

美发布房颤患者生活方式管理声明

房颤防治有一个基石 四个支柱

近日，美国心脏协会（AHA）发表科学声明，强调了生活方式改变对于改善房颤患者预后的重要性。（Circulation. 3月9日在线版）

声明指出，尽管目前在房颤患者卒中预防和节律控制方面已取得了长足进步，但房颤的生活方式相关危险因素正在增加，包括肥胖、缺乏运动、睡眠呼吸暂停、糖尿病、高血压、吸烟和过量饮酒。而越来越多的证据表明，这些危险因素的管理可能有助于房颤的预防和治疗（图1）。

肥胖 声明指出，肥胖是房颤的重要危险因素，两者之间可能存在因果关系。有研究显

示，超重或肥胖者减重至少10%可降低其房颤发生风险，某些情况下还可将持续性房颤转变为阵发性房颤甚至完全消失。另外，减重手术与肥胖患者新发房颤和消融术后房颤复发风险降低相关。

体力活动 定期进行有氧运动可有效降低房颤负担并改善房颤相关症状和生活质量。不过运动也要适度，过度运动可能会增加房颤风险。根据AHA体力活动指南，推荐每周至少150分钟的中等强度运动。

睡眠呼吸障碍 睡眠呼吸障碍在房颤患者中的患病率较高，且其严重程度与房颤发生率、

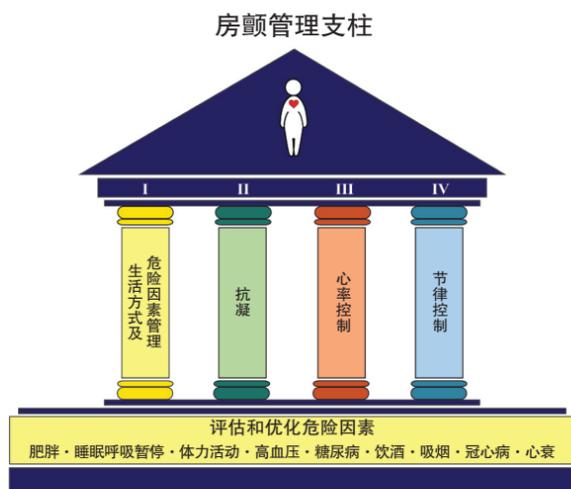


图1 房颤管理策略

负担和治疗反应之间存在“剂量反应”关系。此类患者接受持续气道正压（CPAP）治疗可以降低房颤消融后的房颤复发风险，因此推荐对

房颤患者进行相关筛查。**糖尿病** 糖尿病与房颤风险较高有关，可能易导致结构性、电生理性和自主神经的改变。良好的血糖控制可以降

低房颤风险，可能是减少复发性房颤负担的重要策略。

高血压 血压控制不佳与房颤风险增加有关。房颤患者的血压管理应遵循目前的心血管健康指南，包括对生活方式相关危险因素（肥胖、缺乏运动和饮食）的管理以及药物治疗。

其他可能降低房颤负担的生活方式干预措施还包括戒烟、减少酒精摄入、优化心衰和高脂血症治疗等。

此外，鉴于房颤患者生活方式管理涉及多重危险因素，声明还强调了多学科团队管理的重要性，这将更有助于为房颤提供综合性的建议。

一句话新闻

中南大学湘雅三医院徐灿霞教授等研究发现，幽门螺杆菌感染可能是心血管病的一个新的危险因素。（J Am Heart Assoc. 2020;9:e014120）

一项对美国34家中心9760例接受代谢手术的糖尿病患者分析发现，与袖状胃切除术相比，Roux-en-Y胃旁路手术缓解糖尿病的效果相对更好且更少复发。（JAMA Surg. 3月4日在线版）

二甲双胍或不增乳酸酸中毒风险



以往认为，二甲双胍可能会增加乳酸酸中毒风险，因此不建议用于肾功能损伤的患者。不过韩国学者近日进行的一项研究显示，在晚期慢性肾脏病（CKD）患者中使用二甲双胍不仅不会增加乳酸酸中毒风险，反而会降低全因死亡风险和终末期肾病（ESRD）风险。（Diabetes Care. 3月4日在线版）

研究纳入2家医院的10426例2型糖尿病肾病的患者。多变量Cox分析显示，二甲双胍组的全因死亡率和ESRD发生率较低。为了减少患者基线特征的影响，研究者进行了倾向评分匹配（PSM），结果发现，二甲双胍组的全因死亡风险（OR 0.65）和ESRD风险（OR 0.67）仍较低。而且仅记录到1例二甲双胍相关乳酸酸中毒。无论是原始队列还是PSM分析，使用二甲双胍均未增加乳酸酸中毒风险（OR 0.92）。

不过研究者指出，这是一项回顾性观察性队列研究，即使在进行PSM后也会存在偏倚，因此在改变临床实践前尚需进一步随机对照试验验证。

身体虚弱的老年人 血压<130 mmHg 死亡风险高

一项英国研究发现，在75岁以上人群中，与收缩压130~139 mmHg者相比，收缩压<130 mmHg者的死亡风险增加，特别是在身体虚弱者中；而在中/重度虚弱者中，高血压并不会增加死亡风险，再次提示对老年人群，特别是虚弱老年人的血压管理仍需谨慎。（Age Ageing. 3月8日在线版）

研究显示，在75~84岁人群中，收缩压与全因死亡风险呈现“U型”关系。具体而言，与收缩压130~139 mmHg者相比，收缩压120~129 mmHg时，健康者的死亡风险升高11%，轻度及中/重度虚弱者分别升高16%和17%；收缩压<120 mmHg时，健康者的死亡风险升高50%，轻度及中/重度虚弱者更是分别升高69%和62%。

与之相反，收缩压140~159 mmHg时，无论是健康者还是身体虚弱者的死亡风险均降低（5%~16%）；收缩压超过170 mmHg时，健

康者的死亡风险开始上升，超过180 mmHg时，轻度虚弱者的死亡风险也开始升高，但中/重度虚弱者的风险并未明显升高。

在≥85岁人群中，与收缩压130~139 mmHg者相比，随收缩压降低，健康者和虚弱者的死亡风险升高15%~50%；而随着收缩压升高，死亡风险并未升高，反而显示出一定的保护作用。

该研究采用2000~2014年间41万多老年人（年龄≥75岁）的电子病历数据，并根据“电子虚弱指数（eFI）”将这些人的身体状态分为健康（非虚弱）、轻度虚弱、中度虚弱或重度虚弱。



心血管病患者感染新冠肺炎是“雪上加霜”

武汉协和医院西院学者的研究发现，新型冠状病毒肺炎（COVID-19）合并心血管病（CVD）患者往往病情重且病死率较高。（中华心血管病杂志. 2020;48）

研究者认为，加剧患者死亡的原因可能与炎症反应、乳酸堆积酸中毒以及恶性心血管事件有关。

该研究回顾性分析了2020年1月20日至2020年2月15日入武汉协和医院西院的112例COVID-19合并CVD患者，按病情严重程度分为危重组（16例）和普通组

（96例）。

结果发现，与普通组比较，危重组患者淋巴细胞计数（ $0.74 \times 10^9/L$ 与 $0.99 \times 10^9/L$ ， $P=0.03$ ）较低，C反应蛋白（106.98 mg/L与34.34 mg/L， $P<0.001$ ）和降钙素原（ $0.20 \mu g/L$ 与 $0.11 \mu g/L$ ， $P<0.001$ ）较高；危重组体质指数（BMI）明显高于普通组（ $25.5 kg/m^2$ 与 $22.0 kg/m^2$ ， $P=0.003$ ）。

112例患者中全因死亡17例（15.18%），治愈95例（84.82%）。死亡患者中，BMI>25 kg/m²患者占88.24%，明显高

于治愈患者的18.95%（ $P<0.001$ ）。和治愈患者比较，死亡患者血乳酸（1.70 mmol/L与1.20 mmol/L， $P<0.001$ ）较高，氧合指数（130与434， $P<0.001$ ）明显偏低。

此外，研究还发现，血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）/血管紧张素II受体拮抗剂（ARB）不影响COVID-19合并CVD患者的发病率和病死率。使用ACEI/ARB的患者比例无论在危重组与普通组间还是在死亡与治愈患者间比较，差异均无统计学意义（ P 均>0.05）。

吸烟让卒中发病提前11年

之前有观察发现，吸烟的卒中患者相比不吸烟者的预后更佳，也就是存在“吸烟悖论”。不过近日我国台湾学者研究显示，吸烟者的卒中死亡率是正常人的2倍，且卒中致残时间延长了11年，而尽早戒烟可减少或逆转卒中导致的损伤。（Stroke. 3月10日在线版）

研究者表示，“吸烟越多，越早罹患卒中，遭受痛苦的时间也越长。”

卒中登记的主要结果是3个月时通过改良Rankin量表评分≤2分的

功能独立性，患者在入院时按美国国立卫生研究院卒中量表评分进行分类。对于MJ队列，通过吸烟状况或卒中史评估死亡率风险。

研究发现，当前吸烟者的卒中发病平均年龄为60.2岁，不吸烟者为71.6岁，吸烟者与非吸烟者之间的卒中发病存在>11岁的年龄差异。对于吸烟者，按美国国家卫生研究院卒中量表评分进行分类时，3个月死亡率和功能评估的结果良好，其改良Rankin

评分≤2，但在年龄和性别匹配时消失。

没有卒中病史的吸烟者卒中死亡风险增加了约1倍，其中缺血性卒中增加了1.05倍，出血性卒中增加了53%，但是有卒中病史的吸烟者的卒中死亡风险增加了6.83倍，掩盖了吸烟的风险。

该研究采用台湾卒中登记中心的88925例卒中病例数据，以及MJ队列中541047名成年人数据，在15年随访（1994~2008）中，共发生1630例卒中死亡。