

# 欧美同发非心脏手术心血管管理指南

## 旧版指南根据的研究涉嫌伪造证据， $\beta$ 受体阻滞剂地位均被下调

8月1日，美国和欧洲的心脏病学学会分别发布最新版的非心脏手术患者心血管管理指南，在指南中阐明了后 DECREASE 时代  $\beta$  受体阻滞剂的地位。

欧美旧指南建议均基于 DECREASE 研究结果，鉴于其主要研究者因伪造研究数据、违反学术诚信被解雇，研究有效

性可疑，新版指南在推荐时均未采用该研究。

对于他汀类药物，美国新指南的推荐变化不大。欧洲新指南也推荐已经接受调脂药物治疗的患者围术期应继续用药（I，C）；接受血管外科手术的患者可考虑使用调脂药物，最好术前两周开始用药（II a，B）。

### 欧洲指南

由欧洲心脏病学会和欧洲麻醉学会发布，在线刊登于《欧洲心脏杂志》。该指南不推荐  $\beta$  受体阻滞剂用于无临床危险因素的患者。指南委员会主席 Steen Dalby Kristensen 指出，低危患者使用  $\beta$  受体阻滞剂无获益，且不良反应尚不确定，中危患者使用该类药物仍存争议。

☆推荐术前接受  $\beta$  受体阻滞剂的患者继续应用该类药物（I，B）；

☆接受高危手术的患者，如果有  $\geq 2$  个心血管危险因素，术前可考虑使用  $\beta$  受体阻滞剂（II b，B）；

☆有缺血性心脏病或心肌缺血的患者，可考虑术前启动  $\beta$  受体阻滞剂（II b，B）。

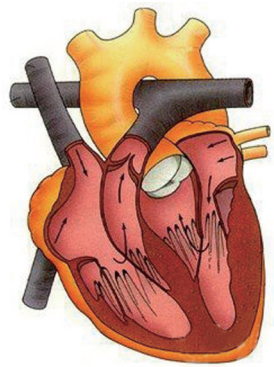
### 美国指南

由美国心脏病学院和美国心脏学会发布，同时在线刊登于《美国心脏病杂志》和《循环》杂志。该指南部分下调了对  $\beta$  受体阻滞剂的推荐等级。指南强调，无危险因素患者围术期启动  $\beta$  受体阻滞剂是否获益尚属未知，其长期适应证尚未明确。

☆对于术前长期使用  $\beta$  受体阻滞剂的患者，推荐围术期继续服药（I，B）；

☆对于术前有中危或高危心肌缺血记录的患者，启动围术期  $\beta$  受体阻滞剂治疗是合理的（II b，C）；

☆对于有  $\geq 3$  项危险因素的患者，术前启动  $\beta$  受体阻滞剂是合理的（II b，B）。



## 肥厚型心肌病 女性预后差

阜外心血管病医院惠汝太等进行的显示，女性肥厚型心肌病（HCM）患者的生存率更低且心衰风险更大。（PLoS One. 2014;9:102969）

该研究纳入 621 例不伴心衰的 HCM 患者。与男性患者（460 例）相比，基线时女性患者的确诊年龄更大、左室流出道梗阻比例更高。平均随访 4 年，生存分析显示，女性较男性患者的全因死亡率、心血管死亡率和慢性心衰发生率更高。校正多重混杂因素后，女性仍是这三种不良预后的独立危险因素（HR 分别为 2.19、2.19 和 1.73）。

但亚组分析提示，女性仅为 50 岁以下患者的危险因素。

## BMJ 更正他汀文章

### 原文高估他汀不良反应 100 倍，揭发者不满意处理

“独立专家组”在审查了《英国医学杂志》（BMJ）提交的有关 2013 年 10 月发表的两篇他汀类药物文章的决议后指出，“这两篇文章不符合任何撤稿标准”，赞同进行更正。文章作者已一致同意撤销各自文章中有关他汀类药物不良反应的声明，目前相关更正通知已在线发布。（BMJ. 2014 年 8 月 2 日在线版）

这两篇文章均引用了一项早期观察性研究的结果，即服用他汀类药物的患者估计有 18%~20% 会发生不良反应。然而，使

### Independent statins review panel report

The independent panel of internationally renowned experts asked by the BMJ to review its handling of two articles that contained the same error has reported its findings, and were unanimous in their decision that the two papers do not meet any of the criteria for retraction, endorsing The BMJ approach.

After a two-month review, the panel has advised The BMJ that its handling of the two articles was appropriate and that its processes were timely and reasonable.

They have made some recommendations to strengthen our processes, and we will address those. They have also called for the individual patient data to be made available for independent scrutiny. Patients and their doctors need access to all relevant information to make informed decisions about their health.

BMJ 警觉到这一错误并要求撤销整篇文章的知名胆固醇研究者、英国牛津大学的 Rory Collins 认为，这还远远不够。

Collins 表示，专家组结论并未出乎意料，因为整个专家组由 BMJ 编辑邀请，除 1 位之外，所有成员均与 BMJ 关系密切。

他认为，“BMJ 已经错过了纠正科学记录的机会，结果可能是患者和医生被误导”。而且，还存在尚未解决的其他错误，如肌病发生率应为 0.05%，而不是 5%。他很遗憾 BMJ 并未对这个问题追根究底，没能正确地独立完成这一审查。

## TAVR：导管室与杂交手术室相比“物美价廉”

目前，北美大部分经导管主动脉瓣置换术（TAVR）是在杂交手术室中开展，而在世界范围内，大多数 TAVR 是在导管室中进行。新研究显示，与在杂交手术室中开展相比，在导管室开展 TAVR 可大大节约成本，且预后良好。（JACC Cardiovasc Interv. 2014 年 8 月刊）

埃默里大学医学院 Vasilis Babaliaros 等回顾了导管室（无全身麻醉或经食道超声心动图，70 例）或标准杂交手术室（72 例）行经股动脉 TAVR 患者的结果和成本。结果发现，导管室治疗组患者手术时间、总重症监护室时间、住院时长以及花费均显著降低。组间 30 d 死亡率、

30 d 卒中 / 短暂性脑缺血发作以及中度至重度瓣周漏无差异。平均随访 435 d 发现，组间生存率亦无差异。

Babaliaros 等认为，随着新一代 TAVR 系统获得批准，经股动脉极简策略所实现的成本节约可能会变得更为显著，这将使得更多患者能够接受经股动脉 TAVR。

## 每日“5 份”果蔬可降低死亡风险



近日，山东大学公共卫生学院研究人员发表的一项研究定量描述了水果 / 蔬菜和死亡之间的关系。与每天不摄入蔬菜水果者相比，若每日多摄入 1 份蔬菜，死亡率平均下降 5%，多摄入 1 份水果，死亡率下降 6%。但摄入量超过 5 份之后，死亡风险不再进一步降低。（BMJ. 2014;349:4490）

该 Meta 分析汇总了 16 项研究，随访 4.6~26 年，共纳入超过 83 万人。

研究采用“份”作为计量单位，1 份蔬菜的重量定义为 77 g，1 份水果的重量定义为 80 g。

结果发现，与不摄入水果 / 蔬菜相比，每日摄入 1 份水果 / 蔬菜，死亡风险下降 8%，摄入 2 份和 3 份可分别使死亡风险下降 15% 和 21%；摄入 5 份或更多水果 / 蔬菜死亡风险降低 26%，但增加摄入量没有进一步降低死亡风险。

此外，分析还发现，该获益主要来自于心血管死亡的减少。在 5 份之内，每增加 1 份水果 / 蔬菜，心血管死亡风险下降约 5%。但未观察到摄入水果 / 蔬菜与癌症死亡率的相关性。

## 少量运动即可延长寿命

近期研究发现，相对于从不跑步者，每天仅跑步几分钟或只是慢跑，也可显著降低全因死亡和心血管死亡风险。（J Am Coll Cardiol. 2014; 64:472）

研究者调查了 55 137 例 18~100 岁的成年人，以此来确定跑步和长寿之间是否存在联系。平均随访 15 年，共发生 3413 例全因死亡，其中 1217 例死于心血管。

在该人群中，有 24% 的人表示跑步是他们闲暇运动的一部分。与不跑步者相比，跑步者的校正后全因和心血管死亡风险分别降低



30% 和 45%，预期寿命延长 3 年。

而且，即使每周跑步不足 51 min、距离不超过 6 英里、速度不超过每小时 6 英里，或者每周只跑一两次的受访者，其死亡风险也比不跑步者低。而坚持跑步者的受益最为显著，其全因死亡和心血管死亡风险分别降低 29% 和 50%。

编译 牛艳红

## ICD 感染与多重因素相关

近期研究发现，埋藏式心脏复律除颤器（ICD）感染患者多存在需早期再次干预的 ICD 围术期并发症，既往瓣膜手术，以及电池耗竭之外原因造成装置更换。研究者提示，任何时候，如果要将 ICD 重新放入囊袋时，都要小心

谨慎，而不仅仅是更换电池时。（Circulation. 2014 年 7 月 31 日在线版）

该研究纳入 200 909 例 ICD 置入术后患者，其中 3390 例（1.7%）患者发生 ICD 感染。单腔、双腔和双室 ICD 感染率分别为 1.4%、1.5% 和 2.0%（ $P<0.001$ ）。

分析显示，感染相关因素包括：置入除颤器时发生需再次干预的不良事件，既往心脏瓣膜手术，由装置升级、故障或制造商建议等所致再置入，因肾功能衰竭接受透析治疗，慢性肺病，脑血管疾病及应用华法林抗凝等。

