

新英格兰医学杂志刊发饮食研究 改善饮食结构有明显获益

在《新英格兰医学杂志》最新一期上，西班牙学者撤销并重新发表了 PREDIMED 研究结果。(N Engl J Med. 2018, 378:e34)

研究随访 4.8 年发现，地中海饮食 + 特级初榨橄榄油组，包括心梗、卒中和心血管死亡的复合终点发生率为 3.8%，地中海饮食 + 坚果组为 3.4%，均显著低于对照组(低脂饮食)的 4.4%。

研究以关注食物为基础，仅增加了特定的健康食物，尤其是特级初榨橄榄油和坚果，改变食物的种类，就取得了明显的获益，降低了心血管病和糖

尿病发病的风险。而之前的妇女健康研究，也是迄今为止最大、持续最长时间的研究发现，以脂肪为干预与控制目标对心血管病和糖尿病毫无益处。

PREDIMED 研究结果的再次发表，证实营养主义已破产，指望通过少吃碳水化合物，或少吃脂肪，以预防心血管病不切合实际，反而落入商家的圈套。

好的饮食模式总体而言类似地中海饮食，共同特点是加工食品少，而较多水果、坚果、全麦、海鲜和植物油，同时较少的红肉、加工含盐肉类、精



加工细粮淀粉和添加糖。其总体特点是纤维素高，维生素、抗氧化物和矿物质也较多，不饱和脂肪酸较高，而升糖指数、糖负荷、盐和饱和脂肪比较低。

本次重新发表的研究结果发现，相比对照组，地中海饮食辅以特级初榨橄榄油人群发生复合终点降低 31%；地中海饮食加坚果组合终点降低 28%。与 2013 年研究结果相近。

这次重新发表是因为有些研究参与者没有随机，研究者撤回了 2013 年稿件并重新分析数据。最终分析了 7447 例心血管病高危人群。

结婚又一好处 可预防心脏病和卒中

英国学者进行的一项 Meta 分析表明，结婚可能有助于预防心脏病和卒中发生，并降低相关死亡风险。(Heart. 6 月 19 日在线版)

研究者认为，在评估心血管病风险及预后时应将婚姻状况考虑在内。

分析发现，与已婚者相比，单身(未婚、离婚、丧偶)者发生心血管病的风险升高 42%，卒中风险升高 23%，冠心病风险升高 16%。

另外，单身者死于冠心病、卒中的风险分别升高了 43%、55%。

围术期输血增加静脉血栓栓塞风险

一项北美注册研究发现，围术期红细胞输注可能与术后新发或进展性静脉血栓栓塞(VTE)的发生显著相关，且独立于预设的混杂因素。(JAMA Surg. 6 月 13 日在线版)

研究显示，校正混杂因素后，围术期红细胞输注分别增加 VTE、深静脉血栓形成和肺栓塞风险 1.1 倍、1.2 倍和 90%。

而且，VTE 风险随术中(或)术后红细胞输注次数增加而显著升高。与未输注者相比，红细胞输注 1 次、2 次和 ≥ 3 次者的 VTE 风险分别增加 1.1 倍、2.1 倍和 3.5 倍。

而且，亚组分析显示，在所有外科亚专科中，任何围术期红细胞输注均与术后 VTE 风险显著相关。在 1:1 倾向评分匹配后，该关联仍维持显著。

研究采用美国外科学院国家外科质量改善计划数据库的注册数据，纳入 2014 年接受外科手术的 750 937 例患者，56.8% 为女性，平均年龄 58 岁。其中 47 410 例(6.3%)患者接受了至少 1 次围术期红细胞输注。术后共发生 6309 例 VTE：4336 例深静脉血栓形成，2514 例肺栓塞，541 例同时发生深静脉血栓形成和肺栓塞。

介入治疗卒中患者 收缩压 135 mmHg 最佳

在欧洲卒中组织会议上，荷兰学者报告的一项大型注册研究结果提示，对于行血管内治疗的急性缺血性卒中患者，最佳收缩压水平为 135 mmHg，高于这一水平将导致不良功能结果、症状性颅内出血风险升高并降低再灌注成功率。(源自 Medscape)

研究显示，校正混杂因素后，收缩压与不良功能结果(改良 Rankin 量表评分为 3~6 分)之间呈非线性“U”型关联。收缩压为 135 mmHg 时不良功能结果的风险最低。收缩压 >135 mmHg 时，收缩压每升高 10 mmHg，不良功能结果风险升高 13%。收缩压 <135 mmHg

时，收缩压每降低 10 mmHg，不良功能结果风险升高 6%，不过这种关联无统计学意义。

收缩压与死亡风险之间也呈非线性“U”型关联，收缩压为 135 mmHg 时死亡风险最低。

收缩压与颅内出血风险之间的关联更趋向于线性，收缩压每升高 10 mmHg，颅内出血风险升高 13%。再灌注成功率也与收缩压呈线性相关，再灌注成功率随血压升高而降低。

研究纳入 2014~2016 年接受血管内治疗的 1488 例卒中患者。术前平均收缩压水平为 150 mmHg，且 7% 的患者收缩压 >185 mmHg，一般高血压史。

快步走可降低死亡风险 老年人获益最大

悉尼大学学者研究发现，走路速度越快，死亡风险越低。(Br J Sports Med. 2018,52:761)

研究显示，与慢速步行者相比，普通速度步行者的全因死亡风险降低 20%，心血管死亡风险降低 24%；快速步行者的全因死亡和心血管死亡风险分别降低 24% 和 21%。

而且，快速行走的

益处处在老年人中更明显。与慢速步行者相比，45~49 岁快速步行者的全因死亡风险降低 36%；≥ 60 岁普通速度步行者的心血管死亡风险降低 46%，快速步行者更是降低 53%。

快速步行通常指 5~7 km/h，但这取决于步行者的健康水平；替代指标是步行速度让人开始稍微喘

气或者持续出汗。

研究者分析了 1994~2008 年在英国进行的 11 项以人群为基础的调查，共收集了 50 225 名步行者的数据。



1995-2014 年中国百万儿童青少年调查 20 年超重增 6 倍 肥胖增 3 倍

北京大学公共卫生学院马军等研究发现，1995~2014 年，我国儿童青少年超重和肥胖患病率呈线性增长，分别增加了 2.8 倍和 5.8 倍。(Hypertension. 6 月 4 日在线版)

然而，虽然超重和肥胖导致高血压的人群归因危险度也随时间而增长，但高血压患病率并未表现出与体质指数平行的趋势。研究者认为，这提示还有其他因素影响高血压的发病，比如钠盐摄入、早期暴露(如出生体重高)、缺乏体力活动等。

不过，研究者强调，随着时间推移，超重或肥胖对高血压的影响会明显增加，预示未来高血压负担会愈来愈沉重。而有效干预儿童超重肥胖，有助于预防高血压，进而预防成年时的冠心病风险。

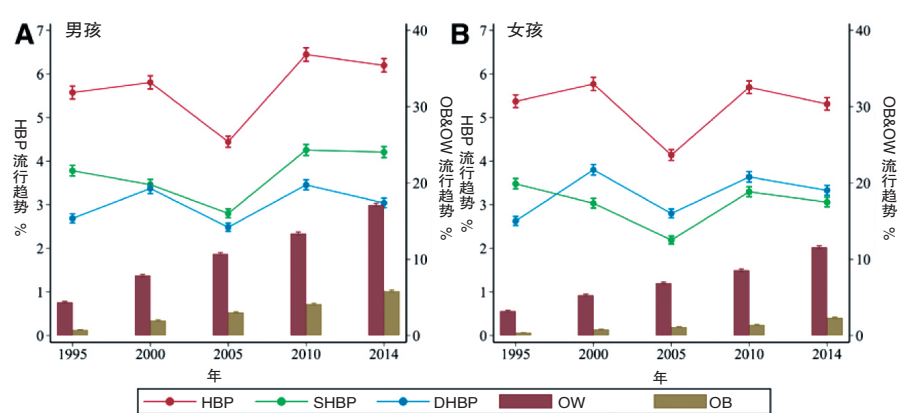


图 1 1995-2014 年中国 7~17 岁儿童青少年高血压(HBP)、收缩期高血压(SHBP)、舒张期高血压(DHBP)、超重(OW)及肥胖(OB)患病率的流行趋势

数据显示，1995~2014 年，超重患病率从 3.8% 升至 14.3%，肥胖患病率从 0.6% 升至 4.1% (图 1)。

与此同时，高血压患病率在 4.4%~6.4% 之间波动。其中，2010 年高血压患病率最高，2005 年最低。总体上，高血压患病率在 1994~2005 年稳步下降，而在 2005~2014 年升高，

收缩期高血压和舒张期高血压也表现出相似趋势。

超重和肥胖所致高血压的人群归因危险度从 1995 年的 6.3% 升至 2014 年的 19.2%，其中超重和肥胖对收缩期高血压的影响尤其显著(从 7.4% 升至 26.2%)，约是舒张期高血压(从 6.2% 升至 13.4%)的 2 倍。对各省水平的调查结果也与全国

总体情况一致。比如，云南超重和肥胖所致的高血压归因风险从 1995 年的 8.55% 升至 2014 年的 39.02%。

研究数据来自 1995、2000、2005、2010 和 2014 年全国学生体质健康调查，共纳入 7~17 岁的 943 128 名青少年儿童。