

地高辛增房颤和心衰患者死亡风险

无监测条件者，不建议剂量超过 0.25 mg/d，以免发生洋地黄中毒

德国一项 Meta 分析显示，使用地高辛增加患者死亡风险，尤其是对于房颤患者。（Eur Heart J.2015 年 5 月 4 日在线版）

既往研究关于使用地高辛对房颤患者或慢性心力衰竭（CHF）患者死亡率的影响结果存在争议。该研究检索了 1993-2014 年 MEDLINE 和 Cochrane 数据库中关于地高辛对房颤或 CHF 患者全因死亡率影响的英文文献，最终纳入 19 项研究的 326 426 例患者。其中，9 项为关于房颤患者，7 项研究为 CHF 患者，3 项为房颤和 CHF 共病者。

结果显示，地高辛与死亡率增加相关（HR=1.21）。在 235 047 例房颤患者亚组分析中，使用地高辛增加 29% 的死亡风险；91 379 例 CHF 患者的亚组分析显示，使用地高辛增加 14% 的死亡



风险。

对于该 Meta 分析结论，河北省人民医院老年病科郭艺芳教授表示：“首先需要强调的是，除了少数设计严谨的随机化对照临床试验外，任何一项观察性临床研究及以此为基础的 Meta 分析结论均不能直接影响临床实践。正如该文作者所言，这项 Meta 分

析存在诸多局限性，其结果只能为将来更为深入的研究提供线索，并不能将其视为最终结论，更不能贸然为心衰患者停用地高辛（突然停药有可能导致严重不良事件的发生）。”

此外，PROVED 试验、RADIANCE 试验及 DIG 试验等既往研究显示，心衰患者应用地高辛治疗可

缓解患者临床症状，但对预后呈中性影响，因此，现行国内外心衰治疗指南中仍保留了对该药的推荐，只是其地位逐渐下调。

郭艺芳教授认为，在获取更多研究证据之前，以下情况下仍可考虑为心衰患者应用地高辛治疗：

☆ 慢性收缩性心衰患者经过利尿剂、ACEI 或

ARB、β 受体阻滞剂以及醛固酮拮抗剂充分治疗后，LVEF 仍 < 45% 有心衰症状者。无临床症状的心衰患者以及舒张性心衰患者不建议使用该药治疗。

☆ 慢性收缩性心衰伴快速房颤且不能耐受 β 受体阻滞剂治疗者，或经 β 受体阻滞剂治疗效果欠佳者（可联合应用 β 受体阻滞剂与地高辛）。

☆ 急性心衰伴快速心室率房颤的患者。

应用地高辛治疗时，一般日剂量不超过 0.25 mg，老年人或肾功能减退者应减小剂量。为控制快速房颤患者的心室率，有时需用至较大剂量（一般不超过 0.5 mg/d），此时需密切观察其不良反应，并注意监测地高辛血药浓度。无条件监测者，不建议使用超过 0.25 mg/d 的剂量，以免发生洋地黄中毒。

研究视界



肥胖者抗凝出血风险升高 84%

2015 年动脉硬化、血栓形成和血管生物学/外周血管疾病科学会议上，美国一项研究显示，接受华法林治疗的患者中，与非肥胖患者相比，肥胖患者因大出血入院率升高 84%，且随肥胖严重程度增加，大出血风险逐渐升高。

（Medscape 网站）

肥胖患者在使用香豆素进行抗凝治疗时常需加大剂量和延长治疗时间，以达到治疗性 INR 水平。该研究回顾了 2013-2014 年在抗凝门诊的 863 例接受华法林治疗的患者数据，平均 71 岁。约 60% 的患者体重正常（BMI 18.5~24.99 kg/m²）或超重（BMI 25~29.99 kg/m²）；其余患者分为肥胖 I 级（BMI 30~34.99 kg/m²，21%）、II 级（BMI 35~39.99 kg/m²，9%）和 III 级（BMI > 40，11.3%）

结果显示，随访 1 年内，71 例（8.2%）患者发生出血事件，其中 38 例（4.4%）为大出血需要住院，包括消化道出血、腹膜后出血或颅内出血。另外有 33 例患者（3.8%）为非大出血，包括鼻出血、血尿、阴道出血和皮肤出血等。肥胖（BMI > 30 kg/m²）与出血风险升高显著相关（HR=1.84）；随着肥胖者 BMI 增加，出血风险升高。

行业资讯

英国治疗人格障碍处方过度 或为图省事

英国一项研究发现，精神科医生在给大多数情绪不稳定型人格障碍（EUPD）患者使用药物治疗时，常会超出最佳临床实践指南。相关社论认为其原因可能是“治疗太费时”。（J Clin Psych.2015;76:512）

研究者发现，2600 例人格障碍患者中，超过 2/3（68%）被诊断为 EUPD。几乎所有（92%）患者曾接受抗抑郁剂或抗精神病药物治疗。研究者指出：“在英国，使用抗精神病药

物治疗的 EUPD 患者已远超出批准适应症，应引起重视。”

相关社论指出：“我们知道，一些专业治疗措施，如辩证行为疗法及心理化基础疗法等，对于大多数病例有益，但通常不是速效的。治疗需要时间，且人力资源成本较高。这使忙碌的临床医生选择了不适合的治疗方案。最简单的方法就是，针对目标症状的药物疗法，而非关注总体人格障碍问题。”

“体外诊断试剂质量万里行”启动

本报讯（记者 王蕾）5 月 12 日，由国家食品药品监督管理总局（CFDA）医疗器械监管司指导，中国医药新闻信息协会主办的我国首届“体外诊断试剂质量万里行”活动在京启动。

体外诊断试剂涉及诊断、治疗方案选择、疗

效评价等疾病诊治的全过程，需求量大，直接关系到人民群众切身利益。为此，CFDA 医疗器械监管司孙磊副司长表示，CFDA 在 2015 年集中开展体外诊断试剂质量评估和综合治理工作，以推动企业、医疗机构强化质量和守法意识，提高管理能力，促进诚信体系建设和质量管理水平提升，引导产业健康发展。

本版编译 裘佳

专家视角

美两成患者会自行停用抗抑郁药

抗抑郁药通常在规律服药数周后才会起效，在此过程中用药依从性特别重要。美国一项研究发现，被处方抗抑郁药的患者中，约 20% 会在未告知医生的情况下自行停药。倾向于自行停药的患者特征包括年龄小、被诊断为抑郁共病焦虑或精神活性物质使用障碍、在普通医疗环境下接受治疗而非由精神科医生或其他精神卫生专科医生治疗。（Psychiatr Serv.2015;66:455）

该研究纳入 2001-2003 年曾服用 1 种或以上



抗抑郁药的 1411 例参与者。分析发现，1098 例参与者（76%）报告曾持续用药，313 例（22%）报告在无医生建议或许可的情况下擅自停药。其中，18~30 岁患者（OR=3.09）、合并焦虑障碍（OR=2.58）、精神活性物质使用障碍（OR=2.84）者，更易自行停药。与由精神科医生

处方抗抑郁药的参与者相比，由初级保健医生及其他非精神科医生处方的参与者，自行停药率更高（OR=2.26）。此外，参与社会保险者的自行停药率显著低于参与商业保险的患者（OR=0.44）。受教育水平越高者，自行停药的可能性较小。

最常见的停药原因包括不良反应（20%）及药物无效（21%）。且相当数量的自行停药行为是因为参与者希望通过非药物治疗方式解决自己的精神健康问题。

指南推荐

我国白内障围手术期非感染性炎症反应防治专家共识发布



目前临床主要用于控制和治疗炎症反应的药物包括糖皮质激素和非甾体类抗炎药，临床应用存在

乱象。近日，中华医学会眼科学分会白内障与人工晶状体学组制定了《我国白内障围手术期非感染性炎症反应防治专家共识（2015 年）》，就我国白内障围手术期非感染性炎症反应的防治方案和基本原则达成了共识。（中华眼科杂志.2015;51:163）

共识建议，对于合并葡萄膜炎、糖尿病、高度近视眼、青光眼者，糖皮质激素反应过强者、儿童白内障患者，行飞秒激光辅助白内障摘除术、囊外白内障摘除术或其他复杂白内障摘除术等者，均为术后炎症反应的高危人群，且术后并发症风险高。为了有效防治术后并发

症，于术前和术后使用抗炎药物十分必要。应结合患者病情决定给药剂量、途径等，个体化使用抗炎药。除局部用药外，围手术期应全身使用糖皮质激素等治疗，并进行定期监测及增加随访频次。对于合并葡萄膜炎的白内障患者，白内障摘除术后可考虑加用睫状肌麻痹剂。