

中国首个心衰注册登记研究最新数据 院内死亡率 4.1% 出院药物用量不足

近日，中国医学科学院阜外医院张健教授、张宇辉教授等发表了中国心衰注册登记研究的最新数据。（J Card Fail. 10 月 10 日在线版）

数据显示，我国心衰患者的平均年龄为 65 岁，其中 59% 为男性，36% 为射血分数保留心衰（HFpEF）。患者平均体质指数为 24 kg/m²，收缩压为 128 mmHg。

与高收入国家相比，我国心衰患者的年龄、体质指数和收缩压均较低。

心衰患者的常见并发症包括高血压（50.9%）、冠心病（49.6%）和房颤（24.4%）；不过仅 11.6% 的心衰患者的肌酐水平高于正常上限，低于其他注册研究报告的近 30%。

在入院时，失代偿

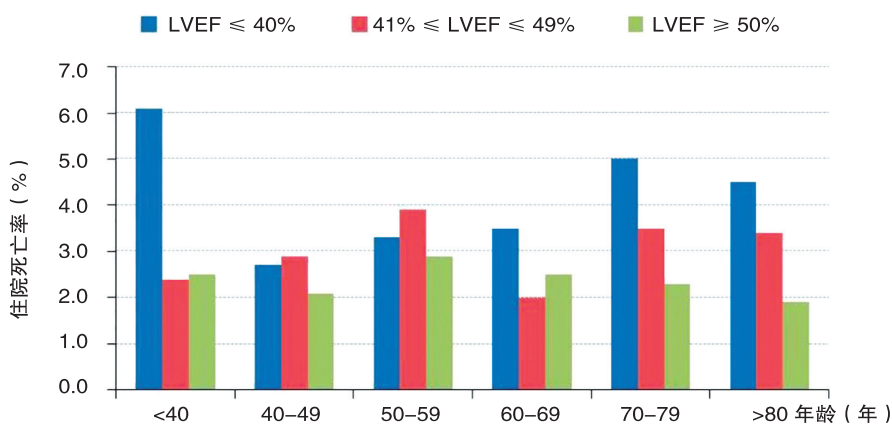


图 1 不同年龄组患者射血分数与死亡率的关系

心衰患者的利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素 II 受体拮抗剂（ACEI/ARB）、β 受体阻滞剂和盐皮质激素受体拮抗剂（MRA）使用率分别为 30.1%、27.0%、25.6% 和 26.6%，还有 1.5% 的患者使用中药。

在幸存出院的心衰患者中，HFpEF 患者的利尿剂、ACEI/ARB、β 受体阻滞剂和 MRA 使用率分别为 46.9%、55.5%、52.2% 和 48.7%；射血分数降低心衰（HFrEF）使用这些药物的比率较高，分别为 72.2%、67.5%、

70.0% 和 74.1%。不过这些药物的平均剂量仅为当前指南推荐的低剂量，提示临床医生应定期门诊随访，使患者用药达到目标剂量。研究还发现，我国心衰患者的住院时间中位

数为 10 d，院内死亡率为 4.1%。

HFrEF 和 HFpEF 患者的院内死亡率分别为 4% 与 2.4%。住院期间未评估左室射血分数（LVEF）的患者院内死亡风险（8.9%）较高，研究者认为，这反映了对患者情况的认识不足。

此外，LVEF ≤ 40% 的 40 岁以下患者的死亡风险最高，强调了对此类患者强化治疗的必要性（图 1）。

分析发现，低收缩压、急性心梗、感染、右束支阻滞、总胆红素和血尿素氮升高是我国心衰患者院内死亡的预测因子。

该研究分析了 2012–2015 年全国 132 家医院的 13 687 例出院心衰患者的资料。

FT4 正常高值增房颤风险

瑞士学者研究发现，血液甲状腺激素（游离甲状腺素，FT4）水平升高者更容易发生房颤，即使仍在正常范围内。（Circulation. 10 月 23 日在线版）

结果提示，FT4 可能是房颤的危险因素，检测 FT4 水平可能有助识别高危患者。

研究显示，与 FT4 最低四分位组相比，最高四分位组的房颤风险升高 45%，第二高和第三高四分位组的房颤风险也分别升高 17% 和 25%。

不过，促甲状腺素水平正常高值不增加房颤风险。

该分析纳入 11 项研究，涉及 30 085 例受试者。

睡眠不足或可导致妊娠糖尿病

美国学者研究发现，妊娠期间睡眠不足与高血糖相关，并增加妊娠糖尿病风险。（Sleep Med Rev. 10 月 5 日在线版）

研究显示，汇总数据分析中，平均睡眠时间 <6~7 h 与妊娠糖尿病患病风险增加 70% 相关。

而对个体患者数据的分析发现，与每晚睡眠时间 >6.25 h 者相比，睡眠时间 ≤ 6.25 h 者的 50 g 口服葡萄糖耐量后 1 h 血糖水平升高 0.65 mmol/L，妊娠糖尿病风险升高近 2 倍（校正后 OR=2.84）。

分析汇总数据来自 8 项研究的 17 308 例妊娠女性。

随便走走也能降低死亡率

当前指南推荐成人每周至少进行 150 min 中等强度运动或 75 min 剧烈运动来维持身体健康。不过，一项对美国癌症预防队列研究的最新分析发现，与不运动相比，定期步行，即使低于指南推荐的上述最低水平，也能降低全因死亡率。（Am J Prev Med. 10 月 19 日在线版）

研究显示，与适当步行但运动量低于上述指南推荐最低水平者相比，完全不运动者的过早死亡风险增加 26%；而仅通过步行使运动量达到指南推荐水平或略超过者，全因死亡风险降低 20%。

研究者表示，很显然，走得越多对身体越好，但不管走多少，都比待着不动强。

研究纳入 6.2 万例男性和 7.7 万例女性，平均年龄分别为 71 岁和 69 岁，其中未进行中等强度或剧烈体力活动者的比例分别为 5.8% 和 6.6%。



本版编译 牛艳红

美发布二尖瓣反流管理路径共识

近日，美国心脏病学会发布关于二尖瓣反流（MR）管理的决策路径专家共识。该路径集中于 MR 患者的评价和管理，强调临床评估、准确识别 MR 的机制和病因，判断 MR 严重程度，评估手术治疗可行性或适合经导管修复的适宜患者及转诊指征。（J Am Coll Cardiol. 10 月 18 日在线版）

MR 管理五大要点

- ★ 最佳医疗决策应基于 MR 类型、严重程度、血液动力学情况、疾病分期、患者合并症以及心脏瓣膜治疗团队及其成员的经验。共识还推荐了有助于循证管理的算式。
- ★ 对于原发性 MR，外科手术是主要治疗手段。对于继发性 MR，外科手术前应先考虑优化药物治疗和器械治疗。
- ★ 二尖瓣外科手术适用于症状性（D 期）或无症状性（C2 期）的原发性重度 MR 且 LVEF > 30% 的患者。二尖瓣修复的主要目标是使瓣叶接合处的深度 >5 mm，稳定和重构瓣环，恢复正常瓣叶运动并消除 MR。外科医生经验是成功修复的重要决定因素。
- ★ 经导管缘对缘修复术仅限于不能手术的严重症状性原发性 MR，且具有合理预期寿命的患者。
- ★ 推荐在干预后长期随访，评估耐久性、功能结局和生存率。

我国十年间搭桥手术质量长足进步

2004–2013 年，搭桥患者院内死亡风险下降近 40%

中国医学科学院阜外医院胡盛寿院士等研究揭示，过去十年间，我国城市教学医院的单纯冠脉旁路移植术（CABG，俗称搭桥）相关院内死亡率、严重并发症发生率和住院时间均取得长足进展。（Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes.2017;3:312）

研究发现，2004–2013 年，患者平均年龄从 62.7 岁降至 61.4 岁。院内死亡率从 2.8% 降至 1.6%，7 d 院内死亡率从 1.5% 降至 0.8%（图 2）。与 2004 年相比，2013 年 CABG 患者院内死亡风险下降近 40%。

严重并发症发生率从 7.8% 降至 3.8%。死亡率和严重并发症发生率下降在不同年龄组均保持一致。

2004–2013 年，虽然患者中位术前住院时间未改变，仍是 9 d，但术后住院时间从 12 d 缩至 10 d，总住院时间从 22 d 缩至 20 d。总住院时间超 30 d 的患者比例从 24.8% 降至 17.4%。

研究者指出，我国 CABG 还需改善。首先，医院水平差异显著，尤其是严重并发症发生率高于死亡率，提示并发症发生率仍有很大改善空间。其次，尽管住院时间缩短，但术前和术后住院时间仍

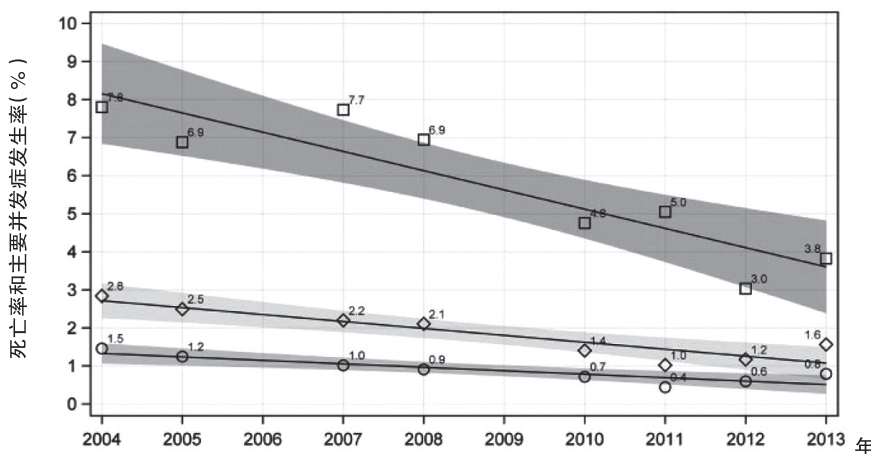


图 2 2004–2013 年，我国 CABG 患者的院内死亡率、7 d 院内死亡率和并发症发生率变化

远远长于西方国家。此外，与增设更多心脏手术中心相比，我国应增加对欠发达地区的投资以减少区域

资源配置不平等，培养社区医院和康复中心的能力，并改变薪酬方案以激励更高质量的护理。

该研究纳入 2004–2013 年我国 102 家城市教学医院中，接受单纯 CABG 的 40 652 例患者。