我国不同人群卒中后死亡率差异大

低文化低收入体力劳动者卒中后死亡率最高

首都医科大学附属北京天坛医院一项研究显示受教育水平＜6年，体力劳动者、家庭人均收入≤1000元/月的患者卒中后死亡率更高。（Int J Stroke. 2016年3月24日在线版）

该研究纳入12 246例卒中患者，这些患者数据均来自我国国家卒中注册表，社会经济丧失的测量基线按照受教育水平＜6年，体力劳动者、家庭人均收入≤1000元/月这三个因素来评定。对其随访12个月，结果共1640例患者死亡，调整年龄、性别、心血管风险等多因素后，受教育水平＜6年其死亡的OR为1.25，体力劳动者为1.37，低收入者为1.19。进一步调整其院内、院外护理及用药水平，发现受教育水平、体力劳动对其死亡风险的影响没有变化，只有低收入者的OR变为1.15。

与社会经济能力没有丧失的患者相比发现，受教育水平＜6年，体力劳动者、家庭人均收入≤1000元/月这三个因素只要具备其中一种，其社会经济能力丧失的OR为1.33，具备两种因素其社会经济能力丧失的OR为1.36，具备三种其社会经济能力丧失的OR为1.56.

研究者指出，我国在国民经济收入、受教育水平上存在许多的不平等，

而受教育水平、经济收入、职业分类都会影响患者卒中后的死亡率，而这些并不能通过护理及用药方式来改善。关于这其中的机制尚不明确，但是其中一个原因或许是由于长期护理丧失的一个结果。

对于受教育水平低，经济收入却不低的家庭其饮食及生活方式大多不健康。那些受教育水平低、收入低的体力劳动者则通常不进行卒中护理。而那些收入低但受教育水平不低的患者由于自我价值难以实现则面临着更多的心理压力。

急救

全民培训心肺复苏效果显著

第65届美国心脏病学学院（ACC）科学会议上一项研究发现，对全民培训心肺复苏（CPR）和使用除颤器能改善院外心脏骤停患者生存率。（来源：ACC网站）

该研究纳入2010-2014年8269例心脏骤停患者，并对其家人和周围邻居进行心脏骤停的培训。结果发现，患者在家中突发心脏骤停时，家属及周围邻居行CPR的比例从28.3%升至41.3%，公共场所从61.0%升至70.6%；在家中突发心脏骤停，除颤比例从42.2%升至50.8%，公共场所从33.1%升至37.8%，变化不太大。

此外，公共场所突发心脏骤停的患者出院后生存率从10.8%升至16.8%，在家中发病的患者其数据从5.7%升至8.1%；心脏骤停患者轻微脑损伤或完全恢复的情况也上升。

妇产

妊娠期高血压不增加晚期早产儿发病风险

胎龄为34~36+6周的新生儿为晚期早产儿，晚期早产儿呼吸系统疾病的发病率随着孕龄的减少而显著增加。研究显示，约15%的妊娠高血压在34~36+6周分娩，一般孕妇晚期早产的发生率仅7.5%。美国一研究显示，妊娠期高血压并不增加晚期早产儿发病风险。（Hypertens Pregnancy. 2016年3月1日在线版）

研究者将孕周≥34周的单胎孕妇分为3组：正常组、轻度子痫前期组，重度子痫前期。并根据其是否有慢性高血压史，子痫前期，依赖胰岛素的妊娠期糖尿病分为低风险、高风险试验。

结果显示，在低风险组2781例女性中，三组新生儿呼吸系统疾病发病率相似，与血压正常孕妇相比，非呼吸系统疾病发病风险在重度子痫前期更高。当仅分析晚期早产儿时，这种风险不再存在。在高风险组1542例女性中，三组新生儿呼吸系统疾病发病率仍相似，高风险队列中非呼吸系统疾病发病风险无明显增加。

呼吸

抗酸治疗不能改善特发性肺纤维化患者的预后

一项研究显示，针对特发性肺纤维化（IPF）患者合并胃食管反流病时，进行抗酸治疗，并不能改善IPF患者的预后。（Lancet Respir Med.2016年3月31日在线版）

该研究纳入624例患者，291例接受抗酸治疗，333例没有接受抗酸治疗。

结果发现在52周时，抗酸治疗组和非抗酸治疗组间，疾病进展率、全因死亡率、IPF相关死亡率、住院率、6分钟步行距离等情况均无明显差异，然而抗酸治疗的整体感染和肺部感染率反而比非抗酸治疗的患者要高（表1）。

IPF患者常常合并高发的胃食管反流，而胃液成分进入呼吸道，或是IPF急性加重的重要原因，然而该研究显示，抗酸药治疗不仅不能改善IPF患者的预后，并且可能会潜在地增加患者感染的风险。

	抗酸治疗组	非抗酸治疗组	P值
疾病进展	39%	42%	0.4844
全因死亡率	7%	7%	0.8947
IPF相关死亡率	4%	5%	0.4251
绝对肺活量减少10%以上	17%	19%	0.4411
入院率	22%	16%	0.0522
整体感染	74%	62%	0.0174
肺部感染	14%	6%	0.0214

表1 抗酸治疗组和非抗酸治疗组预后情况

儿科

抗菌药物或可导致儿童肥胖

英国一项研究发现2岁以前婴儿使用抗菌药物将使儿童肥胖发生率上升1.2%，特别是对于有3次以上抗菌药物治疗史的婴幼儿。（Gastroenterology. 2016年3月18日在线版）

研究纳入出生后3个月内即纳入英国健康促进网络系统中的21 714例儿童，其中64.1%的儿童2岁以前接受过抗菌药物治疗，接受过抗菌药物治疗和未接受过抗菌药物治疗的儿童4岁时的肥胖比例分别为6.4%和5.2%，且儿童肥胖风险随着1岁时接受抗菌药物治疗次数的增加而增加（表2）。

研究者指出，抗菌药物可能是儿童肥胖的一个危险因素，当然，其并不能否认抗菌药物使用的必要性，只是建议在缺乏明确抗菌药物使用指征时应该尽量避免。

接受抗菌药物治疗次数	暴露人数	肥胖人数及比例
0	6844	355（5.2%）
1~2	8761	492（5.6%）
3~5	4481	332（7.4%）
＞5	1628	127（7.8%）

表2 儿童暴露于抗菌药物的次数与肥胖发生关系

神经

C反应蛋白或可用诊断卒中后肺炎

英国一项研究发现，血液中C反应蛋白或可成为卒中后肺炎的诊断标志。（PLoS One. 2016 Mar 3;11）

该研究纳入60例卒中患者，其中44例患者诊断为肺炎。肺炎诊断当天98%的患者表现为新出现的裂纹、95%的患者呼吸急促＞25次/min，93%的患者血氧饱和度＜90%，86%的患者白细胞升高，其中97%的肺炎患者C反应蛋白增高，并且当C反应蛋白＞25 mg/L时应及时观察肺炎的发生，而当C反应蛋白＞65 mg/L，则肺炎诊断的准确性已较高。在研究中发现仅有61%的肺炎患者发生咳嗽，57%的患者咳脓痰，34%的患者发热＞38℃。

研究者指出，重症卒中患者发生肺部感染，在疾病早期不常表现咳嗽、咳脓痰，而这些是诊断肺炎的关键症状。卒中后肺炎患者最常见的症状是新出现的裂纹，呼吸急促、缺氧、C反应蛋白或可成为卒中后肺炎的诊断标志物。

重症

脓毒症休克新定义及诊断新标准

欧洲重症学会和欧洲重症监护学会重新定义了脓毒症休克，并制定了脓毒症休克临床诊断标准。（JAMA. 2016;315(8):775）

既往将脓毒症休克定义为不能用其他原因解释的与感染相关的心血管系统功能障碍。但在该定义下的关于脓毒症休克的临床研究却呈现出较大的异质性，特别是脓毒症休克患者的死亡率。此外，原有的的临床诊断标准：脓毒症合并低血压，也仅可反映脓毒症休克部分的病理生理过程。

该研究纳44项脓毒症休克预后的临床研究，通过多轮的问卷调查对于低血压、血管活性药物使用及高乳酸血症三个因素临界点的确定进行了研究。

对此工作组将脓毒症休克定义为具有循环、细胞及代谢紊乱的脓毒症的一个亚类，同单独的脓毒症相比脓毒症休克患者的死亡率明显更高。其新的临床诊断标准为：具有需要在血管活性药物作用下才能将血压维持在65 mmHg及其以上的低血压，以及足够的液体复苏后血乳酸水平>2 mmol/L。

研究者指出，与旧版临床诊断标准相比，新版临床诊断标准将乳酸水平纳入到了其中，体现出近年来对于脓毒症休克病理生理过程认识的进步。