

我国心血管危险因素和患病率“不对称”

低收入地区心血管危险水平最低，患病率反而较高

中国医学科学院阜外医院李卫教授等研究发现，在我国不同社会经济发展水平地区，心血管危险因素负担和总心血管病患病率呈相反趋势。低收入地区心血管危险水平较低，但患病率较高；中高收入地区则反之（图1）。（J Am Heart Assoc. 2017, 6: e004445）

研究者表示，危险因素负担和患病率不对称可能归因于居民防病意识、医疗质量以及获得医疗服务的可及性和承受能力的

地区间差异。除了危险因素外，社会经济条件可能在心血管病流行中也起到决定性作用。

研究者通过INTERHEART危险评分来评估心血管危险因素负担，分值越高，负担越重。危险因素包括高血压、糖尿病、高脂血症、家族病史、肥胖、吸烟史、饮酒史等。

结果显示，高、中收入地区人群的平均INTERHEART评分高于低收入地区，分别为9.47、

9.48和8.58。

与此相反，在总心血管病（卒中、缺血性心脏病和其他需入院治疗的心脏病）患病率方面，高、中收入地区低于低收入地区，分别为7.46%、7.42%和8.36%。其中，与缺血性心脏病的患病率趋势与总心血管病一致不同，卒中表现出相反趋势，低收入地区的患病率更低。研究者认为，低收入地区卒中之所以患病率低而缺血性心脏病患病率高，可能是因为医疗

监督和疾病管理不足。

此外，研究者还发现，危险因素负担与心血管病患病率的分布存在城乡差异。在高、中收入地区，城市居民的危险因素负担和心血管病患病率均高于农村居民；但在低收入地区，尽管城市居民的危险因素负担更高，但城市和农村居民的心血管病患病率相当。

该研究共纳入全国12个省115个城乡社区的46 285名居民。

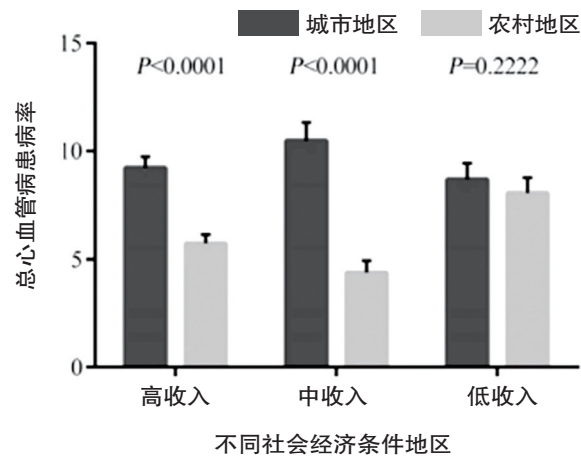


图1 我国不同社会经济水平地区的心血管危险因素和患病率

新闻速递

百万高血压项目成举措 高血压是慢病防治的抓手

本报讯（记者 宋菁）2月10日，中国高血压防治研讨会议在京举行。世界高血压联盟前任主席刘力生教授、中国工程院王陇德院士、中国心血管健康联盟副主席霍勇教授、北京大学人民医院孙宁玲教授等30余位中国高血压防治领域的知名专家出席本次会议。

大会围绕从政策、技术和项目实施层面为高血压防控出谋划策，积极发挥各方力量；并对中国百万高血压管理工程项目进行了热烈的研讨。

据悉，百万高血压管理工程项目旨在通过一个高血压防治的抓手搭建一个开放、统一、包容和合作共赢的平台，发挥政府、医疗机构、专家、企业等各方的积极性，建立若干高血压防控的示范样板，把百万高血压患者进行全程有效的管理。

同时，通过百万人群的管理推动慢病防治的信息化、标准化和全过程化，从而在探索模式过程中积累中国高血压防治的循证证据，找寻适合中国高血压防治策略。

我国七成急性肾损伤发生在内科和ICU

急性肾损伤（AKI）是一种常见的临床问题，影响着2%~22%的住院患者。近日，北京大学第一医院杨莉教授等研究发现，内科和重症监护室（ICU），而非通常所认为的肾脏科和外科病房，受AKI影响最大，患者多（占70%）且死亡率高。（PLoS ONE. 2017, 12:e0171202）

数据显示，就AKI检出率而言，ICU最高（22.46%），然后为内科（1.96%）和外科（0.96%）。但就绝对病例数而言，内科最多，约占所有病例的50%（图2）。

在内科中，78%的AKI病例分布在心内科、肾脏科、肿瘤科、消化科、呼吸科和神经科。在外科中，

87%的AKI病例来自泌尿外科、普外科和心胸外科。

而且，在肾脏科以外的几乎所有科室，特别是ICU和心脏相关科室中，医院获得性AKI是AKI的最主要原因。

除了肾脏科外，其他所有科室的AKI及时识别率都极低，不超过25%。而且，在肾脏科以外的科室中，仅10.5%~15%的AKI患者被转诊至肾脏科。

此外，在所有的死亡病例中，来自ICU和内科的分别占50%和39%，外科仅占11%。

分析显示，老年、AKI分期严重和肾脏替代治疗适应证是所有科室AKI死亡率升高的危险因素。延迟识别和未转诊至

肾脏科则与内科和ICU患者死亡率升高显著相关。

研究者表示，考虑到在大部分肾脏科以外的科室中，AKI知晓率低且缺乏预防高危患者发生

AKI的有效干预措施，包括未能预防、识别、治疗和及时联系肾脏科医生且经常使用肾毒性物质，AKI的实际情况可能更加令人担忧。

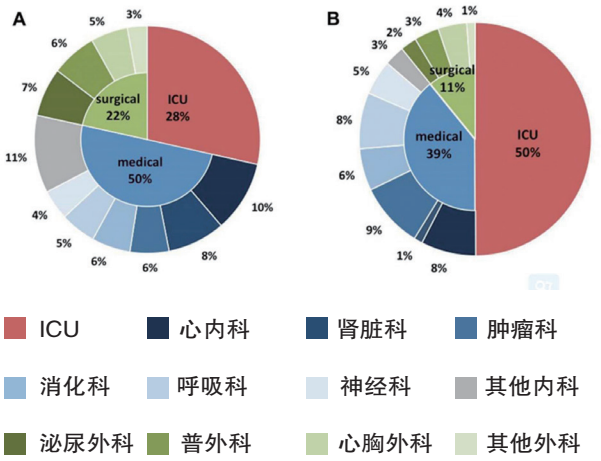


图2 不同临床科室中AKI病例（A）和AKI死亡病例（B）的分布

SPRINT研究：强化降压未改善老年人步行能力

一项对SPRINT研究的最新分析显示，对于心血管风险增加的老年患者，强化降压所带来的心血管获益（包括显著减少心衰发生）并不能改善患者的行动能力。（JAMA Intern Med. 2月6日在线版）

研究者分析了SPRINT研究中年龄≥75岁的2629例患者，基线时有17.6%存在行动能力受限。

结果显示，标准降压组（收缩压<140 mmHg）与强化降压组（收缩压<120 mmHg）的平均

步速下降无显著差异，且在不同亚组中均得到一致结果。

对于基线身体素质较好的患者，强化降压有延缓步速下降的趋势，但作用轻微且无统计学意义。

进一步分析发现，强化降压对步行能力改善或下降均无影响。

研究者认为，心血管获益之所以未能转化为行动能力方面的获益，可能是因为行动能力受多种因素影响，而且3年的干预时间可能不够长。

安贞医院学者190万人分析：甲减增加心脏病和死亡风险

北京安贞医院魏永祥教授等对55项研究中近190万人数据进行的一项Meta分析发现，甲状腺功能减退症（甲减）是缺血性心脏病和心源性死亡的独立危险因素。而且，无论是在一般人群还是心脏病患者中，甲减均与心源性死亡和全因死亡相关。（BMC Med. 2017,15:21）

分析显示，与甲状腺功能正常者相比，甲减患者发生缺血性心脏病、心肌梗死、心源性死亡和全因死亡的风险

分别增加13%、15%、96%和25%。

在已有心脏病的人群中，与甲状腺功能正常者相比，甲减患者的心源性死亡风险增加122%，全因死亡风险增加51%。

但研究未发现甲减与卒中、心衰和房颤风险相关。

此外，亚组分析提示，亚临床甲减（促甲状腺激素≥10 mIU/L）也增加显著缺血性心脏病和心源性死亡风险。

院内心脏骤停患者早期插管未改善生存

美国学者研究发现，对于院内发生心脏骤停的成年患者，在复苏最初15 min内进行气管插管，与同一时间未进行插管的患者相比，出院生存率降低。（JAMA. 2017,317:494）

研究者表示，尽管研究设计未消除混杂因素的影响，但该结果不支持院内心脏骤停患者早期进行气管插管。

研究显示，与未插管患者相比，接受气管插管患者的生存率较低。插管患者自主循环恢复（ROSC，RR=0.97）以及良好功能预后（RR=0.78）比例亦较低。尽管预先确定的亚组分析结果存在差异，但任何一个亚组中气管插管均不与预后改善相关。

该研究倾向匹配队列来自668家医院的108 079例成年患者，中位年龄为69岁，24 256例患者生存至出院。在心脏骤停最初15 min内接受气管插管的71 615例患者中，43 314例与同一时间未接受插管的患者进行了匹配。

