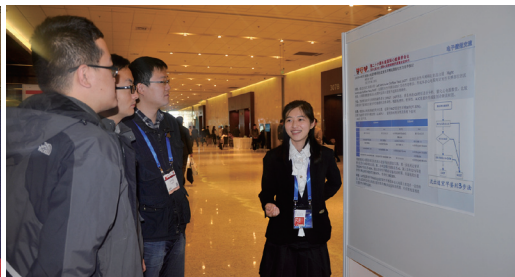


为鼓励广大科研和临床研究工作展示原创研究,长城会为心血管病学领域的青年医生、研究者及基层医生提供了一个互动交流的平台,使一批优秀的青年研究者脱颖而出,促进心血管病学的进步与发展。为此,特设立中青年演讲、英语比赛、壁报展示、口头交流等形式,本届共 220 余篇优秀征文参加壁报交流活动,120 余个先进的基础和临床研究参加口头交流,9 位基层医生进行交流演讲。



基层医生进行交流演讲



研究者在壁报区主持壁报

我国最大规模心衰登记研究显示

我国住院心衰患者死亡率为 5.3%

为了解我国成人住院心衰患者的病例特征、药物治疗特点、病死率及治疗花费情况,中国医学科学院阜外医院张健教授等进行了我国最大规模的前瞻性心衰登记注册研究。

结果显示,大部分心衰患者为 NYHA 心功能 III / IV 级(84.8%),患者平均住院天数为 11 d,住院期间死亡 451 例(5.3%),

其中共 1451 例患者完成 1 年随访。据此,我国住院心衰患者死亡率为 5.3%。

研究发现,49.4% 患者存在高血压,54.6% 患者有冠心病,29.7% 患者患慢性肾脏病。根据入院心脏超声左室射血分数(LVEF) $\leq 40\%$ 的患者占 37.5%, LVEF 介于 40%~50% 的患者占 20.5%, LVEF $\geq 50\%$ 的患者占 42%。这说明我

国的左室射血分数的心衰并不少见。

研究还发现,感染是引起我国心衰加重的主要原因,占 45.9%。且指南推荐的心衰药物在患者入院前使用率明显偏低,虽然在住院后得到一定提高,但仍较指南推荐存在一定差距。我国住院心衰患者整体经济状况偏低,超半数(62.8%)患者家庭的月

收入 < 3000 元,男性患者住院花费高于女性。

研究者表示,目前我国住院心衰患者的药物治疗离指南指导仍存一定差距,这是导致经济花费大、死亡率高的一个主要原因,下一步需加强对心衰患者住院期间及住院后的健康指导,降低心衰复发率。

研究纳入国内 110 家中心的 8516 例患者。

北京市近 9 成胸痛患者自行到医院 6 成为急性心梗

煤炭总医院心脏中心薛军等调查显示,胸痛就诊的患者中,13.8% 使用救护车,其中 39% 为急性心肌梗死(AMI)患者;86.2% 患者自行就诊,其中

61% 为 AMI 患者。

该研究于 2009 年 7~8 月,共入选 17 个医疗中心的 5666 例至急诊室就诊的胸痛患者,其中胸痛患者占急诊总量的 4.7%。

30 d 随访结果显示,院外死亡 37 例(0.7%),再次入院 275 例(4.9%)。

薛军表示,目前急诊溶栓及 PCI 治疗形势仍很严峻,对基层医院来

说,等待转运或等待决策急诊 PCI 可能失去最佳再灌注时间窗。及早静脉溶栓后再决策是否急诊转运 PCI 是安全有效的治疗方法之一。

非 ST 抬高急性冠脉综合征患者临界狭窄病变

保守治疗长期疗效或不劣于介入治疗

为寻找主要不良心脏事件(MACE)的良好预测因子,解放军总医院晏沐阳教授等对非 ST 段抬高急性冠脉综合征(UA/NSTMI)患者冠脉临界狭窄病变的择期介入的必要性进行探讨。

结果显示,尽管在给予相同的二级预防干预和近似的药物治疗前提下,

对 UA/NSTMI 患者给予择期 PCI 治疗未能降低 UA/NSTMI 患者 MACE,尤其是 TIMI 中危组,反而增加再灌注治疗率。

研究者指出,由于 PCI 组多项二级预防执行效果好于药物治疗组,这可能在某种程度上掩盖了药物治疗组长期预后的良好性。

进一步分析显示,UA/NSTMI 发作时的 TIMI 积分每升高 1 分,30 个月内发生 MACE 的几率增加 1.38 倍。这表明 UA/NSTMI 发作时的 TIMI 积分对长期预后有较强的预测作用。

研究者指出,本研究为非随机、非双盲研究,是否对临界狭窄病变行 PCI

治疗完全依靠医生的判断,这可能会引起病例选择偏倚和随访过程中的临床决策。此外,还应增加研究的样本量来进一步决定冠脉临界狭窄的治疗决策。

本研究纳入因对 UA/NSTMI 进行择期冠脉造影存在临界狭窄病变患者 222 例(直径狭窄率 40%~70%)。

介入治疗早期增加氯吡格雷剂量可改善预后

山东省单县红十字会东大医院史文冰等研究发现,高危急性冠脉综合征(ACS)患者在一般治疗的基础上,行经皮冠脉介入治疗(PCI)时早期增加氯吡格雷剂量,可降低 PCI 术后 MACE 的发生率。

结果显示,两组患者临床基线特征基本一致,病变血管分布情况差异无统计学意义。两组患者 PCI 术后 24 h、3 d 均未发生心脏不良事件,术后 1 个月时,两组 MACE 的发生情况,治疗组低于对照组(6.3% 与 7.5%,

$P > 0.05$)。而术后 6 个月时,治疗组 MACE 的发生明显低于对照组(3.8% 与 10.0%, $P < 0.05$)。

研究于 2008 年 1 月至 2011 年 6 月入选 160 例 ACS 行 PCI 术的患者,治疗组患者入院后氯吡格雷 300 mg 顿服,后以 150

mg, qd 口服 2 周,2 周后给予氯吡格雷 75 mg, qd 至少 1 年;对照组患者入院后氯吡格雷 75 mg, qd 至少 1 年。两组其余药物治疗均相同。

研究者表示,这要求心血管医生重视介入术后抗血小板药物的规范化使用。

优化 2 型糖尿病筛查方法

北京大学首钢医院体检中心郭来敬等探讨了糖尿病的适宜筛查方法。

研究显示,糖化血红蛋白(HbA_{1c})与空腹血糖(FPG)联合测定是一种筛查诊断糖尿病及其高危人群的有效方法,简便、实用,既有较高灵敏度,又具有较高特异性,推荐对 5.6 mmol/L $\leq$ FPG $\leq$ 7 mmol/L 或 HbA_{1c} $\geq$ 6.1% 的人群行口服葡萄糖耐量试验(OGTT),以减少糖尿病漏诊率。

研究共纳入 16 056 例 2 型糖尿病普查人群。结果显示,采用 FPG $\geq$ 6.1 mmol/L 或 HbA_{1c} $\geq$ 6.2% 作为标准筛查 2 型糖尿病,其敏感性可达 85.3%,同时有

较好的特异性(78.9%);以 FPG $\geq$ 5.6 mmol/L 或 HbA_{1c} $\geq$ 6.1% 联合筛查 2 型糖尿病及高危人群作为标准,敏感性 74.4%,特异性 71.5%。

郭来敬表示,2 型糖尿病的起病时间可在临床诊断前 9~12 年,糖尿病及其高危人群的早期筛查具有重要意义。

2010 年美国糖尿病学会明确提出 HbA_{1c} $\geq$ 6.5% 或 FPG $\geq$ 7.0 mmol/L 可诊断糖尿病,但本研究中,以 FPG $\geq$ 7.0 mmol/L 检出糖尿病的敏感性为 49.98%,漏诊 50.02%;以 HbA_{1c} $\geq$ 6.5% 检出糖尿病的敏感性为 53.41%,漏诊 46.59%。提示单独采用 FPG 或 HbA_{1c} 均无优势。

慢性房颤合并心衰：心室率越快预后越差？

由中国医学科学院阜外医院朱俊和杨艳敏教授牵头的中国房颤注册研究发现,心室率对合并或不合并心衰的慢性房颤患者影响并不一致。在无心衰患者,心室率与不良预后呈现正相关。对于合并心衰患者, < 112 次/min 的心室率并不增加不良预后的风险。(Int. J. Cardiol. 2015;182:70)

研究显示,心衰患者 1 年恶性心律失常(MAE)的发生率与无心衰患者相似(25.8%),全因死亡有增加趋势(21.1%)。无心衰患者的心室率与不良预后呈正相关;在心衰患者,当心室率 < 112 次/min 时,心率与 MAE 和全因死亡缺乏相关性,仅在心室率超

过 112 次/min 时 MAE 和全因死亡增加。

基线资料分析发现,慢性房颤合并心衰患者常有较多的合并疾病,如高龄、高血压、糖尿病等,多属于血栓栓塞高危人群。对于这类患者,抗凝和改善心功能均很重要。遗憾的是,这两方面都亟待改善。

一方面,抗凝治疗率较低。本项研究中的慢性房颤合并心衰患者华法林的应用率为 21.1%,远低于欧美国家。另一方面,规范的抗心衰药物治疗不足。

具有明确改善心衰患者预后价值的 ACEI/ARB 和 β 受体阻滞剂应用偏低,而对改善预后有争议的地高辛在这类患者应用较高。