

重磅来袭：欧连发四部心血管指南

8月29日，欧洲心脏病学会(ESC)在《欧洲心脏杂志》上发表了四部指南，分别为“2014 ESC 肥厚型心肌病诊断和管理指南”、“2014 ESC 急性肺栓塞诊断和管理指南”、“2014 ESC 主动脉疾病诊断和治疗指南”、“2014 ESC/欧洲心胸外科协会(EACTS)心肌血运重建指南”。而在8月1日，ESC和欧洲麻醉学学会(ESA)刚刚发布了“2014

ESC/ESA 非心脏手术心血管评估和管理指南”。

肥厚型心肌病指南 主要对有关真实风险评估的建议进行更新，并非以往各指南中提到的相关危险评估，其中最重要的一项创新为“风险计算器”，即利用简单的临床手段评估肥厚性心肌病患者发生心脏性猝死的5年风险。

急性肺栓塞指南 首次推荐肺栓塞患者使用口服



抗凝剂。该指南就肺栓塞诊断和治疗，给出有史以来最全面的建议，可使临床医生可更有把握地对疑似患者进行风险分层，并

予以恰当治疗。

主动脉疾病指南 该指南是对2001版指南的更新。2001版指南局限于主动脉疾病的诊断和管

理，而新指南还就动脉瘤、钙化灶、先天性动脉瘤、主动脉炎、主动脉瘤等方面给予建议和指导。此外，2001版指南强调胸主动脉疾病管理，新版指南则新增腹主动脉。专家组还制定针对急性主动脉综合征的流程图，有助于早期诊断和快速治疗以改善患者预后。

心肌血运重建指南 该指南基于一项系统性回顾分析(纳入100项随机试

验的93553例患者)而提出最新治疗推荐。分析发现，对于稳定性冠状动脉疾病患者，与药物治疗相比，冠脉旁路移植术可有效降低死亡、心肌梗死和再次血运重建风险。需注意，与药物治疗相比，所有基于支架置入的冠脉血运重建技术均可有效降低再次血运重建风险，其中新一代药物洗脱支架(不包括其他经皮血运重建技术)还可有效改善生存获益。

BMJ 谴责欧洲非心脏手术指南中β受体阻滞剂推荐地位

近日，英国伦敦大学帝国理工学院国家心肺研究所Darrel P Francis和Graham D Cole在BMJ上撰文呼吁，ESC应修订其新近发布的，非心脏手术指南中关于β受体阻滞剂的推荐。(BMJ. 2014;349:g5210)

不久前，欧美同时发布非心脏手术患者围术期心血管管理指南。鉴于在旧版指南中，推荐行非心脏手术的心血管高危患者接受β受体阻滞剂主要是基于DECREASE研究，而DECREASE研究被认为涉嫌伪造数据，因此两项指南均将该研究排除，并下调了此类患者起始β受体阻滞剂治疗的推荐级别(从Ⅰ类下调至Ⅱb类)。

然而，Francis和Cole认为，推荐级别应



下调至Ⅲ类，因为有可靠的随机试验显示，β受体阻滞剂可显著增加死亡风险。他们2013年进行的一项Meta分析显示，非心脏手术患者起始β受体阻滞剂治疗可使死亡风险增加27%，仅英国就可能造成1年死亡1万例患者(Heart. 2014;100:456)。

但ESC指南首席作者Steen Dalby Kristensen坚持认为，β受体阻滞剂在这类患者中仍具有一定作用。

美建议超重或肥胖的心血管高危人群接受专业帮助

美国预防医学工作组(USPSTF)近日发布声明建议，当超重成人合并1个或以上心血管病危险因素(包括高血压、血脂异常、空腹血糖受损或代谢综合征)时，需接受强化行为咨询干预以促进健康饮食和增加体力活动。(源自USPSTF网站)

该声明从一项纳入74项试验的综述中得到了充分证据。分析发现，对有

心血管病风险的患者，强化行为咨询干预可显著降低第12~24个月内的总胆固醇水平、血压、血糖、体重及糖尿病发病率。

撰写组专家指出，饮食和运动强化，需有专业团队来支持。具体帮助患者时，并非简单说教，而应专业地、个体化地去评估在进行健康饮食和锻炼时面临的障碍，并有效地对其帮助。然而，目前多

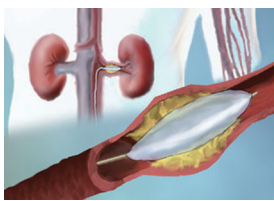


数医生并无时间和精力，也无针对性技能做到此。某些商业团队虽然可以做好，但花费较昂贵，因而如何更有费效比地推行健康生活方式，是未来需要解决的问题。

美发布肾动脉支架置入术专家共识

血液动力学重度狭窄且存在药物抵抗者为适应人群

近日，美国心血管造影和介入学会发布肾动脉支架置入术专家共识，旨在帮助临床医生判断哪些患者可能从肾动脉



支架置入中取得最大获益。(Catheter Cardiovasc Interv. 2014年8月19日在线版)

专家组推荐，肾动脉支架置入术的适应人群应为血液动力学重度狭窄(狭窄程度>70%)且存在药物抵抗的患者；适应证为心功能障碍综合征，伴重度高血压；顽固性高

血压；慢性肾脏病伴缺血性肾病，或是无法解释的全肾缺血。

近期研究，包括CORAL试验，都未能证明对动脉粥样硬化性肾动脉狭窄患者行支架置入术优于内科治疗。专家组指出，这可能是某些可能受益的患者并未被纳入研究。

痛风增加血管疾病风险获新证

英国基尔大学Lorna E. Clarson等近期研究发现，痛风患者(尤其女性)的血管疾病风险增加。(Ann Rheum Dis. 2014年8月27日在线版)

该研究纳入英国临床实践研究数据链(CPRD)中的8386例痛风患者，以及匹配的39766例对照参与者。所有人年龄均>50岁，且无既往血管疾病史。分析显示，与无痛风的男性相比，患有痛风的男性的任何血管事件风险明显升高，但幅度不大(HR=1.06)；任何冠心病或外周血管疾病风险也升高(HR分别为1.08和1.18)。而在女性痛风患者中，任何血管事件风险较无痛风女性升高25%；任何冠心病或外周血管疾病风险分别升高25%和89%。此外，女性痛风患者的心绞痛、短暂性脑缺血发作和卒中风险升高。

新闻速递

中国医师协会介入医师分会成立

8月28-31日，中国医师协会介入医师分会成立大会暨第八届中国介入治疗论坛(CIC 2014)暨辽宁省介入医学会第四次学术会议在沈阳召开。徐克当选为介入医师分会会长，滕皋军、单鸿、邹英华、姜卫剑、茅爱武、陈忠、刘建民、杨跃进为副会长。

“我国介入医学近年来得到迅猛发展，在技术水平、专业能力乃至学科建设上都取得了显著成

绩。但由于缺乏相对独立的学科体系和规范系统的行业管理，我国介入诊疗工作仍存在从业医师能力水平参差不齐、医疗质量控制亟待完善等问题。”徐克会长指出，介入医师分会正是应运而生，旨在确立介入医学专业完整的管理体系，贯彻执行规范的考核制度，也标志着我国介入医学独立学科体系的形成，应该说这是介入医学界前所未有的重要事件。

研究挑战“代谢健康型肥胖”概念

近期研究发现，对于超重或肥胖的年轻人，即使没有额外代谢危险因素，其新发糖尿病风险也增加。(Diabetes Care. 2014年8月19日在线版)

研究纳入33939例≥25岁的参与者。基线时，49%为正常体重[体质指数(BMI)<25 kg/m²]、38%为超重(BMI为25~30 kg/m²)、13%为肥胖(BMI>30 kg/m²)，各组“代

谢健康”者分别占55%、32%和14.7%。中位随访6年，734例参与者被诊断为2型糖尿病。校正多重混杂因素后，BMI每增加1个单位，糖尿病风险增加10.6%。

与正常体重组相比，超重和肥胖组中“代谢健康”者的糖尿病风险分别增加89%和288%。正常体重组和肥胖组中“代谢健康”者的糖尿病发生率分别为1.15/1000人年和

4.34/1000人年。此外，与正常体重组相比，肥胖组人群每额外增加一种危险因素所带来的风险增幅更大。在有至少3种危险因素的人群中，正常体重组和肥胖组的糖尿病发生率分别为3.17/1000人年和19.17/1000人年。

因此，研究者认为，即使伴有完整的代谢特征，肥胖也不是一种良性状态。医生应意识到这一点，尤其是在年轻人中。

这与我国上海交通大学附属瑞金医院宁光教授的研究存在异曲同工之处。宁教授对我国21万余人的研究发现，对于肥胖者，不管是体态均匀的肥胖还是腹部肥胖，也不论是否存在胰岛素抵抗，其10年心血管病风险都大幅增加，即国人不存在“良性肥胖”这一说(Int J Cardiol. 2014;172:388)。

编译 牛艳红 苏宁宁 王雅萍