

伴轻度急性缺血性卒中的房颤患者

早期用利伐沙班和华法林疗效相似

韩国一项研究发现，治疗伴有轻度急性缺血性卒中的房颤患者，早期口服抗凝药物利伐沙班和华法林疗效相似。（JAMA Neurol.9月11日在线版）

Triple AXEL 是首个观察房颤患者发生急性缺血性卒中后早期服用口服抗凝药物疗效的研究，并对利伐沙班和华法林进行比较。

研究纳入 183 例伴有轻度、房颤相关卒中的患者。结果显示，利伐沙班组（95 例）在前 5 d 内接

受利伐沙班 10 mg 治疗，之后肌酐清除率 ≥ 50 ml/min 的患者接受 20 mg 治疗，肌酐清除率在 30~49 ml/min 的患者接受 15 mg 治疗。

4 周时观察新发缺血病灶和新发颅内出血发现，除复合终点缺乏差异外，两组在新发缺血病灶（利伐沙班 29.5% 与华法林 35.6%）和新发颅内出血（利伐沙班 31.6% 与华法林 28.7%）的发生率相似。两组也有类似的临床卒中



复发率。然而，与华法林组相比，利伐沙班组患者

中位住院时间少 2 d（4.0 d 与 6.0 d）。

在一篇随刊述评中，来自英国爱丁堡大学

的 Kelvin Ng 和 William Whiteley 表示，许多卒中医生仍不确定房颤和急性缺血性卒中患者启动抗凝治疗的最佳时机，但如果药物相关出血风险低于肝素，则可能会从早期抗凝中获益。Triple AXEL 可能是确定早期抗凝治疗是否优于延迟治疗的第一步。

与其他试验，如 AVERROES 相比，Triple AXEL 试验中 MRI 所示新发出血和缺血病灶发生率更高。



研究视界

低中复杂度左主干病变：

介入治疗与搭桥安全性相似

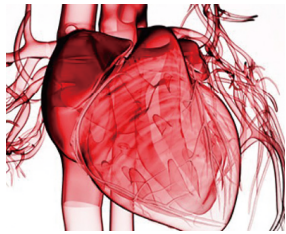
对于冠脉左主干狭窄的患者，近几十年来，心脏搭桥术一直是标准的治疗方案。最新一项 Meta 分析表明，对于不太复杂（低等或中等复杂度）的冠脉左主干狭窄病变，经皮冠脉介入治疗和心脏搭桥术的整体安全性相似，但冠脉介入治疗后需要再次血运重建的风险更高一些。（JAMA.9月13日在线版）

这项 Meta 分析纳入 4 项相关的随机临床研究，共 4394 例患者，其平均年龄为 65 岁。

研究发现，无论用固定效应分析还是随机效应分析模型，其结果均显示，冠脉介入治疗和心脏搭桥术在全因死亡、心肌梗死和卒中复合终点的发生风险上相似。

冠脉介入治疗和心脏搭桥术 5 年全因死亡、心肌梗死和卒中复合终点的发生率分别为 18.3% 和 16.9%。但介入治疗后再次血运重建风险比心脏搭桥术增加 70%。

上述结果说明，对于不太复杂的左主干病变，介入治疗和搭桥都是血运重建的合理治疗方案。如果患者不太适合手术或者希望规避与心脏搭桥相关的并发症，冠脉介入治疗就更好。



羟氯喹联合阿司匹林可抑制 SLE 患者血栓形成

动脉粥样硬化是导致系统性红斑狼疮（SLE）患者心血管事件发生和死亡的主要因素，抗血栓形成可降低此类事件的发生。意大利一项研究显示，长期使用羟氯喹（HCQ）和小剂量阿司匹林（ASA）可抑制 SLE 患者血栓形成。（J Rheumatol.2017;44:1032）

研究共纳入 189 例 SLE 患者，平均随访 13 年。随

访期间，共有 10 例首发心血管事件。K-M 分析结果显示，ASA 联合 c-HCQ > 600 g（服用 HCQ 标准剂量至少 5 年）的心血管事件阴性率高于单独使用 ASA 或联合 c-HCQ < 600 g。提示 HCQ 联合 ASA 可抑制血栓形成，而抗磷脂抗体（HR=17.965）和高血压（HR=18.054）均增加首发心血管事件的风险。

腹腔镜抗反流术后患者约 1/5 患者可能复发反流

瑞典一项研究显示，接受腹腔镜抗反流手术的患者有近 18% 会经历复发性胃食管反流病（GERD），需长期服药或再次手术。（JAMA. 2017;318:939）

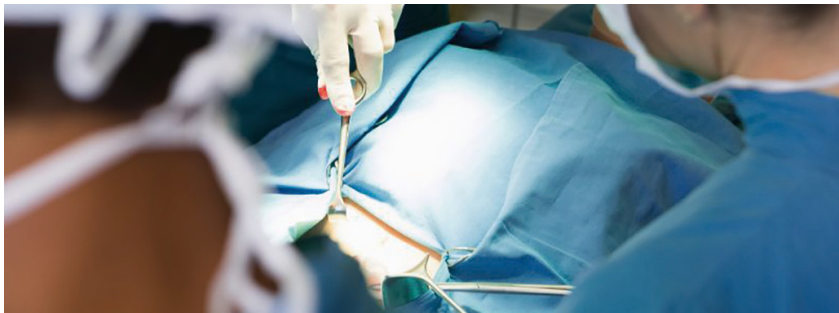
研究评估了瑞典国家登记数据中 2005-2014 年 2655 例接受初次腹腔镜抗反流手术的患者，

平均 51 岁，随访 5.6 年。

结果发现，470 例（17.7%）患者初次腹腔镜抗反流手术后复发反流。其中，83.6% 需要长期质子泵抑制剂或 H₂ 受体拮抗剂治疗，而 16.4% 再次接受抗反流手术。此外，女性患者中，61 岁以上及有更高 Charlson 合并症指数评

分的患者，术后反流复发的风险最大。相反，进行抗反流手术的医院规模与反流的复发风险不相关。

有评论认为，抗反流药物常因与 GERD 无关的原因而被不恰当地使用，因此基于长期使用抗反流药物，可能高估了复发率。



未合并低氧血症的急性心梗患者常规氧疗不能改善预后

瑞典一项研究显示，对于未合并低氧血症的可疑心梗患者，常规氧疗不能降低 1 年内全因病死亡率。（N Engl J Med.8月28日在线版）

研究纳入瑞典全国注册系统疑似心梗且氧饱和度 90% 以上的 6629 例患者，随机分为氧疗（通过面罩吸氧 6 L/min，6~12 h）或吸入空气。氧疗持续中位时间为 11.6 h。

结果显示，治疗结束时，氧疗组患者氧饱和度和中位数位 99%，空

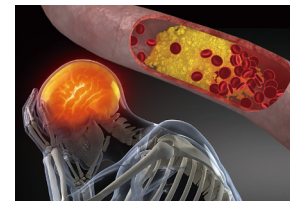
气组患者为 97%。氧疗组 62 例（1.9%）患者发生低氧血症，空气组 254 例（7.7%）发生低氧。氧疗组患者住院期间肌钙蛋白最高水平中位数为 946.5 ng/L，空气组为 983.0 ng/L。主要预后终点 1 年内的全因病死

率，氧疗组患者为 5.0%（166/3311），空气组为 5.1%（168/3318，P=0.80）。氧疗组 1 年内因心梗再次住院患者 126 例（3.8%），空气组为 111 例（3.3%，P=0.33）。所有亚组分析结果均无显著差异。



焦点争鸣

80 岁以上老人缺血性卒中 4.5 h 时间窗内也应行溶栓治疗



欧洲指南推荐，急性缺血性卒中症状出现 4.5 h 内接受静脉溶栓（IVT）治疗同样适于老年人，但美国指南并不推荐 > 80 岁老人在 3~4.5 h 时间窗内接受 IVT 治疗。大多数欧洲监管机构都未批准阿替普酶用于 > 80 岁的缺血性卒中患者，然而美国监管机构支持 > 80 岁的老年人在症状发生 3 h 内行 IVT 治疗。

约 30% 的人院缺血性卒中患者 > 80 岁，但约 2/3 所有卒中相关发病率和死亡率发生在 80 岁以上的老年人中。这些老年患者中很大一部分可能是溶栓的合适人选。专业团体和监管机构的不同意见可能对老年人群的 IVT 治疗产生负面影响。

近日一项研究显示， > 80 岁老人在 3~4.5 h 溶栓比 ≤ 3 h 在 SICH 频率、HTs 的整体比率均有所升高，但绝对差值很小。研究者认为，如果没有其他禁忌证，老年患者不该因年龄而被拒绝在 3~4.5 h 内行溶栓治疗。（Neurol.9月8日在线版）

该利用 SITS-ISTR 数据，纳入 14 240 例 > 80 岁的急性缺血性卒中患者。

本版编译 裘佳