



马长生等在 JACC 发文 预防房颤十大“招”

▲ 本报记者 文翰

近日,首都医科大学附属北京安贞医院马长生教授、杜昕教授和董建增教授在《美国心脏病学会杂志》(JACC)发表综述,认为采用人群干预和高危人群预防相结合的策

略,强调人群健康生活方式,更好地控制危险因素,相当比例的房颤是可预防的(J Am Coll Cardiol.2017;69:196)。文章介绍了可纠正的生活方式因素(如饮酒、吸烟、体力活动及

心理压力)与房颤之间的相关性;评估了心血管危险因素(如超重和肥胖、高血压、糖尿病、血脂异常、阻塞性睡眠呼吸暂停及心衰)与房颤之间的关系。作者指出,房颤与

动脉粥样硬化性心脏病具有许多相同的病因,不良生活方式及合并的心血管病会增加房颤患病风险。作者提出在人群层面对以下10个方面进行管理,可有效预防房颤。

- 1 限制饮酒**
几十年前人们已经注意到饮酒与房颤之间的关系,房颤因此曾被称为“假期心脏综合征”。饮酒量与房颤风险间呈线性相关。如果能够避免不健康饮酒,一部分人可以避免房颤发生。
- 2 加强锻炼**
越来越多的证据提示,体力活动及心肺功能与房颤发生风险密切相关。心肺功能与房颤风险呈线性相关。增强心肺功能的运动项目可有效预防房颤。
- 3 心理平衡**
不良情绪与房颤风险之间呈强相关。易怒、敌意性格和愤怒可使男性发生房颤的风险分别升高10%、30%和20%,紧张可使房颤风险升高24%。不良情绪(愤怒、压力、急躁、焦虑)使房颤发作风险升高3~6倍,而幸福感有保护效果。干预不良情绪可降低房颤风险。
- 4 戒烟**
吸烟与房颤发生独立相关。吸烟者房颤风险增加51%。若吸烟者成功戒烟,可以避免高达12%的房颤患者发病。
- 5 超重与肥胖**
超重和肥胖是房颤的独立危险因素。据估算,如果每个人都达到理想体重,可以预防18%的房颤病例。超重和肥胖患者减重可明显降低房颤风险。体重平均减轻14.3 kg,房颤症状及严重程度、房颤发作累计时长及次数均明显改善。
- 6 高血压**
高血压与房颤线性相关。收缩压每升高10 mmHg,房颤风险升高1.1倍。高血压患者强化血压控制,可明显降低房颤风险。
- 7 糖尿病**
糖尿病与房颤风险之间也呈线性相关。糖尿病患者的房颤风险升高34%。预防糖尿病可能有助于直接或间接地降低房颤风险。
- 8 血脂与他汀**
血脂水平与房颤风险的关系,及他汀的预防作用,目前尚不明确。
- 9 阻塞性睡眠呼吸暂停**
大量研究表明,阻塞性睡眠呼吸暂停(OSA)与多种心血管病密切相关,包括房颤。OSA与房颤之间有因果关系,OSA是房颤的重要危险因素。小样本研究证实,伴OSA的阵发性房颤患者采用持续气道正压通气治疗,可减少房颤复发。
- 10 心衰**
心衰与房颤之间互为因果。约1/3的心衰患者可发生房颤,反之,1/3的房颤患者将出现心衰。预防和管理心血管病对于房颤的预防非常重要。



加拿大 2017版 高血压指南发布

年龄和衰弱状态不作降压治疗依据

▲ 河北省人民医院老年科 郭艺芳

近日,加拿大高血压学会发布2017年加拿大高血压诊断、风险评估、预防和治疗指南(Can J Cardiol.2017;33:557)。

与上一版指南相比,新指南最值得关注的变化在于不再将年龄和衰弱状态作为启动降压治疗的依据。若患者已经发生大血管并发症或并存其他心血管独立危险因素,只要收缩压 > 140 mmHg,均应启动降压治疗。

另一个重要更新点是舒张压增高的患者,起始治疗即可选用单片固定复方制剂。由血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)与钙拮抗剂(CCB)或利尿剂所组成的联合治疗方案应作为首选。



郭艺芳 教授

此外,新指南明确指出,对于确诊冠心病的患者,应避免舒张压 < 60 mmHg,合并左心室肥厚的患者尤为如此。出血性卒中发病24 h内,不应将收缩压降至140 mmHg以下。新指南关于启动降压治疗时机、降压目标值以及降压药物选择有8项建议:

新指南 8 项建议

- 1** 血压 $\geq 140/90$ mmHg 且伴有心血管并发症或其他心血管独立危险因素的患者,应立即启动降压治疗;没有心血管并发症或其他心血管病独立危险因素者,若血压 $\geq 160/100$ mmHg,也应启动降压治疗。
- 2** 长效利尿剂、ACEI、ARB 或 CCB 均可作为高血压患者的一线用药。 β 受体阻滞剂可作为60岁以下患者的一线用药,老年高血压患者不建议首选 β 受体阻滞剂。
- 3** 由 ACEI 或 ARB 与 CCB 或利尿剂组成的单片复方制剂可作为首选。
- 4** 单纯收缩期高血压患者可首选噻嗪类利尿剂、长效 CCB 或 ARB 治疗。
- 5** 无并发症的高血压患者的血压控制目标为 < 140/90 mmHg。
- 6** 合并冠心病的高血压患者应首选 ACEI 或 ARB。不建议应用短效二氢吡啶类 CCB。应避免冠心病患者(特别是合并左室肥厚者)的舒张压 < 60 mmHg,以免加重心肌缺血。
- 7** 对于没有并发症的高血压患者,年龄与衰弱不应作为影响治疗决策的依据,因为HYVET研究事后分析显示,上述患者同样可以从积极的降压治疗获益,并且SPRINT研究为此提供了更多证据。换言之,只要没有低血压症状,所有患者均应接受积极的降压治疗并将血压降至140/90 mmHg以下。
- 8** 年龄 ≥ 50 岁且收缩压 ≥ 130 mmHg 的高危患者,应考虑将收缩压降至120 mmHg以下。

本版制图 / 林丽