

(上接第15版)

抗血小板药物治疗中不容忽视的3类特殊人群

暨南大学附属第一医院徐安定教授表示,国内外多部指南、共识均指出,要根

消化道出血高风险患者

有研究结果表明,服用低剂量阿司匹林会显著增加胃肠道出血风险,尤其是幽门螺杆菌(Hp)感染患者。徐教授表示,抗血小板

哮喘患者

徐教授介绍,2015年《哮喘管理和预防的全球策略》建议:

(1)伴阿司匹林加重呼吸系统疾病的患者应避免

尿酸水平升高患者

徐教授指出,4种常用抗血小板药物说明书中,只有阿司匹林会诱发痛风。有研究表明,服用阿司匹林2

据耐受性个体化选择抗血小板药物。徐教授针对消化道出血高风险患者、哮喘患者、

药物消化道损伤的预防和治疗中国专家共识指出对于高消化道出血风险患者应根除Hp,必要时使用质子泵抑制剂(PPI)或H²受体拮抗

应用阿司匹林、非甾体抗炎药(NSAID)及其他抑制环氧酶-1的药物。(2)处方NSAID类药物之前,应常规询问患者有无哮喘病

周后,患者尿酸排泄显著降低,尿酸滞留增加,当停用阿司匹林后,尿酸排泄率和血尿酸水平得到改善。因此,

尿酸水平升高的患者,如何使用抗血小板药物进行了探讨。

剂。但对于阿司匹林导致的小肠损伤,有专家指出,加用PPI并不能减少阿司匹林对小肠的损伤,最理想的方法是停用阿司匹林。

史。如果哮喘病情恶化,建议患者停用NSAID类药物。有研究结果表明,氯吡格雷可用于合并哮喘的缺血性卒中患者的长期治疗。

对于尿酸水平增加的患者,应谨慎使用阿司匹林,可考虑应用氯吡格雷等其他抗血小板药物。



从肠道微生态看危重症患者的肠内营养支持

南方医科大学南方医院潘速跃教授表示,肠内营养不仅仅在于给人体提供营养,更重要的是维持健康的肠道微生态和正常的肠道屏障。肠道微生态在维持免疫平衡、避免内毒素的吸收和调节代谢等方面具有重要意义。潘教授介绍,肠道微生态研究对危重症患者的肠内营养支持治疗提出以下启示:

尽早肠内营养 由于肠道的特殊营养机制,70%的肠黏膜营养直接从肠腔吸收,丁酸是结肠黏膜细胞首选的能量来源。同时,胃肠道的微生物也需要获得营养。因此尽早肠内营养支持有助于维持健康的肠道微生态和保护胃肠道黏膜屏障的完整性。

补充膳食纤维的作用 膳食纤维分为可溶性膳食纤维和不溶性膳食纤维,其中可溶性膳食纤维有维持肠道菌群的作用。2015年将益生元定义为不能被消化,但可被肠道菌群

代谢,对肠道菌群的活性和组成有调节作用,对人体有益的化合物。目前,已经明确的益生元包括:菊粉、低聚果糖、低聚半乳糖等。

大量研究表明,属于可溶性膳食纤维的菊粉和低聚果糖可以促进双歧杆菌和乳酸杆菌等益生菌的生长,抑制大肠杆菌和肠球菌等致病菌的生长。可溶性膳食纤维还可抑制致病菌的肠道粘附。研究表明,丁酸可以提高脓毒症实验鼠的预后,减少重症腹泻的发生。

谨慎使用抗菌素 抗菌素的发明使感染性疾病的死亡率下降22倍,但也导致耐药菌的快速增长,并且是危重症患者肠道菌群失调的重要原因。调查显示,约37%的抗菌素使用是不必要的,在我国可能更加明显。

益生菌的使用 危重症患者与健康人群比较,肠道菌群出现快速、明显的变化,使有益于健康

的菌群明显减少,致病菌明显增多。2014年的Meta分析表明益生菌能明显减少ICU患者的感染率。

此后的一项多中心随机对照研究也表明机械通气的患者使用益生菌可使呼吸机相关肺炎的发生率从50.4%下降至36.4%,总感染时间缩短约3d。2015年加拿大临床实践指南修正时建议所有的ICU患者常规使用益生菌。

肠道微生态对机体代谢、免疫和神经系统等方面具有重要的调节作用,健康的肠道微生态有益于重症患者的预后,可溶性膳食纤维对维护肠道菌群具有重要作用。尽早使用肠内营养、减少抗菌素使用、补充膳食纤维或使用富含膳食纤维的营养制剂和使用益生菌有利于维持肠道微生态,改善患者预后。



恶性大脑中动脉梗死治疗面临的四大问题



第四军医大学西京医院江文教授表示,恶性大脑中动脉梗死概念于1996年首先提出,定义

为大脑中动脉起始部或颈内动脉远端闭塞后,短期内若无法建

立起有效的侧支循环,可引起大脑中动脉供血区完全梗死,梗死率高达80%,被称作恶性大脑中动脉梗死。江教授从四个方面介绍了恶性大脑中动脉梗死在诊疗中面临的挑战。

甘露醇 or 高渗盐脱水治疗,哪一个更有效?

甘露醇和高渗盐水是临床上常用的两种渗透性脱水药物,各有优缺点。江教授表示,针对恶性大脑中动脉梗死的有效性的比较研究,目前缺乏前瞻性的研究报道。2015年美国神经重症协

会关于大面积脑梗死存在脑水肿证据时,可以使用甘露醇和高渗盐水减轻脑水肿和组织移位。甘露糖与高渗盐水治疗恶性大脑中动脉梗死哪个更有效,有待进一步研究。

作为神经保护手段,低温治疗有效吗?

江教授介绍,2002年两篇《新英格兰医学杂志》文章提示,治疗性低温可以降低心脏骤停后昏迷患者的死亡率,并提高神经功能预后。此后,低温治疗被广

泛推荐用于各种神经危重症的救治,但近年来一系列关于低温治疗心脏骤停昏迷及创伤性颅脑损伤后颅高压的临床研究,均报道为阴性结果。

2015 美国神经重症协会指南所推荐的体温控制策略

- 不适于外科治疗的患者,可以考虑低温治疗。(弱推荐,低质量证据)
- 低温治疗的目标体温为33~36℃,持续24~72h。(弱推荐,低质量证据)
- 推荐保持体温正常。(弱推荐,极低质量证据)

抗脑水肿药物临床应用有效吗?

有研究表明,目前能够有效预防血管源性脑水肿的候选药物有基质金属蛋白酶抑制剂、血管内皮生长因子抑制剂等。能够有效预防细胞毒性脑水肿的候选药物有钠钾氯共转运体1抑制剂和

磺酰脲类受体1调节的非选择性阳离子通道抑制剂等。江教授表示,迄今临床上尚无肯定有效的抗脑水肿药物,针对脑水肿关键环节及关键靶点的研究,将给脑卒中患者治疗带来新希望。

需要去骨瓣减压手术治疗吗?何时进行?

江教授介绍,研究发现去骨瓣减压(DHC)治疗使大脑中动脉梗死死亡率明显下降,但患者

遗留严重或非常严重伤残。尚无确凿的证据表明DHC手术时间或患者年龄对死亡率有影响。

2015 美国神经重症协会关于大面积脑梗死的管理指南建议

- 无论患者年龄多大,推荐DHC作为提高大面积脑梗死患者生存的一个潜在治疗手段。(强推荐,高质量证据)
- 对于年龄>60岁的患者,应考虑患者和家庭的意愿,因为DHC虽然能够降低死亡率,但是很可能遗留严重残疾。(强推荐,中等质量证据)
- DHC最佳时机和选择标准不清楚,为了达到最佳神经功能预后,应该在症状起始24~48h内和脑疝症状出现前进行DHC。(强推荐,中等质量证据)

总之,恶性大脑中动脉梗死的治疗以及预后任重而道远,每一环节的突破,都会让患者受益良多。