

心肺复苏时使用肾上腺素有害 “鸡生蛋”还是“蛋生鸡”？

心肺复苏时，肾上腺素的使用一直争议不断。近期巴黎一项研究又发现，对于院外心跳骤停幸存者，肾上腺素的使用与脑神经功能不良结局增加有关。（J Am Coll Cardiol. 2014;64:2360）

其实，这是一个悖论：需用肾上腺素者或用量较大者，肯定有问题，要么持续室颤，要么顽固性低血压，预后差。所以这又回到“鸡生蛋”和“蛋生鸡”逻辑上，是有问题的人使

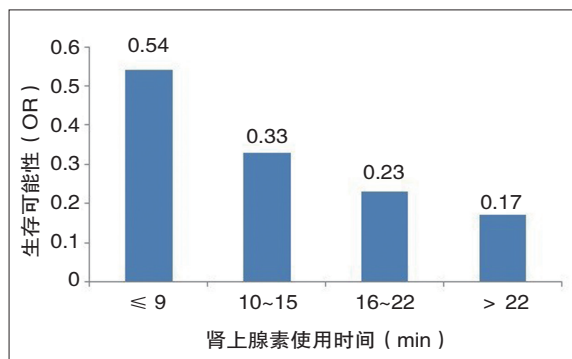


图1 使用肾上腺素的时间与预后的关系

用了肾上腺素，还是肾上腺素使患者出了问题？

研究分析 2000-2013

年 1556 例院外心跳骤停患者，有 3/4 使用过肾上腺素。31% 患者生存出院。

使用肾上腺素的患者中，脑神经功能结局良好者占 17%，而没有使用肾上腺素者，脑神经功能结局良好者达 63%。在校正各种因素后，使用肾上腺素与不良预后仍然相关。

研究还发现，肾上腺素用量越大，效果越差；肾上腺素使用越早，效果也越好（图 1）。

这项研究虽然观察的是肾上腺素使用和预后的关系，实际仍反映了心脏急救的黄金定律：“时间

就是生命”，越早心肺复苏，抢救的成功性就越大。在心脏早期，有些情况根本就不需要使用肾上腺素，仅仅电除颤就可。错过了最佳时机，用什么药也不管用。

研究者认为，该研究不是随机对照试验，并没有关于心跳骤停时，为何使用或不使用肾上腺素的原因。及时使用肾上腺素，可改善预后，但肾上腺素用量过大，确实有害。但我们还有其他的选择吗？

政策指南



NICE：治疗肺炎慎用抗菌药

针对医生常对病毒性肺炎患者误处方抗菌药问题，近日，英国国家卫生保健优化研究所（NICE）发布指南，建议医务人员治疗肺炎时慎重使用抗菌药。（PMLive 网站）

抗菌药对病毒感染无效，并能导致不良反应，增加细菌耐药性。NICE 新指南建议，若医生不清楚患者的肺炎是病毒性感染还是细菌性感染，则应对患者进行 C 反应蛋白检测。医院应出台相应制度，应在患者住院后 4 h 内对肺炎作出诊断与治疗。此外，建议处方抗菌药治疗时长取决于患者疾病的严重程度，对于严重程度低的肺炎患者应提供 5 d 短疗程、单一抗菌药治疗，而非标准的 7 d 疗程。



焦点争鸣

肝硬化并发急性静脉曲张破裂出血 未必都需预防性应用抗菌药

加拿大一项回顾性研究显示，肝硬化并发急性静脉曲张破裂出血（AVH）者不同 Child-Pugh 分级，预防性应用抗菌药获益不同。（Clin Gastroenterol Hepatol. 2014 年 11 月 21 日在线版）

预防性抗菌药治疗被推荐用于肝硬化并发急性静脉曲张破裂出血患者。该研究纳入 381 例成人肝硬化合并 AVH 患者，70% 为男性，平均年龄 56 岁。结果显示，54% 患者接受了预防性抗菌药治疗，抗菌药治疗与感染风险低

（OR=0.37）及死亡风险低（OR=0.63）相关。接受抗菌药治疗的 Child-Pugh A 级患者中，仅 2% 发生感染，0.4% 死亡。Child-Pugh B 级患者中，抗菌药治疗患者感染率低于未治疗者，6% 与 14%；但是两者死亡率无差异。Child-Pugh C 级患者，抗菌药治疗者的感染和死亡率较未用抗菌药治疗患者减少 50%。未预防性应用抗菌药情况下，Child-Pugh A 级患者细菌感染率和死亡率均较 Child-Pugh B 和 C 级患者低。

JUPITER 预设分析：他汀未降低骨折风险

JUPITER 研究预设分析显示，他汀治疗不能预防骨折，且基线超敏 C 反应蛋白（hs-CRP）水平较高的患者骨折风险并未高于 hs-CRP 水平较低者。不支持用调脂药降低患者骨折风险。（JAMA Intern Med. 2014

年 12 月 1 日在线版）

既往有观察性研究提示，他汀可降低骨折风险。JUPITER 研究纳入 17 802 例基线 hs-CRP 水平升高（≥ 2 mg/L）的男性（≥ 50 岁）和女性（≥ 60 岁）个体。中位随访 1.9 年，431 例发生骨折。他汀组和安慰剂组分别发生 221 例和 210 例骨折，无显著差异。按骨折类型分析，两组骨折风险亦无显著差异。男性和女性均未因他汀治疗而降低骨折风险。基线 hs-CRP 水平高低与骨折风险无显著差异。



研究视界

慢性心力衰竭合并高血压患者

已用 ACEI 或 β 受体阻滞剂者不再用 ARB

SUPPORT 试验证实，有慢性心力衰竭（CHF）的高血压患者中，在血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和（或）β 受体阻滞剂基础上添加血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）奥美沙坦并未改善临床结果，且实际上使肾功能恶化。（来源 Medscape）

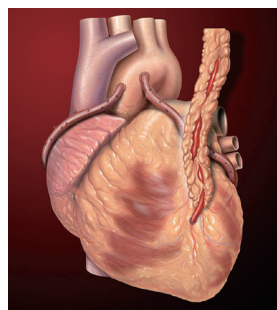
研究纳入 1147 例有症状性 HF（93% 为 NYHA 2 级）、接受

ACEI 和（或）β 受体阻滞剂但未接受 ARB 治疗的成人高血压患者，随机分配为对照组或接受奥美沙坦（滴定至 40 mg/d）。患者血压控制良好，平均为 128/74 mmHg。随访 3~6 年发现，奥美沙坦治疗并未降低全因死亡率、非致死性心肌梗死和因 HF 住院主要复合终点发生率（29.2% 与 33.2%，P=0.112）。除奥美沙坦

使高血压已得到良好控制的患者肾功能恶化外，两组在主要终点及次要终点上亦无差异。

杜克大学 Eric J Velazquez 表示，这一总体无改善的研究结果“令人失望，但却并不出乎意料”，因为指南并不强调血压得到控制时的额外治疗需求，且既往试验证实 ACEI 或 ARB 在这一人群中的任何获益。

心脏周围脂肪增多者心脏搭桥术后房颤发生率高



希腊一项研究显示，心脏周围脂肪量增多是冠脉旁路移植术（CABG）后出现房颤的危险因素。（Eur J Cardiothorac Surg. 2014;46:1014）

研究纳入 2012 年 1 月至 12 月 83 例行停跳 CABG 的患者，使用多排

CT 测量患者心脏周围脂肪量。研究发现，28 例患者（33.7%）术后出现房颤，无其他特殊合并症。单变量分析中，出现房颤患者心脏周围脂肪量较未出现房颤患者明显增多（42.4 mm 与 39.3 mm），左房直径增大可增加术后

房颤发生，胃转流术前使用钙拮抗剂可降低术后房颤的发生。多变量 logistic 回归分析显示，心脏周围脂肪量是术后房颤最重要因素（OR=1.018）。心脏周围脂肪量 > 129.5 ml 时，提示 CABG 术后易发房颤。

生物制剂合并甲氨蝶呤治疗类风关停药率低

一项研究显示，甲氨蝶呤与生物制剂合用治疗类风湿关节炎（RA）较其他药物合用，因不良事件停药率最低。（Semin Arthritis Rheu. 2014 年 11 月 17 日在线版）

该研究纳入 1202 例 RA 患者，平均疾病持续时间为 9.9 年，治疗药物包括抗风湿药柳氮磺胺吡啶、生物制剂（阿达木单抗、英夫利西单抗等）、

甲氨蝶呤、抗疟药和来氟米特。不良事件分为轻（需降低剂量或无需改变治疗）、中（需中止治疗）或重（需中止用药并住院或死亡）。97.4% 的患者使用抗风湿药治疗，以甲氨蝶呤为主；20.7% 患者使用生物制剂；33.8% 患者合用抗风湿药与生物制剂。

结果显示，共出现 158 项不良反应，发生

率为 15.2/100 人·年，合并用药患者发生率为 27.5/100 人·年，单药治疗患者为 9.1/100 人·年，单用抗风湿药与生物制剂患者不良反应发生率相似。最常见不良反应为胃肠症状和感染。80.4% 的不良事件需中止药物使用。高龄、治疗持续时间、近期疾病发作及使用糖皮质激素是不良事件停药的独立因素。

研究者发现，生物制剂与来氟米特（HR=1.7）、来氟米特与抗疟药（HR=1.5）、甲氨蝶呤与来氟米特及抗疟药合用（HR=2.5），不良事件停药率增加。甲氨蝶呤与生物制剂合用较其他药物合用，因不良事件发生而终止治疗率最低（HR=0.24）。

编译 裘佳