

PURE 研究新分析结果显示 高血压是导致房颤死亡首因

近日发表的一项基于 PURE 研究全球 20 个国家的最新分析表明，在全球不同地区，年龄和性别标化的房颤患病率可相差 12 倍。（Cardiovasc Res. 8 月 10 日在线版）

研究发现，北美、欧洲、中国、东南亚最高（270~360 例/10 万）；高收入国家、中等收入国家的房颤患病率分别是低收入国家的 11 倍和 7 倍（图 1）。

在各种危险因素中，高血压是导致房颤死亡的首要因素，占 34.3%，其次是超重和肥胖（20.7%）以及饮酒（9.4%）。在女士中，高血压和超重或肥胖是导致房颤死亡的主要原因，而在男士中，饮酒、吸烟和铅暴露的影响更大。1990—2017 年，在房颤死亡相关的危险因素中，高血压、饮酒、

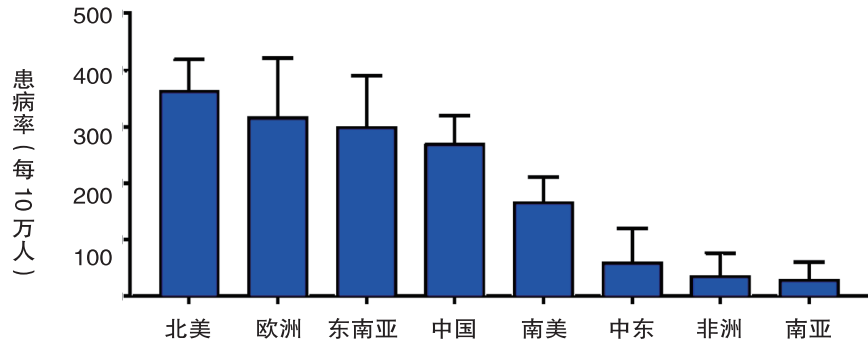


图 1 不同国家和地区的年龄和性别标准化房颤患病率

吸烟的影响有减小的趋势，而超重或肥胖、高盐饮食、铅暴露的影响则在增大。

PURE 研究观察到，在校正性别、年龄、身高、体重、收缩压、舒张压、心力衰竭、心肌梗死、糖尿病、抗高血压药物、目前吸烟者和收入阶层后，中国和东南亚的房颤患病率全球最高，但这不能用危险因素来解释。

近期，中国、以色列、加拿大研究人员对 2017 年全球疾病负担研究 195 个国家和地区的数据进行分析后发现，2017 年全球有 3757 万例房颤患者，新发房颤 305 万例，28.7 万人因房颤死亡。

总体上，男士中房颤新发病例多于女士，分别为 159 万例和 146 万例，但女士中因房颤死亡的例数多于男士（分别为 17.7

万例和 11.0 万例）。75~79 岁是房颤患病率最高的年龄段，65~69 岁则是房颤发病率最高的年龄段，85~89 岁是房颤死亡率最高的年龄段。在社会人口指数（SDI）较高即相对发达的国家中，年龄标化的房颤患病率、发病率、死亡率均较高，其中新西兰和美国的房颤患病率和发病率最高。

1990—2017 年，全球

房颤患病人数增加了 1843 万例，新发病例增加了 145 万例，房颤死亡人数增倍。但是，近 30 年全球年龄标化的房颤死亡率维持稳定，房颤患病率和发病率则分别降低了 5.1% 和 4.3%。

研究者认为，这在一定程度上与人口增长和老龄化有关。另外，由于房颤筛查新技术的应用，越来越多的无症状患者被发现。其他因素还包括：房颤知晓率提高、有效的房颤治疗措施较少。

发达国家中年龄标化的房颤患病率、发病率、死亡率均有所降低，但 SDI 中等国家中年龄标化的房颤患病率和发病率增幅最大，分别升高 4.9% 和 5.1%，不发达国家中年龄标化的房颤死亡率增幅最大，升高了 15.9%。

一句话新闻

一项美国研究发现，非酒精性脂肪肝（NAFLD）与房颤消融后心律失常复发风险显著增加相关。多变量校正后，伴 NAFLD 患者的心律失常复发风险是无 NAFLD 患者的 3 倍。（J Am Coll Cardiol EP. 8 月 12 日在线版）

一项美国研究发现，与社会经济地位高者相比，社会经济地位低的个体每万人年早发心梗风险（男性：34.8 与 17.6；女性：15.1 与 6.8）以及冠心病死亡风险（男性：14.3 与 7.6；女性：5.6 与 2.5）是前者的 2 倍。虽然上述额外风险 40% 可归因于传统危险因素，但 60% 归因于与社会经济地位低相关的其他因素。（JAMA Cardiol. 2020;e201458）

中年减轻体重可延寿

一项美国研究发现，与持续性肥胖相比，成年早期和中年的减肥与晚年死亡风险降低相关。（JAMA Netw Open. 2020;3:e2013448）

研究发现，相对于维持肥胖体重指数的参与者而言，从成年早期的肥胖体重指数减到中年时的超重，死亡风险降低了 54%。如果维持肥胖体质指数（BMI）的人能在中年时减为超重，则可以避免 3.2% 的过早死亡。

总体上，约 12.4% 的过早死亡可能归因于成年早期或中年的任何时

间体重超过正常 BMI。

这项研究的调查结果表明，基于人群且旨在预防体重增加和在生命早期治疗肥胖的方法可能具有重要的死亡率降低益处。

这项横断面分析涉及 24 205 名具有全国代表性的美国成年人，平均随访时间达 10.7 年。



瞳孔面积或可预测心衰患者预后

近日，日本学者研究显示，瞳孔大小可以预测心衰患者的死亡和再入院风险。（ESC Heart Fail. 8 月 10 日在线版）

在校正混杂因素后，瞳孔面积小的患者与瞳孔面积大的患者相比，全因死亡率降低 28%，因心衰再次入院的风险降低 18%。在西雅图心衰评分（SHFS）中增加瞳孔面积指标，可显著提高全因死亡的受试者工作特征曲线下面积（0.6 与 0.72，

P=0.034）。

研究者表示，该研究结果表明瞳孔面积可能是识别死亡或再入院风险较高的心脏病患者的一种新方法，这为干预和改善预后的提供了机会。

这项回顾性分析纳入 870 例急性心衰住院患者，平均年龄 67 岁，女性占 37%。在患者入院后至少 7 天采用瞳孔仪测定瞳孔面积。中位 1.9 年随访期间，131 例患者死亡，328 例患者因心衰再入院。

营养不良的急性冠脉综合征患者预后差

一项西班牙研究发现，在住院急性冠脉综合征（ACS）患者中，无论体重如何，营养不良均较为常见，而这会增加数年后主要心血管事件和死亡风险。（J Am Coll Cardiol. 2020;76:828）

研究者对 5062 例急性冠脉综合征（ACS）患者中位随访 3.6 年，并评

估了 3 个营养生物标志物指数：控制营养状况（CONUT）评分、营养不良风险指数（NRI）和预后营养指数（PNI）。

结果发现，高达 59.5% 的患者存在一定程度的营养不良，8.9%~39.5% 的患者存在中度或重度营养不良。

虽然在体重不足的患

者中营养不良更为常见，但也有大量 BMI>25 kg/m² 的患者营养不良（根据 CONUT 和 NRI 分别为 48.2% 和 57.8%）。

而且，与营养状况良好者相比，CONUT、NRI 和 PNI 评分为中度营养不良者的校正后全因死亡风险分别增加 102%、40% 和 71%，主

要不良心血管事件风险分别增加 69%、11%、和 68%；若评为重度营养不良，则全因死亡风险分别增加 265%、187% 和 95%，主要不良心血管事件风险分别增加 141%、122% 和 77%。

本版编译
融媒体记者 辛迪 文韬 卢芳

美国心脏协会连发两报告 要让人“迈开腿” 但房子豪车或成阻碍

近期，美国心脏协会发表了两份文件指出，改善社区建筑环境，有助于促进人群多走走路、骑骑车，坐坐公共交通工具，增加一些体力活动。（Circulation. 8 月 13 日在线版）

文件指出，如果将各种日常目的地路线设计好，比如前往工作场所、学校、购物中心、公园、公共交通枢纽之类的地方，通过步行、骑车等方便安全前往，有助于驱使人群加大体力活动，从而最终改善心血管健康。

“定期进行体力活动会带来一系列健康获益，比如减轻焦虑、抑郁，改善睡眠和认知能力，降低 2 型糖尿病、某些癌症和心脏病风险。基于社区的人

群改善措施有利于增加群体体力活动，而实施社区环境改进策略，能促进人群健康积极的生活方式，增加体力活动，最终惠及所有人的心血管健康。”美国疾控中心表示。

另一份文件的作者还表示，这样做除了促进心血管健康外，还有助于改善社区发展，促进经济活力，改善空气质量，加强社区人群社交，增进健康和福祉。

但美国这一愿景能否实现？从目前的情况看，可能性很小。

美国疾控中心工作报告指出，美国个人出行 86% 由汽车承担，而步行仅仅占个人出行的 5%。他们认为，造成这种状态

的根本原因是郊区的建筑环境导致的，郊区的建筑环境适合于开车出行，而

不是步行和骑自行车。

文件支持多管齐下构建良好环境，其中包括：

1. 改善步走和骑车路线、人行道、自行车道、人行横道和街道设施（如长椅、照明、自行车停放和存放及共享），以方便人们选择步走和骑车出行。此外还应该考虑到使用轮椅和其他代步工具人员的出入。
2. 完善街道规划政策，以同时满足机动车和非机动车用户的需求。
3. 设置安全的上学路线，以使孩子们安全步走、骑车上学。
4. 公交交通站点首站和终点站合理设置，促进更多体力活动。
5. 打造交通安全计划，实现无死亡事故交通系统。
6. 公交交通站点首站和终点站合理设置，促进更多体力活动。
7. 通过增强骑车、使用公共交通工具等出行体验改善社区街道规模设计和场所营造。
8. 土地使用更为合理，住宅、公司、零售、教育、市政、娱乐以及其他类型建筑物想融合，使得人群无需驾车即可轻松出行达到目的地。