

最新前沿

# AHA 发布绝经过渡期与心血管疾病风险一对早期预防时机影响科学声明 关注绝经过渡期 改善女性心血管健康

近期,美国心脏协会(AHA)发布了“绝经过渡期与心血管疾病风险一对早期预防时机影响科学声明”。心血管病是女性死亡的重要原因之一。绝经过渡期引起的一系列机体生理变化,可能会增加女性冠心病患病风险。

在过去20年,通过对绝经期女性进行追踪研究,研究人员分析了卵巢衰老与CVD发生风险的关系。女性在绝经过渡期间会发生内源性激素的变化,以及身体脂肪分布、脂蛋白、心血管健康结构和功能的不利改变,这些都可能增加女性绝经后CVD的风险。

## 女性绝经后年龄增长

绝经期是指妇女从生育阶段过渡到非生育阶段,卵巢功能永久停止,表现为激素和月经模式的显著变化,以及生理和社会心理学上的改变。自然绝经是指非其他原因导致的连续12个月的闭经。

2018年一项纳入2334811名绝经后妇女的研究显示,女性自然绝经中位年龄为50岁。其中,约10%的女性绝经期发生在45岁之前,1.9%在40岁之前。40岁之前自然绝经是过早,40至45岁之间自然绝经是提早。

其中,绝经过渡期属于围绝经期的一部分。根据月经周

期变化水平,女性的绝经过渡期可分为早期(连续月经周期长度差异>7d)、晚期(闭经60d以上)。

AHA主要依据美国女性人均预期寿命的增长趋势,分析得出很大一部分女性将有高达40%的寿命时间是在绝经后。

得益于中国经济建设的发展、医疗技术服务的进步,居民的生活习惯不断迈向健康化,平均预期寿命也在不断增长。

过去近20年,中国男女人均预期寿命增长了近6年,这意味着女性绝经后生活也平均增加了6年左右。

## 绝经越早 心血管风险越高

女性自然绝经年龄越早,患心血管病的风险通常也更高。有研究显示,相比东亚、非西班牙裔白人女性,黑人、西班牙裔、夏威夷土著女性的自然绝经年龄往往更早。

此外,月经周期短、孕次少、吸烟、分娩期间心血管健康状况不好的女性,自然绝经年龄也容易偏早。

自然绝经前实施医源性绝经,比如双侧卵巢切除术,与较高的心血管病发生风险相关,通过使用雌激素替代疗法可以起到一定的预防作用。

2019年JAMA发表研究,

研究纳入144260名绝经后女性,包括4904名自然过早绝经(40岁前自然绝经),644名手术过早绝经(40岁前双侧卵巢切除),以正常自然绝经女性为对照组。研究统计了冠心病、心衰、主动脉狭窄、二尖瓣关闭不全、房颤、缺血性卒中、外周动脉疾病和静脉血栓栓塞等心血管事件发生率。

研究证实,因手术而过早绝经的患者,在冠心病、心衰、二尖瓣关闭不全、静脉血栓栓塞的发生率显著高于正常自然绝经女性。自然过早绝经的女

性,在冠心病、主动脉狭窄、缺血性卒中、静脉血栓栓塞的发生率显著高于正常自然绝经女性。在完全校正模型的结果中,自然过早绝经与手术过早绝经在心血管事件的发生率上,并无显著差别。

另有研究证实,对于绝经前后的双侧卵巢切除术、非切除卵巢的子宫全切除术,基本不会影响患者绝经前后的心血管疾病危险因素,或者影响很小。

此外,声明还介绍了血管舒缩症状、睡眠障碍、抑郁、腹部肥胖等与心血管病的关系。

国人研究

## Circulation 子刊刊发阜外医院姚焰团队研究 诊断血管迷走性晕厥有新指标



姚焰教授

血管迷走性晕厥是临床最常见的晕厥类型,以短暂性意识丧失伴血压、心率下降为特点,可见于各个年龄段患者。

血管迷走性晕厥的诊断一直是临床难点,既往通常以直立倾斜试验作为辅助诊断,但是由于其敏感度、特异度均欠佳,且临床应用不普及,目前指南不再推荐直立倾斜试验作为辅助诊断,而主要以病史特点作为诊断依据,从而造成相当一部分患者诊断困难。

近日,中国医学科学院阜外医院姚焰教授团队首次通过心率减速力定量评估并证实了血管迷走性晕厥患者中异常的心脏副交感张力在无症状期仍然持续,且首次提出心率减速力值 $\geq 7.5$ ms可鉴别此类晕厥患者,尤其是直立倾斜试验阴性的患者。(Circ Arrhythm Electrophysiol, 2020, 13: e008659)

心率减速力由Bauer等首次引入,通过相位整序信号平

均技术(PRSA)定量评估心脏副交感张力,通过Holter采集心电信号并经数据平台分析计算,应用便捷。

该研究连续纳入161例血管迷走性晕厥患者,平均年龄(43 $\pm$ 15)岁,62例为男性;以65例年龄、性别相匹配的健康人群为对照。

研究发现,血管迷走性晕厥组患者心率减速力显著高于对照组[(9.6 $\pm$ 3.3)ms与(6.5 $\pm$ 2.0)ms, P<0.001]且日间心率减速力显著差异[(8.9 $\pm$ 3.1)ms与(5.8 $\pm$ 2.0)ms, P<0.001]。而且,心率减速力在男性和女性患者中均显著高于同性别对照组。

研究还发现,心率减速力值在直立倾斜试验阳性和阴性的血管迷走性晕厥患者中无显著差异。进一步分析可见,心率减速力预测晕厥的最佳截点为7.12ms(敏感度77.6%,特异度80%,AUC 0.809),男性患者和女性患者的心率减速力截点分别为7.45ms和6.71ms。

近年来,姚焰团队在血管迷走性晕厥干预领域不断开拓创新,团队创新性地应用射频导管消融治疗血管迷走性晕厥,研究成果先后发表于专业顶尖期刊,为血管迷走性晕厥的神经消融治疗做出了重要贡献。

专家视角

## 布鲁病性心内膜炎诊疗有窍门

▲ 中国医学科学院北京协和医学院 荆志成 路丹 首都医科大学附属北京安贞医院 周玉杰

布鲁菌病是一种主要发生于发展中国家、发生率低、病死率低、易于被忽视的乙类人畜共患传染病。布鲁菌病并发心内膜炎发生率为0.7%~1.69%。感染性心内膜炎病原体为布鲁菌的比例为0.8%~2.3%。大多数医院根据血培养阳性确诊病原学,而随着抗生素的广泛使用,血培养阳性率仅为34.97%左右,因此可能存在部分漏诊病例。(中华心血管病杂志)

### 诊治存在三大问题

我国布鲁病性心内膜炎的诊治存在三大问题:

第一,首诊确诊率低。已报道的71例布鲁病性心内膜炎中,仅9例(12.7%)首诊时确诊。有报道布鲁菌病首诊误诊率高达62.3%。

第二,诊断延迟,自起病到确诊平均需6个月,而布鲁菌平均潜伏期为2周。国外学者对布鲁菌病性心内膜炎患者进行尸检发现其是一种慢性疾病,某种程度上慢性布鲁菌病患者均会累及心脏,因此缩短布鲁菌病确诊时间、及时规范地治疗可能有助于预防布鲁病性心内膜炎。

第三,治疗不够规范,部分患者依从性差,使得病情迁延不愈、慢性化。出现这些问题的主要原因是临床医生对布鲁菌病认识不够,无法及时确诊导致疗效不佳,患者多次入院才确诊布鲁病性心内膜炎。



荆志成教授



周玉杰教授

临床诊疗的目标是提高布鲁菌病首诊确诊率并及时治疗,从而预防或延缓布鲁菌对心脏的侵袭。

解决问题的关键是要提高临床医生对布鲁菌病的警惕性、熟悉布鲁菌病的特点,从而提高首诊确诊率。部分医院布鲁菌血培养阳性率低,因此医生要熟悉布鲁菌病的特异性血清学检查,从而提高对布鲁菌的病原学的诊断水平。

### 五部曲提升诊治水平

布鲁菌病是一种主要存在于中低收入国家,发病率低,病死率低,易被忽视、误诊的人畜共患传染病。布鲁病性心内膜炎是布鲁菌病最严重的并发症,首诊确诊率低,确诊时间长。临床医生要加强对布鲁菌病和布鲁病性心内膜炎的认识,提高首诊确诊率。要重视以下几点:

第一,对反复不明原因发热的患者,尤其是来自流行区

的青壮年男性,要注意流行病学问诊,观察有无其他多系统受累,非心血管科医师要熟悉心脏病体征,注意心脏各瓣膜区有无杂音,非感染科医师要熟悉布鲁菌病的特异性血清学检查,要考虑布鲁菌感染可能。

第二,确诊布鲁菌病的患者,以下3类需及时评估心脏并发症情况:既往患有基础心脏病或心脏手术史的患者;有胸闷、气短症状及心脏杂音变化的患者;病程超过1个月的患者。

第三,一旦确诊布鲁病性心内膜炎,要及时进行足量足疗程抗菌治疗,以免病情迁延不愈,如有手术指征需及时手术治疗。

第四,加强患者健康宣教,提高患者依从性。

第五,最后一点尤其重要,临床工作中必须重视随访,了解患者的长期预后和复发情况,以便我们及时总结经验、不断提高诊疗水平。