

临床综述·教育

JAMA 临床指南概要

对存在心血管危险因素人群的健康生活方式咨询服务

Healthy Lifestyle Counseling in Persons With Cardiovascular Risk Factors

洛里 (Lorrie)·埃利奥特等

美国伊利诺伊州芝加哥市西北大学范伯格医学院临床医学系等

临床难题总结

在美国,心血管疾病是死亡的主要原因。近半数美国成人至少有一种 CVD 危险因素^{1,2},超重或肥胖者占 70%^{1,3}。CVD 死亡率在近期出现下降,部分归功于危险因素的改变⁴。体力活动和健康饮食与 CVD 事件发生率和死亡率的下降相关,但多数美国成人没有做到近期对体力活动和健康饮食所给出的建议^{4,5}。

指南来源的特征

该指南由美国预防事务特别工作组制定,美国预防事务特别工作组是一个由预防和循证医学领域的非联邦政府专家组成的独立志愿者小组(表)。该特别工作组包括初级医疗保健医师以及方法学与健康行为领域的专家。这部指南的制定与(美国)医疗保健研究与质量局(AHRQ)发起的一项系统评价协调一致。工作组成员进行了利益冲突披露,即在每次会议之前向 AHRQ 提供以下方面的信息:潜在的财务、商业/专业,以及与所涉及专题相关的知识(产权)方面的利益冲突。

证据基础

作者检索到 74 项试验,这些试验对存在 CVD 危险因素成人的健康生活方式咨询干预进行了研究。这些试验均被认为质量一般或者良好。在 74 项试验中,49 项涉及联合生活方式咨询(饮食和体力活动)干预,18 项包括饮食咨询干预,10 项只提供体力活动的咨询干预。咨询通常为中等到高强度。中等强度干预的接触次数中位数为 5 次[四分位间距(IQR)为 3~8 次],持续时间中位数为 9 个月(IQR 为 4~11 个月),与一名临床医师的交流时间为 31~360 分钟。高强度干预的接触次数中位数为 16 次[IQR 为 9~31 次],持续时间中位数为 12 个月

(IQR 为 8~18 个月),与一名医疗保健从业者的接触时间超过 360 分钟。

只有 5 项试验报告了包括死亡率在内的 CVD 事件。4 项试验发现 CVD 事件未减少。在这些试验中,3 项试验的心血管转归或死亡的事件发生率很低,平均低于 1%。只有 2 项试验的事件率高于 10%,只有 1 项试验(即危险因素干预试验 6)在 6.6 年的随访后报告了 CVD 事件方面的获益[相对危险为 0.71,95% 可信区间(CI)为 0.51~0.99,绝对危险下降 8%]。该试验参与者中的吸烟、糖尿病和既往心肌梗死率高,试验期间的死亡率为 21%,重要的是,干预包括了对心血管危险因素的医学管理。

剩余的 69 项试验评估了健康转归的中间指标(诸如血脂水平、血糖水平、血压、复合心血管危险评分、药物治疗的应用以及糖尿病发病率)和(或)健康行为转归(诸如自我报告的饮食摄入量和体力活动,或诸如最大耗氧量或尿钠排泄量等行为变化的客观标志物)。考虑到研究人群和干预类型的异质性,作者对其分析进行了分层,并进行了一项荟萃分析(应用了 59 项试验,这些试验有健康转归方面的原始数据),以估算咨询效应量对健康转归中间指标的影响。

益处和危害

在改变健康转归中间指标方面,联合生活方式干预轻度有效,总胆固醇(22 项试验)降低了 5.43 mg/dl (95% CI 为 7.97~2.89 md/dl),低密度脂蛋白胆固醇(17 项试验)降低了 3.69 mg/dl (95% CI 为 5.98~1.40 mg/dl),甘油三酯(10 项试验)降低了 8.33 mg/dl (95% CI 为 13.80~2.86 mg/dl),高密度脂蛋白胆固醇(14 项试验)升高了 0.97 mg/dl (95% CI 为 0.25~1.70)。(胆固醇转换为 mmol/L,乘以 0.0259)。收缩压(27 项试验)降低了 2.06 mm Hg (95% CI 为 3.03~1.08 mm

Hg),舒张压(21 项试验)降低了 1.30 mm Hg (95% CI 为 1.93~0.68 mm Hg)。体重(25 项试验)平均减少了 2~3 kg (4.4~6.7 磅), (下转 E3 版)

指南标题

对有心血管危险因素成人进行心血管疾病预防的行为咨询,以促进健康饮食和体力活动

制定者

美国预防事务特别工作组

发布日期

2014 年 8 月 26 日在线发布,2014 年 10 月 21 日以印刷版发布

既往版本

2002 年 11 月和 2003 年 1 月

资金来源

美国医疗保健研究与质量局

目标人群

在初级保健机构就诊、超重或肥胖、有已知心血管疾病(CVD)危险因素(高血压、血脂异常、空腹血糖受损或代谢综合征)的成人

主要建议

给超重或肥胖、且有已知 CVD 危险因素的成人,提供或转诊进行强化行为咨询干预,以促进健康饮食和体力活动(B 级推荐:高度确定净获益可达中等水平,或中度确定净获益可达中等至相当水平)。

表 指南评级

评级标准	评级
1. 建立透明度	良好
2. 指南制定组中利益冲突的管理	良好
3. 指南制定组的组成	良好
4. 临床实践指南—系统评价的交集	良好
5. 确立证据基础,并对指南每项推荐的强度进行分级	一般
6. 推荐意见的清晰度	良好
7. 外部评审	良好
8. 更新	一般
9. 实施问题	差

论著摘要

在急性心梗后射血分数低的医照患者中,置入式心脏复律除颤器的应用

Implantable Cardioverter-Defibrillator Use Among Medicare Patients With Low Ejection Fraction After Acute Myocardial Infarction

肖恩·D·波科尔尼(Pokorney)等 美国北卡罗来纳州达勒姆市杜克大学医学中心心脏科

意义 不建议在心肌梗死(MI)发生40天内使用置入式心脏复律除颤器(ICD),因此,在MI后治疗过渡期,可能不考虑ICD置入。

目的 在低射血分数(EF)的老年患者中,研究ICD置入率以及与其相关的死亡率。

设计、场所和参与者 这项回顾性观察性研究纳入MI后EF<35%的(美国)联邦医疗照顾保险(Medicare)受益者,这些患者于2007-2010年期间在美国441家医院接受治疗,剔除既往有ICD置入史的患者。随访数据截至2010年12月底。

暴露 MI发生后1年内置入ICD与MI发生后1年内未置入ICD相比。

主要转归和检测指标 出院后1年内接受ICD置入患者的特征,以及与ICD置

	MI后1年内接受 ICD置入(n=787)	MI后1年内未接受 ICD置入(n=9533)	校正的HR(95% CI)
既往有冠状动脉旁路移植术史	31%	20%	1.49(1.26 ~ 1.78)
肌钙蛋白峰值水平,中位数,正常上限的倍数	85	51	每升高10倍为1.02(1.01 ~ 1.03)
院内心源性休克	13%	8%	1.57(1.25 ~ 1.97)
出院2周内于心内科随访	30%	20%	1.64(1.37 ~ 1.95)

入相关的2年死亡率。

结果 在10318例EF≤35%的MI患者中,1年累计ICD置入率为8.1%(95%CI为7.6%~8.7%)。与1年内未接受ICD置入者相比,接受ICD置入患者更可能接受过冠状动脉旁路移植术,肌钙蛋白峰值水平较高,更可能发生院内心源性休克及出院后2周内于心内科接受随访。ICD置入

与2年死亡率较低相关[15.3次事件/100患者-年(838患者-年中发生128例死亡)对26.4次事件/100患者-年(11479患者-年中发生3033例死亡),校正的HR为0.64,95%CI为0.53~0.78]。

结论和相关性 在这项纳入2007年至2010年期间发生MI老年患者的大规模注册研究中,虽然ICD置入与较低的

危险校正的2年死亡率相关,但在10例有低射血分数、适合接受ICD置入的患者中,不到1例患者在MI后1年内接受了ICD置入。需要进行额外的研究,来确定循证方法,以提高符合条件患者中ICD的置入(率)。

[JAMA 2015; 313(24): 2433-2440. doi:10.1001/jama.2015.6409]

(司空银河译)

(上接E2版) 空腹血糖(18项试验)降低了1.86 mg/dl(95%CI为3.24~0.49 mg/dl),糖尿病发病率(6项试验)降低,其危险比为0.54(95%CI为0.34~0.88)。采用中和高强度干预措施时,在血压、血糖和体重方面的效应量类似。健康行为转归的改善与健康转归中间指标的改善一致。获益峰值出现在12~24个月期间,仅少数试验报告了长期结果。在这些试验中,报告的效应在更长期的随访中通常似乎不能持续。主要基于糖尿病预防项目⁷的结果,糖尿病发病率的降低可持续3年以上,该项目中的一种高强度干预,使3年时的糖尿病发病率降低58%。

18项试验研究了单纯饮食咨询的干预措施,10项研究评估了体力活动干预措施。在仅进行饮食咨询的干预中,发现了对血脂水平的积极作用,总胆固醇(9项试验)下降了3.75 mg/dl(95%CI为6.50~1.01 mg/dl),低密度脂蛋白胆固醇(7项试验)降低了4.27 mg/dl(95%CI为7.84~0.70 mg/dl)。在10项仅评估体力活动咨询的试验中,就健康转归中间指标而言,未表现出一致性的获益,在这些干预中,8项为中等强度,2项为高强度。

在10项专门评估(咨询干预措施)严重危害的试验中,没有咨询干预造成严重危害的证据。多数报告的危害为轻微的肌肉骨骼或胃肠道影响。

讨论

联合生活方式咨询干预的研究,主要是对健康转归的中间指标进行分析,有关临床终点的数据很少。当把这些干预措施应用到超重或者肥胖的成人中时,对中间标志物所产生的效应小。然而,这些结果有可能适用于大部分美国人群。干预的强度或许难以在初级保健机构中进行复制,就像干预的依从性在临床试验中通常较高一样。许多干预措施所需要的资源目前尚无法提供,或者现有卫生体系通常不能报销(诸如营养师、运动生理学家或者训练有素的健康教育者)。

未来需要研究或正在研究的领域

对较低强度联合生活方式咨询与中高

相关指南和其他来源

美国心脏学会有关减少CVD危险因素的2010科学声明
<http://circ.ahajournals.org/content/122/4/406.full.pdf+html>

美国预防事务特别工作组的肥胖筛查和管理文件
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/obesity-in-adults-screening-and-management>

心脏病预防危险因素干预的科克伦(Cochrane)数据库系统评价
<http://www.cochranelibrary.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD001561.pub3>

强度咨询进行比较的研究将会受到欢迎。最有效的咨询类型(说教式的教育、解决问题的技巧以及审核与反馈)仍在讨论中,接触类型以及频率也是如此。目前,在初级卫生保健机构中实施的咨询的有效性和依从性尚不清楚。目前尚不清楚结果在24个月 after 能否持续,或是否有必要持续维持干预。最重要的是,未来的试验应评估咨询(干预)对实际临床转归的影响,例如

CVD事件。由于事件发生率低,需要很大规模的研究,因而这些研究将充满挑战。应对需要最少卫生保健资源的咨询方法(诸如基于技术的咨询)进行评估。

[JAMA 2015; Vol(314)4:398-399]
(吴峰译)

本文的参考文献从略,需了解参考文献的读者请与本版编辑联系。