



CAMI 研究：3% 心梗患者伴房颤

95% 心梗合并房颤患者出院后未抗凝，三联治疗患者不足 1.7%

▲ 本报记者 董杰

近日，中国急性心肌梗死注册（CAMI）研究组根据 CAMI 研究数据，发表了一项最新分析。结果显示，伴房颤的急性心肌梗死（AMI）患者院内死亡率和不良事件发生率明显升高，而出院后抗凝治疗（包括华法林）严重不足。（BMC Cardiovasc Disord.2017;17:2）

房颤是 AMI 患者常见并发症之一，也是导致死亡率增加的因素。对于发生房颤的 AMI 患者，尽管指南和专家共识均建议，给予华法林和双联抗血小板治疗（DAPT），但临床实践中三联治疗严重不足。

研究发现，3%（740 例）AMI 患者住院期间发生房颤。与未发生房颤的患者相比，发生房颤的 AMI 患者再灌注/血运重建率低，院内死亡率（包括死亡和放弃治疗）明显升高（25.2% 与 7.2%， $P < 0.01$ ）。

分析显示，住院期间，78% 的房颤患者接

受 DAPT，低于无房颤患者（86.3%）。有房颤和无房颤的患者中普通肝素、低分子量肝素和达肝素钠的使用率均相似。

出院后，76.2% 的房颤患者接受 DAPT，低于无房颤患者（86.1%）。但仅 5.1% 患者进行华法林治疗，进行华法林和双联抗血小板治疗的患者不足 1.7%。

多因素回归分析发现，房颤是院内死亡率和不良事件综合发生率的独立预测因素。房颤患者院内死亡率显著高于无房颤的患者（25.2% 与 7.2%），不良事件（死亡、放弃治疗、再发心梗、心衰和卒中）发生率也显著高于无房颤组（42.1% 与 16.0%）。

CAMI 研究由中国医学科学院阜外医院杨跃进教授牵头开展，是目前国内质量最高、唯一可以反映我国 AMI 诊疗现状的注册研究，此次分析共纳入 24 658 例患者。

研究者说



杨跃进 教授

CAMI 研究是全国规模最大的 AMI 住院患者观察研究，通过分析发现，我国治疗的 AMI 患者中，房颤发生率为 3%。该数据远低于其他国家报道的数据（2.3%~21%）。

对于合并房颤的急性冠脉综合征患者，抗凝治疗和 DAPT 可能增加出血风险。当前指南和共识建议此类患者进行三联治疗（华法林和 DAPT），疗程根据出血风险而定。

尽管如此，此前研究显示，患者三联治疗率非常低（5.7%~15.6%）。CAMI 研究显示，仅 5.1% 合并房颤的 AMI 患者应用华法林，华法林联合 DAPT 的比例甚至不足 1.7%。三联治疗指南与临床这种显著差距可能有多种原因，如不确定这些高危患者接受强化抗凝治疗是否获益，医生相关知识欠缺，医疗系统的结构性缺陷，担心患者及其家属因治疗并发症对医护人员实施暴力或投诉等。

此外，尽管新型口服抗凝剂（达比加群酯、利伐沙班和阿哌沙班）被证实可预防非瓣膜性房颤患者卒中的发生，但 CAMI 研究显示，我国 AMI 合并房颤的患者尚未应用这些新型口服抗凝药。

新闻速递

血压升高是导致全球健康损失的主因

近 25 年全球与收缩压 $\geq 110\sim 115$ mmHg 相关死亡增 49%

近日，根据 2015 全球疾病、损伤和危险因素负担研究（GBD 2015）数据，美国一项研究显示，在过去的 25 年（1990-2015 年），全球收缩压升高的人数显著升高，由收缩压升高导致的死亡和丧失的伤残调整生命年（DALY）也显著增加。（JAMA.2017;317:165）

研究者表示，研究的最大发现是：血压升高是导致全球健康损失的主要因素，不同地区健康损失有很大差异。例如，即使在高血压得到很好治疗的东欧，仍有近 20% 的健康损失可归咎于血压升高，更为严重的是，在全球很多地区，高血压患者并未得到治疗。

研究指出，1990-2015 年，收缩压 $\geq 110\sim 115$ mmHg 的人数增加 11%（从 18.7 亿增至 34.7 亿），收缩压 ≥ 140 mmHg 的人数增加了 18%（从 6 亿增至 9 亿）。

与此同时，与收缩压

$\geq 110\sim 115$ mmHg 相关的死亡人数增长 49%（从 720 万增至 1070 万），与收缩压 ≥ 140 mmHg 相关的死亡人数增长了 51%（从 520 万增至 780 万）。因收缩压 $\geq 110\sim 115$ mmHg 丧失的 DALY 从 1.47 亿年增至 2.12 亿年，因收缩压 ≥ 140 mmHg 丧失的 DALY 从 0.96 亿年增至 1.43 亿年。

研究者之一 Gregory A Roth 表示，因收缩压 $\geq 110\sim 115$ mmHg 丧失的 DALY 中超过半数集中在中国、印度、俄罗斯、印度尼西亚和美国。

Roth 表示，大部分健康损失开始于收缩压 < 140 mmHg，SPRINT 研究已证实其中一些人群可能从降压药物中获益。但他同时认为，目前还没有强烈证据证实，收缩压为 135 mmHg 的人群应该开始降压药物治疗。改变生活方式、从小养成健康的生活习惯或是减少疾病负担的重要措施。

全球首款皮下植入式心律转复除颤器在华上市

无触心脏，生活如常，开创中国心脏性猝死治疗“无触”新纪元

▲ 本报记者 董杰

全球首款、也是唯一一款上市销售的不经静脉导线技术的皮下植入式心律转复除颤器（S-ICD）在中国上市，可以在不接触心脏及血管的情况下，为突发性心脏骤停患者提供安全、有效的保护与治疗方案，同时有效降低使用传统经静脉心律转复除颤器所导致的并发症风险，患者植入后可生活如常。1 月 13 日，“波士顿科学公司 S-ICD 中国上市仪式”于 2017 “中国国际心脏起搏高峰论坛”期间举行。

近年来，我国心血管病发病率的逐年增高，心

脏性猝死也呈上升趋势，由中国医学科学院阜外医院华伟教授牵头的国家“十五”攻关项目调查显示，我国每年约 54 万人发生心脏性猝死，高居全球之首，及时有效除颤是拯救患者生命的关键。

面对庞大的猝死人群，如何预防或应对？华教授指出，从根本上来讲，要降低心血管病的发病率；其次，要尽早

地识别猝死的高危人群，及时干预。其中，ICD 是非常有效的方法。ICD 可实时监测患者心跳，一旦发生室颤能够在最短的时间内（通常十几秒）进行除颤，挽救患者生命。



波士顿科学皮下植入式心律转复除颤器

S-ICD 无触心脏 大大减少传统 ICD 并发症

华教授指出，ICD 植入于胸腔，通过除颤导线经静脉与心脏相连接，监测心脏的活动，当出现致命性心律失常时给予及时治疗。然而经静脉植入除颤导线可能会导致感染、血管损伤等并发症；血管穿刺遇到气胸、血胸或血管变异不能植入；电机导线磨损产生噪音；ICD 误放电等情况。

新型 S-ICD 的问世，克服了传统 ICD 的一系列问题。“新型 S-ICD 安置于皮下，在胸腔外，

不再接触心脏，一个导线放在胸骨旁，另外一个放在腋下，两个电机形成一个除颤电路，最大的优点便是减少了传统经静脉植入 ICD 导线的并发症。”华伟教授指出，因为其在皮下植入，不需要 X 光透视，外科手术室均能开展这项技术，更容易进行普及，也是其较大的优点。EFFORTLESS 研究证实，其有效性与传统 ICD 没有显著差异，安全性更高。

首批植入病例成功完成

S-ICD 系统于 2009 年和 2012 年分别获得 CE 认证和美国 FDA 批准；2013 年，S-ICD 系统更是获得第七届盖伦奖“年度最佳医疗技术奖”。

据悉，阜外医院于 2014 年植入了国内首台 S-ICD。2016 年 11 月，新一代的 S-ICD 在中国上市，首批 S-ICD 应用在中国医学科学院阜外医院、云南省第一医院、兰州市第一人民医院、孙逸仙纪念医院、西京医院、绿城心血管病医院、哈尔滨医科大学附属第二医院等医院，正式拉开中国心脏性猝死疾病预防和治疗“无触”新纪元。