说明,有效的血压管理不仅仅只是达标,还具有很多内涵。

个体化治疗要重视血压管理内涵

重视血压监测,全天候的血压控制是血压管理内涵之一。多项共识和指南均强调血压全程控制应在血压监测下完成。更需认真完善血压诊断方法,筛查真性高血压且需要良好的血压控制人群。

简单化、优化治疗是高血压治疗的简易途径。提高治疗依从性,

增加高血压患者治疗持续性,是高血压治疗的重要环节。

选择最合适的治疗目标,提高血压管理的内涵。各种疾病相关指南为高血压治疗提供了可能目标。高血压的治疗应遵循 ABCD 的标准原则。A: 抗栓治疗,在患者可耐受的情况下,

心血管10年风险 > 10% 应接受小剂量阿司匹林治疗; B: 降压达标,血压应控制 < 140/90 mmHg; C: 调脂治疗,使低密度脂蛋白胆固醇 < 3.37 mmol/L; D: 血糖的控制,糖化血红蛋白应 < 7%。在标准治疗下应充分考虑个体多项指标的控制达标。