

China PEACE 研究揭示我国 STEMI 患者诊治新动态 女性心梗患者治疗不足

近日，国家心血管病中心蒋立新教授等对 China PEACE 研究数据进行分析表明，我国男性和女性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）的临床特征和诊疗质量存在着明显的性别差异。十年间，我国女性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者住院率升高更多，年龄更大，合并症更多，但更少接受循证医学治疗，尤其是再灌注治疗。（J Am Heart Assoc. 2016;5:e002157）

研究显示，2001-2011 年，男性患者住院率从 4.6/10 万增至 18.0/10 万，女性患者住院率从 1.9/10 万增至 8.0/10 万。与男性相比，女性住院率增幅明显更高（分别为 3.9 倍与 4.2 倍）。

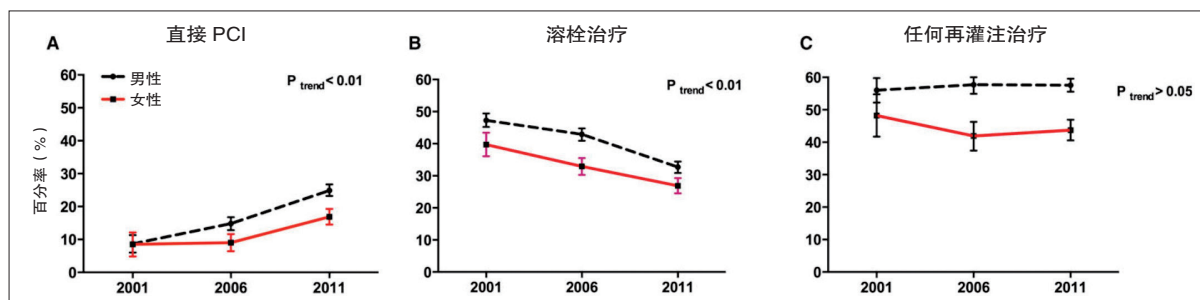


图 1 在理想候选者中再灌注治疗性别差异的时间趋势。

十年间，女性患者中位年龄从 68 岁增至 72 岁，而男性患者未改变（63 岁）。但男性和女性中年龄 ≥ 80 岁的患者比例均逐渐增加。

此外，无论在哪个时间段，女性患者中高血压、糖尿病和冠心病患病率都更高，即使在校正年龄后。且高血压患病率的性别差异不断加大。2001 年时，低密度脂蛋白胆固醇 >130 mg/dl 的患病率不

存在明显差异，但在后几年女性患病率明显更高。

研究还发现，女性患者更少在三级医院以及有行经皮冠脉介入治疗（PCI）资质的医院住院。

虽然半数的女性在再灌注治疗的时间窗之外，但研究发现，女性入院延迟现象有所缓解。2006 年之后，从出现症状至入院时间间隔 > 12 h 的性别差异消失，这可能部分归因于我国女性患者诊疗可及

性的改善。

在诊疗方面，研究显示，更少无禁忌证的女性接受循证医学治疗。虽然十年间适合再灌注治疗的女性比例升高（从 35.7% 至 43.0%），但接受再灌注治疗的女性明显少于男性（57.5% 与 44.2%）。总体上，接受溶栓治疗、直接 PCI 或任何再灌注治疗的女性均明显更少（图 1）。

此外，在任何阶段，

首次急性心肌梗死住院的女性患者都更少行冠脉造影和非直接 PCI。

在入院 24 h 内接受阿司匹林（88.8% 与 85.9%）和氯吡格雷（56.9% 与 52.5%）的女性也更少，且这种差异未随时间推移而改变。

蒋教授表示，在总体改善诊疗质量之余，了解造成这种性别差异的原因并解决这种差异当为重中之重。

高血压合并左室肥大、舒张功能不全患者

长期 β 受体阻滞剂或可延缓心衰进展

高血压并发左室肥大和舒张功能不全是射血分数正常心衰（HFpEF）最常见危险因素之一。上海交通大学医学院附属第九人民医院顾俊教授等研究结果显示，在减少新发症状性 HFpEF、左室舒张功能不全和左室肥大方面，长期服用 β 受体阻滞剂具有保护作用，或有益于延缓 HFpEF 进展。（Eur J Prev Cardiol. 2016 年 2 月 25 日在线版）

研究中位随访 7.2 年， β 受体阻滞剂组出现 48 例（6%）新发症状性 HFpEF，非 β 受体阻滞剂组出现 92 例（13.2%）。 β 受体阻滞剂组患者舒张功能和左室肥大改善也更为显著。

Cox 比例风险模型分析显示，服用 β 受体阻滞剂（HR=0.327）或血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素 II 受体拮抗剂（HR=0.422）与新发症状性 HFpEF 风险降低有关；而左室质量指数（HR=1.210）或 E/E' 比值（HR=1.398）升高与新发症状性 HFpEF 风险升高有关。

该分析纳入诊断高血压、左室肥大（左室质量指数：男性 >125 g/m²，女性 >110 g/m²）且疑似舒张功能不全（E/E' 比值为 8~15），但无心衰临床体征或症状的 1498 例患者。

阜外医院 2 千多例肾动脉狭窄经验 病因与年龄性别密切相关

阜外医院蒋雄京等对该院 15 年来的 2047 例肾动脉狭窄患者进行回顾性分析发现，动脉粥样硬化、大动脉炎及纤维肌性发育不良是肾动脉狭窄的三大病因。而年龄和性别对肾动脉狭窄的病因分布有显著影响。（J Hum Hypertens. 2016;30:124）

在 2047 例患者中，1668 例的病因为动脉粥样硬化，259 例为大动脉炎，86 例为纤维肌性发育不良，34 例为其他病因。

研究者发现，随着年龄增加，动脉粥样硬化导致的

肾动脉狭窄增多。在 319 例年龄 ≤ 40 岁的患者中，大动脉炎是首位病因（60.5%），其次是纤维肌性发育不良（24.8%）。在年龄 > 40 岁的患者中，动脉粥样硬化是首位病因（94.7%），其次是大动脉炎（3.8%）。

在女性患者中，大动脉炎和纤维肌性发育不良的比例明显高于男性。在年龄 ≤ 40 岁的女性患者中，肾动脉狭窄的前三位病因分别为大动脉炎（68.4%）、纤维肌性发育不良（27.9%）及动脉粥样硬化（1.4%）。

JAMA 杂志发布中国最新食盐和钠摄入报告 吃盐减少 但钠摄入量相当于 14 g 盐

近期，国家食品安全风险评估中心吴永宁教授等报告了“中国食盐与钠摄入量”的最新调查数据。（JAMA. 2016;315:703）

数据显示，2000-2009 年，我国居民平均食盐量从 11.8 g/d 降至 9.2 g/d，下降了约 22%。

但成品食盐只是中国人摄入钠的来源之一，酱油等调味品以及咸菜等加工食品含有大量盐分，但通常没有计入盐摄入量调查中。

如果计算实际的钠摄



入量，国人实际钠摄入量下降并不明显，仅从 2000 年的 6.4 g/d（约合 16 g 食盐）降至 2009 年的 5.6 g/d（约合 14 g 食盐）。

研究者指出，尽管国人的平均盐摄入量自 2000 年以来不断下降，但仍远高于 WHO 推荐量。

WHO 建议，成年人盐摄入量应低于 5 g/d，换算成钠摄入量应低于 2 g/d。

欧发布首个急性心衰患者急诊科安全出院意见书

近日，欧洲心脏病学会（ESC）发布首个关于急性心衰（AHF）患者从急诊科安全出院的意见书，指出在明确诱因、确定危险分层和评估治疗效果之后，某些 AHF 患者可以从急诊科安全出院。（Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2016 年 2 月 21 日在线版）

意见书指出，在制定决策之前，初步评估要明确急性发病原因。例如，若发病由不当饮食引起，可通过临时增加利尿剂治疗，随后出院；若伴有急性冠脉综合征、肺部感染或心律

失常，则需住院治疗。

此外，还要进行危险分层，但目前大多数急诊科并未执行这一步骤。这主要是因为缺乏合适、有效的工具；而且，对于 AHF 患者的死亡、再住院和急诊再就诊，没有明确的低风险定义。

意见书还强调了观察期的重要性，指出在设有专门观察室的医院，可在观察期间对患者进行危险分层。对于症状较轻者来说，入住观察室方便观察临床改善情况，获得专家建议，接受相关教育和指导，安排出院后预约等，从而



允许患者直接出院。但当这种观察方法不可用时，几乎所有的 AHF 患者都应住院治疗。另外，意见书指出，AHF 首次发病患者必须住院治疗。

当决定让患者从急诊科直接出院，即使患者风险较低，医生也应在出院前告知患者一些注意事项，包括鼓励患者自我管理。若患者无法自我管理，即使风险较低，也应住院治疗。

韩雅玲和徐波公布 I-LOVE-IT 2 研究亚组研究

置入可降解支架后 6 个月双抗治疗不劣于 12 个月

沈阳军区总医院韩雅玲院士和阜外医院徐波等公布的 I-LOVE-IT 2 研究亚组分析结果显示，对于置入新型生物可降解西罗莫司药物涂层支架的患者，术后接受 6 个月双联抗血小板治疗的安全性和有效性不劣于 12 个月。（Circ Cardiovasc Interv. 2016;9:e003145）

研究者认为，对于出血风险高或不能耐受长期

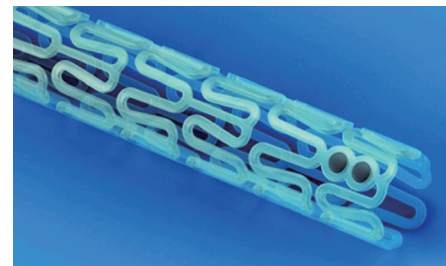
抗血小板治疗的患者，可选择双联抗血小板治疗 6 个月，至少是应用新型生物可吸收支架的患者。

在研究中，随访至 6 个月时，双联抗血小板治疗 12 个月与 6 个月的患者靶病变失败率与双联抗血小板治疗相当（6.8% 与 5.9%）。

随访至 18 个月，两组的靶病变失败率（7.5% 与 6.3%）和不良临床事件

及脑血管事件发生率（7.8% 与 7.3%）也相当。

双联抗血小板治疗 12 个月患者在 6 个月和 18 个月时的主要出血事件分别为 1.2% 和 1.3%，均高于双联抗血小板治疗 6 个月患者（分别为



0.7% 和 0.85%）。

该亚组分析纳入 1829 例急性冠脉综合征患者。

本版编译 牛艳红