

部分卒中患者 6 h 后仍可介入治疗

CT 灌注扫描有助筛查可获益的缺血性卒中患者

近日,2016 年美国卒中学会国际卒中大会(ICS-2016)上报告一项研究显示,通过对缺血性卒中患者行 CT 灌注扫描,对神经系统表现典型的卒中患者进行血管内介入治疗,可超出 6 h 的时间窗限制。(Medscape 网站)

既往认为,在发生卒中后 6 h 内没有得到治疗的患者预后显著不佳。然而,近期研究证实,约 30% 的患者具有独特的脑生理学,或影像学表现为

“目标不匹配”(定义为 $T_{max} > 6 s$ 的病灶体积与核心体积比值 > 1.8 ,患者的血管解剖使该类患者比其他人更能耐受卒中)。这种情况下,扩展时间窗,患者对血管内治疗的反应良好。因此,鉴别出这类患者显得尤为重要。

此前 DEFUSE 2 研究证实,用 MRI 灌注扫描可鉴定这类患者。然而,行 1 次 MRI 可能需要 45 min~1 h,而 CT 灌注扫描则要快得多——包括绝大

多数卒中患者均要完成的常规 CT 增强扫描,再额外加约 5~10 min 即可。

研究者分析了“CT 灌注扫描预测缺血性卒中血管再通响应 2 年计划(CRISP)”的数据。该研究纳入美国 6 个医疗中心的 102 例 18 岁以上缺血性卒中患者。基线时行 CT 灌注扫描,确认有不匹配区域,且在症状发作 18 h 内行血管内治疗。

结果显示,总体上,症状发作到灌注扫描的中

位时间为 6.6 h。症状发作 6 h 内接受治疗的患者,71.4% 功能预后良好(90 d 时 mRS 评分为 0~2 分),几乎没有残疾;6~18 h 内接受治疗的患者,同样有 61.7% 预后良好。

多因素分析显示,发病到灌注时间和良好预后无关,而患者年龄(每 5 年)、基线时 NIHSS 评分以及阿尔伯塔卒中计划早期诊断评分是预后的影响因素。

研究者指出:“现有数据大多只显示在 6 h 内



治疗对患者有益,而多数卒中中心在超出 6 h 时间窗后并不进行灌注成像检查。该研究表明,症状出

现 6 h 后的严重缺血性卒中患者也不应停止治疗,而要通过 CT 灌注扫描,给患者一个治疗的机会。”



安全警戒

氯氮平增加严重结肠低动力风险

新西兰一项研究发现,使用氯氮平的患者中,80% 存在结肠低动力症状,其结肠中位传输时间为正常值的 4.54 倍(EBioMedicine.2016 年 2 月 21 日在线版)。

研究纳入接受了相同饮食(医院饮食)、相似生活方式和至少 3 个月抗精神病治疗的成年患者。

结果显示,正常患者的结肠中位传输时间约为 23 h,而使用氯氮平患者的中位传输时间长达 104.5 h,约为正常值的 4.54 倍;且肠道传输时间与氯氮平的血药浓度呈正相关。与使用利培酮、帕利哌酮、阿立哌唑、氟哌啶醇等抗精神病药物相比,使用氯氮平的患者中 80% 存在结肠低动力症状,这种低动力症状与性别、年龄、种族或氯氮平治疗时长无关。

研究者认为,氯氮平可导致严重的胃肠道低动力症状,并推荐初次使用氯氮平的患者合并使用泻剂。



本版编译 裘佳



研究视界

搭桥术前服用阿司匹林不增加术中出血风险

澳大利亚一项研究显示,CABG 术前服用阿司匹林不增加术中出血风险。(N Engl J Med.2016,374:728)

心外科医生管理 CABG 术前使用阿司匹林患者的方式存在显著差异。半数以上医生建议患者在术前 5~7 d 停用阿司匹林,其他医生则认为继续使用阿

司匹林能预防心梗或卒中。

该研究纳入 1047 例患者接受肠溶阿司匹林 100 mg 治疗,1053 例安慰剂治疗,均在术前 1~2 h 内给药。

结果显示,两组患者术中死亡、血栓并发症或大出血风险无显著差异;30 d 内,阿司匹林与安慰剂组死亡和(或)血栓并

发症发生率分别为 19.3% 与 20.4%,两组各有 1.8% 与 2.1% 患者因出血需进行再次手术,各有 1.1% 与 0.4% 发生心脏压塞,均无显著差异。

研究者认为,阿司匹林的安全性可能与剂量有关,以往的阿司匹林剂量比研究用高出 2~5 倍。

减少医生不合理应用抗菌药:可利用适当的行为干预

临床上,抗菌药的过度使用导致患者暴露在不必要的不良反应风险中,增加了医疗支出抗菌药耐药菌的流行。美国一项研究表明,合适的行为干预,如让医生充分证明用药理由以及同行对比可减少急性呼吸道感染的抗菌药不合理处方率。(JAMA.

2016,315:562)

研究纳入美国 248 名临床医生,随机分组在 18 个月内分别接受 0、1、2 或 3 种干预。所有的临床医生在研究期间接受了抗菌药处方指南的教育。研究共有 14 375 例患者参与(平均 47 岁,69% 为女性)。

3 种行为包括:(1)

可选方案建议,给医生可选择开具其他非抗菌药物的电子表单;(2)充分证明用药理由,促使医生将处方记入患者的电子医疗档案中;(3)同行对比,发送邮件给临床医生,将其抗菌药处方率与不合理处方率最低的医生进行对比。



焦点争鸣

地塞米松治疗 HIV 相关隐球菌性脑膜炎患者未降低死亡率 且不良事件多发

全球每年超过 60 万人因人类免疫缺陷病毒(HIV)感染相关的隐球菌性脑膜炎死亡,且 20 年来没有新的抗隐球菌药上市。既往认为,糖皮质激素可降低某些脑膜炎患者的死亡率。而最新一项研究显示,地塞米松未降低 HIV 相关隐球菌性脑膜炎患者的死亡率,且造成了更多不良事件。(N Engl J Med.2016, 374:542)

研究纳入来自越南、泰国、印度尼西亚等国的 HIV

相关隐球菌性脑膜炎成年患者。所有患者接受了 6 周地塞米松或安慰剂,并结合抗真菌治疗:两性霉素 B 和氟康唑。

招募 451 例患者后,由于安全原因,该试验被停止。分析显示,10 周时地塞米松组和安慰剂组死亡率分别为 47% 和 41%,6 个月时死亡率分别为 57% 和 49%。10 周时伤残患者比例,地塞米松组是安慰剂组 1.92 倍(25% 与 13%)。

地塞米松组的临床不良事件更常见(667 例与 494 例),有更多患者有 3 或 4 级感染(48 例与 25 例)、肾脏事件(22 例与 7 例),以及心脏事件(8 例与 0 例)。地塞米松组的脑脊液真菌清除率较慢。亚洲和非洲的结果一致。



糖尿病合并高血压无肾病者无需强制用 RAS 抑制剂

美国一项 Meta 分析表明,在未合并肾脏病的高血压人群中,糖尿病并不是肾素-血管紧张素系统(RAS)抑制剂的“强适应证”。(BMJ.2016 年 2 月 11 日在线版)

研究纳入 25 414 例随机对照试验中的患者,共进行 95 910 人·年的随访。结果发现,糖尿病合并高血压患者经 RAS 抑制剂或其他降压药治疗后的终点事件无明显差异。其中,终点事件包括死亡、心血管死亡、心肌

梗死、心绞痛、卒中、心衰、血运重建以及糖尿病合并高血压患者的肾脏病终末期“硬”终点。

然而有评论认为,这些发现对临床工作者没有太多意义。“首先,许多糖尿病患者对于 RAS 系统抑制剂已有了其他方面的强适应证。其次,由于绝大部分糖尿病患者需要至少 2~3 种降压药来降压,从哪种药物起始就显得没有那么重要了,现在普遍使用的方案均能奏效。”

行业资讯

哈医大附属二院刘冰熔教授

创建胃镜下黏膜剥离胃减容术

近日,哈医大附属二院消化内科刘冰熔教授创建了“胃镜下黏膜剥离胃减容术”,并已为两位患有肥胖症的女患者开展该治疗,术后体重均有不同程度下降,未发生任何并发症。

胃镜下黏膜剥离胃减容术是应用内镜下黏膜剥离术和内镜下黏膜切除术,以黏膜剥离的方式将胃黏膜大面积切除,在愈合过程中,创面结缔组织会通过收缩将创面大大缩小,机体可较快地以较少黏膜生长,将创面覆盖,使胃黏膜表面积及胃容积明显“缩水”,进而实现

胃减容目的。同时,胃的总体解剖结构和胃内血管没有任何损伤,体表也未留下任何瘢痕。

接受胃镜下黏膜剥离胃减容术的第一例女患者,体重从 98 kg,减轻了 6 kg,精神状态亦明显改善。

第二例是一年轻伴 2 型糖尿病的肥胖症女性,术后体重由 105 kg 减至 90 kg,同时其糖尿病得到了有效控制。

该术式是刘教授由食管 ESD 手术导致的并发症中得到启示,巧妙应用于胃部发展而来。

(衣晓峰 孔令建)