

文 摘

023 血尿酸与冠状动脉钙化间关系 [Grossman C, Shemesh J, Morag NK, et al. *J Clin Hypertens*, 2014, 16:424-428 (英文)]

血尿酸(UA)与冠心病(CHD)相关,尤其是在老年人,其将增加 CHD 事件罹发风险,而 CHD 又常伴有冠状动脉钙化(CAC)。目前关于 UA 与 CAC 及其程度间关系均不清楚,现就此进行分析。

受检对象为 663 例个体,男性 564 例,基线均龄(55 ± 7)岁。研究中均接受心脏 CT 扫描,用以评估所伴 CAC 及其程度(以 CAC 积分计等,积分越高则 CAC 严重程度越重);同时评估各自基线所伴心血管病诸公认危险因素,包括体质量超重、高血压、糖尿病、高胆固醇血症、吸烟、肾功能受损等变量;亦采血测定各自基线 UA 水平,并据所测结果将其分为由低至高 3 分位均值组。在校正诸基线混杂影响因素及变量等后,观察比较分析基线 UA 水平与 CAC 及其程度间相关关系。

基线检测发现,在所有对象中,共有 349 例(53%)伴有 CAC。且伴 CAC 者,年龄更大、男性居多、吸烟者多、收缩压较高、血糖较高、UA 水平较高、伴高胆固醇血症、糖尿病、高血脂及肾功能不全均多。而基线 UA 最高 3 分位均值者,年龄较轻、男性居多、高血压多见、体质量较重、三酰甘油高、高密度脂蛋白胆固醇和肾小球滤过率均低。比较分析表现,伴 CAC 者较不伴者 UA 水平明显较高[均值(5.6 ± 1.2):(5.3 ± 1.3), $P = 0.003$];且 UA 最高 3 分位均值者较最低 3 分位均值者罹发 CAC 风险的未校正后 OR 为 1.72,校正年龄后的 OR 为 1.77。进一步校正心血管病诸公认危险因素,包括年龄、性别、高血压、肾小球滤过率、体质量、糖尿病、高血脂症等诸混杂影响因素及变量等后,UA 水平亦与 CAC 罹发风险增高明显相关(OR 为 1.84),尤其是在 UA 最高 3 分位均值者。可见高水平的 UA 与 CAC 罹发风险升高明显相关。

研究人员最后认为,在校正其他混杂影响因素及变量包括心血管病诸公认危险因素等后,高水平 UA 亦与 CAC 罹发风险增加明显独立相关。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2014-12-02

024 短程瑞舒伐他汀治疗可预防糖尿病和慢性肾病患者的造影剂所致急性肾损伤 [Han Y, Zhu G, Han L, et al. *J Am Coll Cardiol*, 2014, 63(1):62-70 (英文)]

造影剂所致急性肾损伤(CI-AKI)为注射造影剂后的主要不良并发症之一,一旦罹发 CI-AKI 对预后不利,尤其是在患有冠心病、糖尿病(DM)和肾性肾病(CKD)的患者。既往关于他汀类药物可预防 CI-AKI 风险尚少有报道,有关短程服用他汀类药物对 DM 和 CKD 者罹发 CI-AKI 的防治效用尚罕有报道,现就此进行分析。

受测对象为 2 998 例 2 型 DM 同时伴 CKD 的患者,并均为接受造影剂诊断者,年龄 18 ~ 75 岁。先期剔除对他汀类药物过敏、1 型 DM、ST 段抬高型急性心肌梗死、重度心力衰竭、血流动力学不稳定、对造影剂过敏、肝功能不全等后纳入研究。研究中凡血糖升高或正使用降糖药者均视为患有 2 型 DM,凡是肾小球滤过率降低或血肌酐升高等皆纳入伴有 CKD。同时评估各自血中 C 反应蛋白(CRP)、血脂、尿蛋白等变量。并均随机分为服用瑞舒伐他汀 10 mg/d 的治疗组 1 498 例,或素未用药的对照组 1 500 例,服用瑞舒伐他汀仅短程连续 5 d(造影前 2 d 始服至服达造影后 3 d 止),并于造影后 48 h、72 h 评估肾功能,凡造影后血肌酐升高 ≥ 0.5 mg/dL 或 72 h 内高于基线 0.25%,均视为罹发了主要终点 CI-AKI。最后在校正诸混杂影响因素及变量等后,比较分析两组间罹发 CI-AKI 风险间差异。

结果显示,两组间基线临床特征等均无明显差异,包括血糖、血肌酐及肾小球滤过率等。比较分析表明,治疗组较对照组罹发 CI-AKI 风险明显较低(2.3%:3.9%, $P = 0.01$),全因死亡风险两组无差异(0.2%:0.3%, $P = 0.50$),罹发心力衰竭恶化风险也明显偏低(2.6%:4.3%, $P = 0.02$)。多因素分析提示,校正其他变量及因素等后,唯使用瑞舒伐他汀和血红蛋白水平与降低 CI-AKI 罹发风险独立相关,次之为伴冠状动脉综合征、心功能等级、肾小球滤过率等。

作者认为,短程服用瑞舒伐他汀能有效降低 DM 和 CKD 患者的造影剂所致 CI-AKI 罹发风险。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2015-01-23

025 右室心肌梗死院内预后及其临床特点分析 [George S, Patel M, Thakkar A. *Int J Clin Med*, 2014, 5:459-463 (英文)]

右室心肌梗死(RVMI)较为常见,其并发症死亡风险均不低,包括低血压、颈静脉怒张、心源性休克、传导阻滞等。RVMI 常伴下壁心肌梗死(IWMI),然而目前关于 RVMI 伴和不伴 IWMI 相关院内预后及其临床特征等均不清楚,现就此进行分析。

受测对象为 100 例 IWMI 及 100 例 RVMI 伴 IWMI 患者,年龄 52 ~ 64 岁。研究中均对上述两组住院患者先期评估各自颈静脉怒张、低血压、第 3/4 心音、心脏杂音、心律失常、传导阻滞、血糖、血脂、心肌酶谱、肝肾功能、心电图特点、血流动力学等变量。最后在校正诸混杂影响因素及变量和心血管病诸公认危险因素(包括吸烟)等后,观察分析比较 RVMI 和 RVMI 伴 IWMI 患者相关院内预后及其临床特征等。

结果显示,在上述两组患者中,吸烟为最主要的危险因素之一,其中 IWMI 占 90%,RVMI 占 96%。比较分析表明,在 RVMI 患者中,38 例院内死于低血压休克,20 例院内死于心源

性休克;在 IWTMI 患者中,8 例院内死于低血压休克,2 例院内死于心源性休克;其中低血压为 RVMI 的主要不良临床指标;在 RVMI 患者中,室性心动过速较为常见。院内病死率在 IWTMI 患者中约占 12%,在 RVMI 患者中占 28%,可见 RVMI 患者较 IWTMI 患者院内死亡风险明显较高,其 RVMI 患者院内病死率占 28% 主要指在 RVMI 患者又同时伴 IWTMI 时。校正诸混杂影响因素及变量和心血管病诸公认危险因素等包括吸烟后,结果仍不变。

研究人员最后认为,上述调研结果表明,若当 IWTMI 患者同时伴 RVMI 时,不仅其院内死亡风险较高,且心源性休克发生率亦高,其院内预后不良,校正其他混杂影响因素及变量等后,结果仍未改变。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2015-01-15

026 脑卒中死亡风险与肥胖间不存在矛盾现象 [Dehlendorff C, Andersen KK, Olsen TS. *JAMA Neurol*, 2014, 71 (8): 978-984 (英文)]

既往有报道称,脑卒中死亡风险与肥胖间存在矛盾现象,即体质质量较轻者脑卒中死亡风险更高,然而其确凿关系尚存在争议。现就肥胖或身体质量指数 (BMI) 与脑卒中死亡风险间确切关系,进行超大样本调研分析。

受测对象为 71 617 例个体,且所有对象均为脑卒中注册个体,其中 53 812 例检测了 BMI,平均年龄 71.8 岁,女性为 47.2%,研究中均评估各自基线年龄、性别、生命体征、脑卒中严重度、脑卒中类型、社会经济状况、心血管病危险因素、BMI、受教育程度、吸烟、糖尿病、高血压、心房颤动、间歇性跛行、脑卒中史等变量。检测发现,在检测了 BMI 者中,低体质质量者占 9.7%、正常体质质量者 39.0%、超重者 34.5%、肥胖者 16.8%。在校正诸混杂影响因素及变量等后观察分析比较,BMI 与脑卒中死亡风险,尤其是第一周和第一个月内死亡风险间相关关系。

结果显示,在所有 71 617 例脑卒中患者中,第一个月死亡者 7 878 例 (11%),其中因脑卒中直接致死患者 5 512 例 (70%);而第一周内死亡患者 4 373 例 (6.1%)。比较分析表明,BMI 与脑卒中始发平均年龄呈逆相关关系 ($P < 0.001$),与吸烟、心肌梗死史、心房颤动、脑卒中史、高血压等均不明显相关。且在脑卒中第一个月内死亡患者中,脑卒中死亡风险在正常体质质量者 (设为参照组)、超重者 (HR 0.96)、肥胖者 (HR 1.0) 等间均无明显差异;在脑卒中第一周内死亡患者中,结果雷同。但在年龄明显较轻的高 BMI 者,脑卒中死亡风险却明显较高,校正其他混杂影响因素及变量和心脑血管诸公认危险因素后,结果仍未改变。

研究人员最后认为,该超大样本调研结果证实,脑卒中死亡风险与肥胖间并不存在矛盾现象;相反年龄明显较轻的高

BMI 者,脑卒中死亡风险明显较高,可见对年龄明显较轻的肥胖脑卒中患者,若将其体质质量降至正常,则可能对降低其脑卒中死亡风险有所裨益。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2014-12-21

027 轻度抗凝缺陷与静脉血栓栓塞风险间关系 [di Minno MN, Dentali F, Lupoli R, et al. *Circulation*, 2014, 129: 497-503 (英文)]

静脉血栓栓塞 (VTE) 较为常见,其并发症多、复发风险高。临床上常选用抗凝治疗,以期防治其复发。而临床上使用抗凝药时往往存在抗凝不足或过度,前者主要指仅轻度抗凝,定义为抗凝血酶原水平或活性 $< 70\%$,也包括部分抗凝血酶原水平或活性为 $70\% \sim 80\%$ 患者。然而迄今关于轻度抗凝缺陷与继后 VTE 复发风险间关系尚不清楚,现就此进行长程调研分析。

受测对象为 823 例首发 VTE 患者,均龄 48.3 岁,男性 41.9%。其 VTE 均经相关辅助检查予以证实。并在先期剔除不能使用维生素 K 拮抗剂 (VKA)、接受激素治疗、孕妇、肿瘤、S 和/或 C 蛋白缺乏、肝病等患者后纳入研究。研究中均接受 VKA 治疗,以期使抗凝血酶原水平或活性处于正常范围亦即 $80\% \sim 120\%$ 。并均于基线检测各自抗凝血酶原水平或活性,另据所测结果将其分为轻度抗凝缺陷,包括抗凝血酶原水平或活性 $< 70\%$ 、 $70\% \sim 80\%$,和正常抗凝者,其抗凝血酶原水平或活性均 $> 80\%$ 等 3 组。尔后人均用药并随访 8.7 年,在校正诸变量后比较分析,与抗凝血酶原水平或活性 $> 80\%$ 的正常抗凝者相比,轻度抗凝缺陷包括抗凝血酶原水平或活性 $< 70\%$ 、 $70\% \sim 80\%$ 者,其随访远期复发 VTE 风险间差异。

结果显示,在所有 823 例首发 VTE 患者中,包括 704 例静脉血栓患者 (85.5%)、30 例肺栓塞患者 (3.65%) 和 89 例静脉血栓 + 肺栓塞患者 (10.98%)。随访用药发现,抗凝血酶原水平或活性 $< 70\%$ 者共 37 例, $70\% \sim 80\%$ 共 42 例, $> 80\%$ 共 743 例,前两者均系轻度抗凝缺陷。且 VTE 的年复发率 $< 70\%$ 者 5.90% (19 例), $70\% \sim 80\%$ 者为 5.35% (20 例), $> 80\%$ 者为 3.31% (214 例),前两者 VTE 复发风险明显较高。校正 VTE 主要危险因素、抗凝时限等后,其继后 VTE 复发风险 $< 70\%$ 者 (HR 3.48)、 $70\% \sim 80\%$ 者 (HR 2.40) 均明显高于 $> 80\%$ 者,即使是在校正已知或未知主要危险因素及未复发的 VTE 等后,上述结果仍然不变。

本文表明,在首发后未复发的 VTE 者,即使是轻度抗凝缺陷 (抗凝血酶原水平或活性在 $70\% \sim 80\%$),亦将明显增加其继后远期 VTE 复发风险,可见规范正确的二级预防对防范首发 VTE 患者继后复发风险尤显重要。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2015-01-29