

房颤患者常合并动脉粥样硬化

我国阵发性房颤者 32.3% 存在冠心病, 13.5% 有颈动脉狭窄



近日, 河南省人民医院赵永辉副教授及郑州人民医院冯来会等进行的一项研究发现, 房颤患者颈动脉狭窄和冠脉疾病(CAD)同时发生率为7.8%, 颈动脉狭窄与CAD严重程度成正相关。(J Int Med Res. 2014;42:1294)

研究纳入192例阵发性房颤患者, 男性137例, 女性55例, 平均年龄(69.2±8.6)岁, 因合并多项动脉粥样硬化危险因素和(或)出现胸痛, 需行冠脉64排CT检查, 以评价冠脉情况, 所有

患者既往未确诊或排除冠心病。应用多普勒超声评估颈动脉粥样硬化情况, 测量颈动脉内膜中膜厚度(IMT)。

结果显示, 总人群中, 62例(32.3%)患者有CAD, 26例(13.5%)有颈动脉狭窄, 15例(7.8%)同时患有颈动脉狭窄和CAD。CAD患者中颈动脉狭窄的发生率为24.2%(15/62); 在0、1、2、3支病变的CAD患者中, 颈动脉狭窄的发生率逐渐增加, 分别为8.5%、16.7%、25.0%和41.7%。相比无CAD的患者而言,



赵永辉 副教授

合并CAD患者更易伴发糖尿病、高同型半胱氨酸血症(HHcY)、最大IMT。多元logistic回归分析发现, HHcY、糖尿病、最大IMT是CAD的独立危险因素。



寻找并存的动脉粥样硬化证据

资料显示, 房颤在我国普通人群中发病率约为0.77%, 随年龄增长而增加, 80岁以上人群发病率高达7.5%。缺血性卒中患者中约1/4患有房颤, 致

残率高。CAD常伴发颈动脉狭窄或硬化。房颤患者一旦合并CAD或颈动脉粥样硬化, 则血栓栓塞性卒中和血管性死亡的风险明显增加。目前房颤患者

颈动脉狭窄和CAD同时发生情况尚未见报道。该研究调查我国阵发性房颤患者颈动脉狭窄和CAD同时发生情况, 寻找并存的动脉粥样硬化证据。



房颤患者应重视动脉粥样硬化的管理

在西方国家, 房颤患者中CAD的发生率为18%~41%。该研究发现, 阵发性房颤患者中, CAD的发生率为32.3%, 与西方国家一致, 可能与入选患者具有多项动脉粥样硬化危险因素相关(西方化的生活方式)。

对于合并CAD的房颤患者, CAD与房颤反复发作、心律失常、心衰及心绞痛密切相关, 增加死亡率。资料表明, 缺血性心脏病是房颤患

者最常见的死亡原因之一。与无颈动脉粥样硬化患者相比, 颈动脉粥样硬化患者更易发展为房颤; 颈动脉内膜剥脱术后, 合并房颤的患者更易发生卒中和死亡。前瞻性研究发现, 颈动脉狭窄和房颤是新发血栓栓塞性卒中的独立危险因素。CAD患者冠脉旁路移植术后, 合并颈动脉狭窄的患者卒中风险显著增加。对于颈动脉介入治疗的患者, CAD是最常见的

发病和死亡原因。本研究应用影像解剖学方法, 首次评估中国阵发性房颤患者颈动脉狭窄和冠脉疾病同时发生情况。研究显示, 在0、1、2、3支病变的CAD患者中, 颈动脉狭窄的发生率逐渐增加, 表明颈动脉狭窄与CAD严重程度密切相关。因此, 推荐对阵发性房颤患者, 尤其是合并多支血管病变的CAD患者常规筛查颈动脉, 以排除颈动脉狭窄。

应对房间隔穿刺 ST-T 抬高

维持血液动力学稳定, 排除心脏压塞, 刺激仪随时启用

▲首都医科大学附属北京安贞医院 汤日波 马长生

北京安贞医院马长生教授等的一项研究显示, 房颤导管消融房间隔穿刺中短暂ST-T抬高发生率为0.38%, 无后遗症, 导管消融在房颤患者安全可行。(Europace. 2014年10月27日在线版)

研究入选2965例房颤患者, 共进行3452次房间隔穿刺术, 在右前斜45° X线透视指导下行房间隔穿刺。

结果显示, 13例(0.38%)体表心电图出现短暂ST-T抬高, 其中女性6例, 阵发性房颤12例, 平均年龄(57±8)岁。ST-T抬高10例发生于穿间隔后, 3例发生于肺静脉造影后。

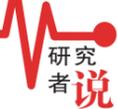
ST-T抬高均发生于下壁导联(Ⅱ, Ⅲ, aVF)伴有Ⅰ, aVL导联ST-T轻度压低, Ⅲ导联ST-T抬高程度大于Ⅱ导联。ST-T发生时收缩压

【(129±10) mmHg与(104±20) mmHg】、舒张压【(78±6) mmHg与(64±11) mmHg】、心率

【(83±19)次/min与(64±23)次/min】均显著下降。11例主诉胸闷, 1例主诉头晕, 1例无症状, 其中1例因窦性停搏出现阿斯综合征。平均4.6 min(2~10 min), 经快速盐水灌注(12例)和多巴胺静点(1例), ST-T恢复至基线水平, 患者不适症状消失。所有患者均完成导管消融, 平均随访21.7个月, 30.8%患者复发。



马长生 教授



房间隔穿刺是房颤导管消融术中建立左、右心房通道的常规技术操作, 近年来有病例报告显示, 房间隔穿刺术中体表心电图可出现短暂ST-T抬高。但其发病特征、转归及其处理尚未见系统总结报道。

房间隔穿刺和肺静脉造影操作要规范操作, 降低气栓的风险。房间隔穿刺术中出现ST-T抬高, 伴有血压下降和心率减慢, 首先要与心脏压塞鉴别, 其次要除外心肌梗死。

房间隔穿刺术中发生短暂ST-T抬高的原因并不明确。可能原因为冠脉气栓和Bezold-Jarisch反射。

当房间隔穿刺术中出现ST-T抬高伴血压下降和心率减慢, 首先应维持血液动力学稳定, 可快速输注生理盐水补充血容量, 使冠脉血流增加以利于气泡冲入冠脉远端。经快速补液, 若血压未恢复正常, 可使用血管活性药物并再次除外心脏压塞。ST-T抬高伴有心率减慢,

应使刺激仪处于随时可以起搏的备用状态, 并做好心室起搏准备。

除本组研究, 笔者在外院也见到房间隔穿刺术中ST-T抬高发生窦性停搏, 保持刺激仪及起搏环路处于随时可启用的状态极为重要。

本研究在大量病例积累的基础上, 揭示了房颤导管消融房间隔穿刺术中短暂ST-T抬高这一罕见并发症的发病特征、转归, 为其他术者提供借鉴经验。

慢阻肺患者应用β阻滞剂有益处

降低死亡28%, 降低慢阻肺急性发作37%

对于合并慢阻肺的血管病患者, 由于担忧β受体阻滞剂可致支气管痉挛, 很多医生不敢使用。北京同仁医院孙永昌教授近期发表了一项Meta分析却发现, 慢阻肺患者应用β受体阻滞剂不仅可以降低死亡风险, 还能预防慢阻肺急性发作; 有心血管病的慢阻肺患者的益处更明显。(PLoS One. 2014.26:e113048)

孙教授认为, “心脏

选择性β受体阻滞剂很少导致支气管痉挛, 应用时若能采用小剂量、缓慢加量的方法, 发生支气管痉挛的风险极低。”而且, β受体阻滞剂能预防慢阻肺急性发作, 对于慢阻肺患者的长期管理具有重要意义。

在研究中, 慢阻肺患者若应用β阻滞剂, 死亡风险降低28%, 慢阻肺急性发作风险降低37%。同时有冠心病和心衰的慢阻

肺患者中, β受体阻滞剂可降低死亡风险分别降低36%和26%。孙教授认为, 尽管慢阻肺患者从β受体阻滞剂治疗中获益的机制尚不完全明确, 但目前证据表明, “应重视和加强β受体阻滞剂在慢阻肺患者中的应用, 尤其合并心血管病的患者。”

孙教授等共分析了15项相关的观察性队列研究, 这些研究随访时间最短1年, 最长7.2年。