

## 文 摘

**003 急性冠状动脉综合征伴发颅内出血相关临床特征荟萃分析** [Mahaffey KW, Hager R, Wojdyla D, et al. *J Am Heart Assoc*, 2015, 4(6):1-7 (英文)]

急性冠状动脉综合征较为常见,其中又以非 ST 段抬高型急性冠状动脉综合征 (NSTEMI-ACS) 最为常见,而在后者中有些患者可伴发颅内出血 (ICH)。既往关于 NSTEMI-ACS 患者伴发 ICH 诸如发生率、相关预测指标及临床预后等临床特征尚不清楚,现就此进行文献汇总荟萃分析。

作者汇总分析了 4 项新近问世的 NSTEMI-ACS 相关抗血栓治疗试验,共涉及 37 815 例 NSTEMI-ACS 患者,多为接受了抗血栓治疗者,其中 135 例 (0.4%) 继后伴发了 ICH 事件,其中 45 例 (33%) 为致命性 ICH 事件,其 ICH 年发生率为 0.239% ~ 0.741%。最后在校正诸混杂影响因素及变量等后汇总分析, NSTEMI-ACS 患者其继后罹发 ICH 事件诸相关预测指标及其临床预后好坏等临床特征。

比较分析表明,在所有 NSTEMI-ACS 患者中,伴随伍用抗凝抗血小板药物数量的增加,伴发 ICH 事件率逐渐增多;且在伴发 ICH 事件中,年龄更大、伴高血压史、糖尿病、吸烟、冠状动脉搭桥术、伴脑卒中或短暂脑缺血发作 (TIA) 史及收缩压较高者明显居多。而伴发 ICH 者,伴大脑内出血占 50%,脑下腔出血占 31%,蛛网膜下腔出血占 18.5%,脑室内出血占 11%,约 33% 系致命性 ICH。在校正诸混杂影响因素及变量等多因素分析提示,可独立预测其继后罹发 ICH 的相关指标包括:增龄 (每增加 10 岁的 *HR* 为 1.61)、伴脑卒中或 TIA 史 (*HR* 为 1.95)、收缩压较高 [每增加 10 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 的 *HR* 为 1.09]、抗凝抗血小板药物剂量大多组合 (*HR* 达 2.06) 等。且 NSTEMI-ACS 患者继后伴发 ICH 事件,则预后往往更为不良。

研究者认为,在 NSTEMI-ACS 患者中伴发 ICH 并不常见,而高龄、伴有脑卒中或 TIA 史、收缩压较高、剂量大多组合伍用抗凝药等将增加其继发 ICH 风险,且约有 1/3 系因致命性 ICH 而死亡。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2015-11-25

**004 频发房性期前收缩和短阵房性心动过速增加脑卒中的风险** [Larsen BS, Kumarathurai P, Falkenberg J, et al. *J Am Coll Cardiol*, 2015, 66(3):232-241 (英文)]

脑卒中患者有 25% ~ 30% 病因不明,研究认为其中部分是由于隐匿性的心房颤动 (房颤) 引起。近年来的研究显示频发房性期前收缩能增加房颤发生的风险,也有研究报道其与脑卒中存在相关性,但认为脑卒中是继发于房颤而发生的。目前尚不清楚频发房性期前收缩和脑卒中的风险以及在发生脑卒中

前是否先出现房颤。现探讨频发房性期前收缩与缺血性卒中的独立相关性。

方法:采集哥本哈根动态心电图 (Holter) 研究的数据,该研究对哥本哈根市两个邮政编码区域的 55、60、65、71、75 岁的男性以及 60、65、71、75 岁的女性共 2 969 例进行问卷调查,了解心血管危险因素、药物应用及既往病史。排除合并房颤或既往有房颤史、缺血性心脏病、充血性心力衰竭、心脏瓣膜病、先天性心脏病、心绞痛、脑卒中、肿瘤以及其他危及生命的情况。最终入组 678 例受试者,进行空腹实验室检查、体格检查、连续 48 h 的 Holter 检查,评估两种房性心律失常,房性期前收缩和连续三个以上房性期前收缩构成的房性心动过速。频发房性异位心律 (ESVEA) 定义为房性期前收缩的频率 > 30 次/h,或连续 20 个以上房性期前收缩组成的房性心动过速。研究终点包括脑卒中以及全因死亡和脑卒中的联合终点。脑卒中的诊断依据为临床表现和 CT 及核磁共振成像的影像资料。房颤的诊断须具备心电图和/或心电遥测的记录资料,所有患者均接受抗凝治疗。

Kaplan-Meier 法比较不同组间的无事件生存率, Cox 比例风险模型评估频发房性异位心律出现研究终点事件的危险度。

结果:共 678 例患者入组研究,其中 99 例 (15%) 具有 ESVEA。平均随访 14.4 年,无患者失访。高龄、吸烟、血压较高以及具有较高 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 评分和较高 N 末端前脑钠肽水平者更易发生脑卒中。随访期间共 73 例患者发生脑卒中,其中 29% 患者的基线 Holter 检查发现 ESVEA。具有 ESVEA 的受试者脑卒中的年发生率为 2.15%,而无 ESVEA 者脑卒中的年发生率为 0.74% (*HR* 2.07, 95% *CI* 1.21 ~ 3.56)。当发生房颤时对受试者进行截尾处理后,具有 ESVEA 的受试者脑卒中的年发生率为 1.99%,而无 ESVEA 者脑卒中的年发生率为 0.72% (*HR* 1.96, 95% *CI* 1.10 ~ 3.49, *P* = 0.022)。在具有 ESVEA 且发生脑卒中的患者中,14.3% 在脑卒中发生前出现房颤。CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 评分 ≥ 2 分的 ESVEA 患者年脑卒中率为 2.4%,与房颤患者的风险相当。

研究认为,在这一中老年的人群中,ESVEA 患者发生缺血性卒中的风险增高,且不依赖于房颤,常在房颤出现前就已发生。

扬州大学临床医学院 江苏省苏北人民医院 谢勇摘译

收稿日期:2015-11-09

**005 收缩压与老年人慢性肾病和死亡风险间关系** [Lohr JW, Golzy M, Carter RL, et al. *J Am Soc Hypertens*, 2015, 9(1):29-37 (英文)]

慢性肾病 (CKD) 相对常见,除严重影响生活质量外,其并发症和死亡风险均高,尤其是在老年人中。既往关于收缩压

与老年人 CKD 罹患风险和总死亡风险间关系尚不清楚,现就进行了大样本长程相关调研分析。

受测对象为 15 221 例老年人,年龄均 $\geq 70$ 岁,男性居多。且先前均无 CKD 相关临床佐证。研究中均评估各自基线年龄、性别、种族、身体质量指数(BMI)、并存疾病、血管疾病如冠心病、外周血管病、脑血管病等,心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、肿瘤、高血压、血肌酐、血红蛋白、血脂等变量。同时测定各自基线血压,并据所测结果将其分为收缩压 130 ~ 139 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 3 kPa, 参照组)、 $< 130$  mm Hg、140 ~ 149 mm Hg 或更高各组。后人均随访 16.38 个季度。在校正诸混杂影响因素及变量等后观察分析比较,与收缩压为参照组者相比,其他各收缩压组与老年人随访继后新发 CKD[血肌酐升高和/或预计肾小球滤过率 $< 60$  mL/(min $\cdot$ 1.73 m<sup>2</sup>)]风险以及总死亡风险间相关关系。

结果显示,在对所有老人的随访期内,共有 16% 的个体新发 CKD。比较分析表明,与基线收缩压为参照组者相比,基线

收缩压为 140 ~ 149 mm Hg 或更高者,继发 CKD 风险明显增加,然基线收缩压 $< 130$  mm Hg 者,该风险却并未显示增高;而继发 CKD 患者年龄更大、女性居多、BMI 较高、血脂异常者多、血管疾病等亦多。且在所有老人的随访期内,共有 2 610 例(17.15%)死亡。比较分析提示,与基线收缩压为参照组者相比,基线收缩压为 120 ~ 129 mm Hg 或更低者,继后总死亡风险明显增加,收缩压 140 ~ 149 mm Hg 或更高者却不然,死亡风险反而降低,校正诸混杂影响因素及变量等后,结果仍不变。相反,基线舒张压却与之不相关。

作者最后认为,至少对于老年人群,理想收缩压若 $< 140$  mm Hg 即可有效防范继发 CKD 风险,但若收缩压过低并 $< 130$  mm Hg 反可增加继后总死亡风险。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2015-08-15

## 启事

本刊已开通网上投稿,我刊官方网站地址:<http://xxgbxzz.paperopen.com>

进入“作者投稿”,在“作者投稿管理平台”中投稿。

近期我刊发现一些网站冒用《心血管病学进展》名义征稿,并承诺“职称论文权威快速发表”。

我刊郑重提醒各位作者,我刊未委托任何中介机构征稿,向《心血管病学进展》杂志投稿,一定要登录《心血管病学进展》杂志的官方网站。

有任何问题咨询,可打电话:028-61318656,028-61318657 或邮箱联系:xxgbxjzcd@aliyun.com

《心血管病学进展》编辑部