

欧洲心脏病学会发表声明

射频消融或置入起搏器无需中断华法林

在意大利米兰召开的 EHRAEU ROPACE 上，欧洲心脏病学会发布的一项立场声明指出，服用华法林的患者，在接受射频消融或置入心脏电子设备时无需中断华法林。

声明撰写专家组主席 Christian Sticherling 指出：“传统上，我们在这类患者置入起搏器、体内自动除颤器等心脏电子设备时，常会中断华法林的应用而桥接肝素，手术结束后再开始启用华法林。这项声

明建议无需桥接肝素，一直使用维生素 K 拮抗剂即可，主要因为围手术期出血率极低。”

“声明所推荐的另一个亮点是，在进行射频消融，特别是在进行肺静脉电隔离时无需中断华法林。”他补充说。

这次声明也是对 EHRA 2008 年共识的更新，过去几年从心脏电子设备的置入到射频消融，患者需求都大幅上升，且新型口服抗凝药物、抗血小板

药物也陆续上市，这些都客观上要求共识进行更新。

这一声明还推荐，对于服用新型口服抗凝剂的患者，在置入心脏电子设备时要停药，且无需桥接肝素。停药时间视患者服用的抗凝药物而定；在手术结束后 24~48 h 再行服用。

“要特别注意停药后切勿桥接肝素，否则会导致出血。”Sticherling 提醒。

此外，服用新型口服抗凝药物的患者，在进行射频消融肺静脉电隔离期

间也需要停药。肾功能正常患者接受手术 24 h 前服用最后一剂。

“口服抗凝药物在射频消融期间无需停药？当前看来还缺乏循证医学证据，但我可以预见在一年内应该有足够的证据来回答这个问题，也就是说无需停药。”Sticherling 说。

总体而言，Sticherling 认为，这份声明很具实操性，其中的推荐也是以避免血栓并发症的同时最小化出血风险为宗旨的。

我国学者提出
心梗后心脏
功能分级标准

心肌梗死患者的后续康复及劳动力水平的评估近年来愈发重要。然而，一次心肌梗死后可导致多大程度的心肌损害，临床上始终缺乏一套简明的分级评估体系。

近日，上海交通大学医学院附属仁济医院何奔教授团队，原创性地提出急性心肌梗死后心脏损伤的全新分级标准。该标准以心脏水肿、坏死、重构和功能受损为四预警指标。

（PLoS One.2015,10:e0130158）

心肌梗死后心脏功能分级新标准：

- 0级：心肌梗死后仅有心肌水肿而无坏死，心肌损伤小，预后最佳；
1级：造成心肌坏死但未导致心脏功能和结构改变；
2级：不伴有心脏重构的心功能减退，患者心功能有望通过二级预防和后续康复治疗获得改善；
3级：当心脏出现病理性重构，即在心脏扩大与重构明显基础上出现的心功能降低，提示心脏损害严重；
4级：在3级的基础上，如出现二尖瓣反流，则预后不良。

真实世界研究未发现舒张压 J 型曲线

欧洲高血压学会 2015 年科学年会上，英国 Stefanie Lip 报告的一项真实世界研究显示，未发现舒张压过低与全因死亡和心血管死亡增加相关，即存在舒张压 J 型曲线。（源自 Medscape 网站）

研究发现，收缩压越高的患者，舒张压较低的比例越小。其中，收缩压 <140 mmHg、140~160 mmHg 和 >160

mmHg 的患者中，舒张压 <80 mmHg 的比例分别为 18%、10% 和 5%。

此外，仅 5.6% 的患者（250/4491）存在单纯收缩期高血压（>140/<80 mmHg）。与血压 <140/<80 mmHg 的患者相比，血压 140~160/>100 mmHg 或收缩压 >160 mmHg 的患者，30 年全因死亡率明显增加。同样，血压 140~160/>

80 mmHg 或收缩压 >160 mmHg 的患者 30 年心血管死亡率明显增加。

舒张压较低的患者，只有收缩压非常高（>160 mmHg）时，全因死亡和心血管死亡风险才会增加。

研究者表示，在进行治疗的患者中，舒张压 J 型曲线并不明显，可能与患者很难达到舒张压 <70 mmHg 有关。

睡眠不佳增心脏病和卒中风险



俄罗斯一项研究显示，睡眠较差的男性心脏病发病率是睡眠较好者的 2 倍，卒中发病率是 4 倍。（源自 Medpagetoday 网站）

研究显示，随访 5 年时，睡眠“差”或“非常不好”的男性心肌梗死（MI）风险是睡眠“较好”的男性的 2 倍（HR 2.43）。随访 10 年（HR 2.6）及 14 年时（HR 2.3）（P < 0.05），MI 风险仍增加。首次出现 MI 的男性中 63% 描述其睡眠为“差”或“非常不好”。

随访 5 年时，与睡眠“较好”的男性相比，睡眠“差”或“非常糟糕”的男性卒中风险是其近 4

倍。随访 10 年时，这些男性的卒中风险虽然降低，但仍具有统计学差异。随访 14 年时，卒中风险不具有统计学差异。

研究者指出，睡眠不是简单的问题。睡眠不好应与吸烟、缺乏运动和不良饮食习惯一样，被认为是心血管病危险因素。睡眠不佳时应向医生咨询。

研究还发现，负面心理因素（如丧偶或离异）、教育不完整、进行体力劳动的男性，其 MI 和卒中风险较高。

研究共纳入 657 名 25~64 岁的男性受试者，受试者均无心血管病或糖尿病史。

正常高值血压者新发颈动脉斑块显著增加

近期，赵性泉教授和吴寿岭教授等研究显示，随着血压水平的增高，新发颈动脉斑块的检出率增加。在正常高值血压阶段，



新发颈动脉斑块的检出率已显著增加。（中华高血压杂志 .2015,23:428）

研究随访 2 年后显示，全部人群新发颈动脉斑块检出率为 15.0%；正常血压组（618 例）、正常高值血压组（950 例）、高血压组（785 例）新发颈动脉斑块检出率分别为 7.9%、15.5%、19.9%，差异有统计学意义（P < 0.05）。

研究者进一步

将正常高值血压组分为正常高值血压 1 组（120~129/80~84 mmHg）和正常高值血压 2 组（130~139/86~89 mmHg），调整其他危险因素后，正常高值血压 1 组、正常高值血压 2 组、高血压组新发颈动脉斑块的风险分别比正常血压组增加 67.6%、73.4% 和 109.6%。

研究入选参加 2006~2007 年开滦集团健康体检的职工 5440 人。

2 型糖尿病黎明现象机制解密



临床工作中，有较多糖尿病患者夜间血糖控制良好，仅于黎明短时间内出现高血糖，即存在所谓的“黎明现象”。黎明现象为何会出现？天津医科大学代谢病医院内分泌研究所常宝成教授等研究发现，黎明现象可能

与皮质醇分泌增多及胰岛 α 和 β 细胞功能异常有关。（中华内分泌代谢杂志 .2015,31:492）

研究者指出，减少皮质醇分泌或拮抗皮质醇作用、改善胰岛 α 和 β 细胞功能可能有助于改善黎明现象，从而优化血糖控制。

该研究显示，黎明现象组促肾上腺皮质激素和皮质醇明显高于无黎明现象组。黎明现象组各时间点胰升糖素水平，0、60、180 min 胰升糖素 / 胰岛素比值，0、30、120、180 min 胰升糖素 / 血糖比值，以及胰升糖素曲线下面积

均明显高于无黎明现象组。

两组患者空腹和糖负荷后胰岛 β 细胞功能比较显示，黎明现象组稳态模型评估的胰岛素抵抗指数高于无黎明现象组，胰岛素敏感指数、血糖曲线下面积 / 胰岛素曲线下面积低于无黎明现象组。