

急性卒中患者常规吸氧无用

在近期召开的第23届欧洲卒中大会上，英国基尔大学 Christine Roffe 报告的 SO2S 研究表明，急性卒中患者常规吸氧无明显益处。(源自 Medscape 网站)

据悉，该研究是迄今为止规模最大、结论最肯定的相关研究。Roffe 表示，“临床医生不能认为卒中患者可能缺氧就让其吸氧，最好是经检查确定患者缺氧后再进行治疗。”她建议，急救人员应检测患者的血氧饱和度。

实际上，于去年美国神经病学学会年会上报告的 SPOTRIAS 研究在仅纳入 85 例急性缺血性卒中患者后即叫停，因为吸氧组死亡率明显高于对照组(摘要号 S02.001)。2012 年，



丹麦研究者发表的一项 Meta 分析表明，常规给予急诊患者(包括心脏病、卒中、心脏骤停和慢性阻塞性肺病急性发作)吸氧，尤其高流量吸氧可能有害(Arch Intern Med. 2012, 172: 289)。在 2011 年欧

洲心脏病学会年会上，专家们认为，急性心肌梗死患者常规吸氧的危害大过益处。然而，这种做法却在临床实践中普遍存在，因为“心肌梗死是由于缺氧所致，从逻辑上来讲应该给予吸氧”。

SO2S 研究从英国随机入选了 8000 例在卒中发作 24 h 内入院的患者，根据给氧情况分为 3 组：72 h 持续给氧组、夜间给氧组以及不给氧组，给氧期间至少每 6 h 监测一次血氧饱和度。给氧组均采用经鼻给氧，基线血氧饱和度 <93% 和 ≥ 93% 时分别以 3 L/min 和 2 L/min 的速率给氧。

结果显示，吸氧后患者的血氧饱和度都有所改善，但吸氧对 90 d 残疾(改良 Rankin 量表评分 ≥ 2 分)这一主要终点无明显影响(OR=1.04)，持续吸氧相对于夜间吸氧也没有终点改善作用(OR=0.97)。与对照组相比，吸氧的患者在生存率上也无优势。

阿司匹林心血管病一级预防惹争议

5 月 2 日，美国食品药品监督管理局(FDA)发布消息称，现有证据不支持阿司匹林常规用于心脏病及卒中一级预防。FDA 指出，使用阿司匹林可增加胃出血或脑出血等不良事件风险，应用阿司匹林进行心血管病一级预防收益甚微。(FDA 官方网站)

然而，并非所有学术机构认可 FDA 的这一观点。美国心脏学会建议，冠心病风险较高者及 10 年心血管事件风险为 6%~10%、使用阿司匹林获益大于风险者应服用阿司匹林进行一级预防。

美国预防服务工作小组(USPSTF)强调，若应用阿司匹林后，45~79 岁男性在心肌梗死风险降低及 55~79 岁女性在卒中风险降低上的收益大于胃肠道出血风险，则应将阿司匹林用于心血管病一级预防。但 USPSTF 不建议年轻患者和 80 岁以上人群应用阿司匹林进行一级预防。



FDA 的这一声明也引发了临床医生的广泛讨论。在接受 Medscape 网站采访时，部分医生表示，在权衡利弊的情况下，他们仍会建议部分患者应用阿司匹林进行一级预防，包括有心血管病家族史或吸烟史者、心血管事件发生风险超过特定阈值者和糖尿病患者。为规避出血风险，可应用小剂量(81 mg)阿司匹林。

部分医生则支持 FDA 的观点，他们表示，只有合并较多危险因素的患者才考虑处方阿司匹林进行一级预防。另有医生表示，在阿司匹林一级预防的问题上，要具体情况具体分析，要与患者协商治疗方案，尤其要评估患者的用药风险。

冠脉钙化评分或可指导阿司匹林一级预防

MESA 队列研究的一项最新分析显示，当冠状动脉钙化(CAC)评分 ≥ 100 分时，服用阿司匹林进行心脏病一级预防的获益大于风险。(Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2014 年 5 月 6 日在线版)

美国心脏学会指南建议，10 年冠心病风险 ≥ 10% 者可服用阿司匹林。在 MESA 研究中，1/3 符合这一标准者的 CAC 评分为 0 分，而 1/10 不符合标准者的 CAC 评分 ≥ 100 分。

研究纳入 4229 例基线无糖尿病且未服用阿司匹林的受试者，平均随访 7.6 年。校正混杂

因素后，与 CAC 评分为 0 分者相比，CAC 评分 ≥ 100 分者的冠心病硬终点(包括非致死性心肌梗死、可复苏的心脏骤停和冠心病死亡)和心血管病硬终点(包括心血管事件及卒中)风险分别增加 3.19 倍和 1.85 倍。CAC 评分 ≥ 100 分的男性和女性使用阿司匹林进行一级预防有净获益。

对于 CAC 评分 0 分的男性，不管 Framingham 评分如何，服用阿司匹林的风险超过获益。而 CAC 评分 0 分的女性若标准评分也较高，服用阿司匹林的获益大于风险。

创伤和外科住院患者漏用低分子肝素是深静脉血栓形成的重要因素

目前，依诺肝素被广泛用来预防深静脉血栓形成(DVT)。然而，创伤和普通外科手术后的 DVT 发生率仍然很高。波兰一项最新研究发现，除年龄 ≥ 50 岁外，漏用依诺肝素也是 DVT 发生的重要原因。(JAMA Surg. 2014, 149: 365)

该研究还显示，在创伤和普通外科手术后的患者中，依诺肝素漏用的情况比较常见，这也是临床医生能改善的唯一 DVT 危险因素。研究者认为，对于有 DVT 风险的人群，应尽量降低依诺肝素预防性治疗的中断率。

在该项纳入 202 例创伤和普通外科住院患者的研究中，DVT 发生率为 15.8%；近六成(58.9%)患者至少漏用 1 次依诺肝素，而漏用依诺肝素的患者中 DVT 发生率约为不漏用依诺肝素的 6 倍(23.5%与 4.8%)。

二元 logistic 回归分析提示，仅年龄 ≥ 50 岁和漏用依诺肝素是 DVT 发生的独立危险因素。

研究者还发现，DVT 发生风险与依诺肝素注射频率无明显关系。

本版编译 朱柳媛

随机尿白蛋白也可用来筛查早期糖尿病肾病

来自我国台湾的一项最新 Meta 分析提示，在筛查糖尿病微量白蛋白尿时，随机尿白蛋白(UAC)的准确性堪比尿白蛋白/肌酐比值(ACR)，而所需费用明显减少。(JAMA Intern Med. 2014 年 5 月 5 日在线版)

主要研究者 Hon-Yen Wu 表示，尽管随机 UAC 水平的筛查准确性并未高于 ACR，但其费用较低，这

在卫生保健资源有限而糖尿病发病率不断攀升的情况下大规模筛查微量白蛋白尿更占优势。他强调，“在需要确切的测量值、门诊患者的依从性良好或同时需要用 24 h 尿标本中检测肌酐清除率、儿茶酚胺、尿素氮或电解质等其他指标时，可考虑收集 24 h 尿标本筛查微量白蛋白尿。”

这项 Meta 分析纳入

14 项相关研究、2078 例受试者，采用 24 h 尿标本作为筛查微量白蛋白尿的参考标准，比较随机 UAC 水平与 ACR 对筛查微量白蛋白尿的敏感度和特异度。结果显示，随机 UAC 水平与 ACR 的敏感度分别为 0.85 和 0.87，特异度均为 88%。两种筛查方法在敏感度、特异度和诊断优势比上均无显著差异。

促进心血管健康策略亦能预防糖尿病



2010 年，美国心脏学会提出理想心血管健康策略，包括 7 个指标：不吸烟或戒烟 >12

个月、体重指数 <25 kg/m²、每周至少 75 min 强烈运动、健康膳食达到 4~5 项、非治疗状态下总胆固醇 <200 mg、血压 <120/80 mmHg、空腹血糖水平 <100 mg。

(Circulation. 2010, 121: 586) 纳入 1639 例美国印第安纳受试者的强心家族

研究(Strong Heart Family Study)最新数据表明，只要达到上述 7 个健康指标中的 2~3 个，糖尿病风险即可显著降低。5 年随访期间，与健康指标只达到 0~1 个者相比，达到 2~3 个和 4 个以上健康指标的受试者罹患糖尿病的风险分别降低 60% 和 89%。

(Diabetes Care. 2014 年 5 月 7 日在线版)

内科住院患者常规预防性抗栓有大出血风险

美国密歇根医院用药安全协会开展的一系列大规模观察性研究表明，对于非手术、非重症监护室(ICU)住院患者，常规进行静脉血栓栓塞(VTE)预防并不能预防症状性深静脉血栓形成或肺栓塞，反而增加大出血风险。(源自 ecardiologynews 网站)

主要研究者 Scott Kaatz 表示，实际上普通内科住院患者中 VTE 发生率非常低，VTE 预防措施没有明确的效果，反而可能带来危害。密歇根医院用药安全协会强调：脑转移、颅内监测仪、24 h 内头颅或脊柱重度创伤、6 个月内胃肠道或生殖泌尿

道或其他部位出血、1 年内颅内出血及血小板计数 <50 × 10⁹/L 为 VTE 预防禁忌证。

研究显示，2011 年第一季度至 2013 年第二季度，在密歇根除手术、ICU 和产科患者以外的其他成年住院患者中，入院时接受 VTE 预防者比例从 59.2%

攀升至 76.4%；即便在有出血风险的患者中，VTE 预防率也升高近 2 倍。然而，上述观察期间症状性 VTE 发生率几乎维持不变，平均约为 0.56%。在 26 205 例接受 VTE 预防的内科住院患者中，2 年内大出血发生率增加 2 倍(0.2% 与 0.6%，P=0.052)。

