

美同期发布三部心肺复苏指南

11月6日,《循环》杂志和美国心脏协会(AHA)官网同时更新三篇关于心肺复苏的指南,分别为2017 AHA成人基础生命支持和心肺复苏(CPR)质量指南、2017 AHA儿童基础生命支持和心肺复苏质量指南、2017国际复苏联合会心肺复苏与心血管急救推荐要点。

AHA 成人指南 更新要点

调度员协助 CPR 当需要调度员指示时,调度员应为疑似院外心脏骤停(OHCA)成人的呼叫者提供单纯胸外按压 CPR 指令。

旁观者 CPR 对于 OHCA 成人,未经训练的

非专业施救者应提供单纯胸外按压 CPR,无论有无调度员协助。

对于仅接受过单纯胸外按压 CPR 训练的非专业施救者,建议其为 OHCA 成人提供单纯胸外按压 CPR。

接受过胸外按压和人工呼吸联合 CPR 培训的非专业施救者,为 OHCA 成人提供胸外按压和人工呼吸是合理的。

急救医疗服务 CPR 建议在放置高级气道(声门上气道或气管导管)之前,急救医疗服务(EMS)提供者行每30次胸外按压后2次通气(30:2)的 CPR。

作为另一种方案,EMS 提供者实施 30:2 (人



工呼吸时不中断胸外按压)的 CPR 是合理的。

在放置高级气道前,EMS 提供者在连续胸外按压时以 10 次/min (6 s/次)

的频率进行不同步通气可能是合理的。

心脏骤停 CPR 无论 CPR 期间何时插入高级气道(气管导管或声门上装

置),施救者连续胸外按压,且在不停止胸外按压的情况下进行正压通气是合理的。

建立高级气道后,在连续胸外按压时 6 s/次的通气频率可能是合理的。

胸外按压与通气比例 接受过培训的救援人员以 30:2 的胸外按压-通气比为心脏骤停成人提供 CPR 是合理的。

AHA 儿童指南 更新要点

对于心脏骤停的婴儿和儿童,应提供胸外按压和人工呼吸联合的 CPR。

如果旁观者不愿意或不能提供人工呼吸,建议救援人员为婴儿和儿童实施胸外按压。



AHA 新闻速递

间断达比加群 优于不间断华法林

ABRIDGE-J 研究结果显示,在接受导管消融的非瓣膜性房颤患者中,相比于不间断华法林治疗,无论患者是否使用肝素桥接,最低限度间断达比加群治疗更少发生出血并发症,且不增加血栓栓塞事件。

研究显示,达比加群组和华法林组主要终点(3个月严重出血发生率)分别为 1.4% 和 5.0%,其中腹股沟出血/血肿分别为 0% 和 1.4%。

次要终点方面,达比加群组和华法林组脑血管事件发生率分别为 0% 和 0.5%;达比加群组 1 年严重出血和血栓栓塞事件发生率明显较低。

研究纳入 442 例患者。达比加群组患者在消融术前中断 1~2 次用药;华法林组患者,若年龄 < 70 岁则 INR 维持在 2.0~3.0,若年龄 ≥ 70 岁则维持在 1.6~2.6。若停用达比加群的时间与手术时间间隔 ≥ 24 h,建议使用肝素桥接(31%)。随访时间 1 年。

心脏外科手术 严格输血不劣于 自由输血

TRICS III 研究结果显示,对于行心脏手术的中高危死亡风险患者,自由输血相比限制输血无优势。

研究者认为,限制输血与自由输血同样安全、有效,且可减少输血及相关费用。

研究显示,限制输血组和自由输血组的主要终点发生率分别为 11.4% 和 12.5%。主要终点为 28 d 或出院时的全因死亡率、心梗、卒中和需透析的肾功能衰竭复合终点。

两组死亡率分别为 3.0% 和 3.6%。两组其他复合终点各组分亦无显著差异,但限制输血均更有益。

TRICS-3 研究纳入 EuroSCORE I ≥ 6、接受外循环心脏手术的 5243 例患者。限制输血指从诱导麻醉开始,血红蛋白水平 < 7.5 g/L 时输注红细胞;自由输血指患者在手术室或 ICU 血红蛋白 < 9.5 g/L 或在普通病房血红蛋白 < 8.5 g/L 时输注红细胞。

本版编译 牛艳红

50 万国人 7 年追踪:

体力活动降低 心血管病和卒中风险

一项对我国 50 多万名成人 7 年追踪研究发现,任何类型的高水平体力活动都与心血管病和卒中风险降低相关。(JAMA Cardiol. 11 月 8 日在线版)

研究显示,我国成人的平均总体力活动量为 22 MET-h/d,而且体力活动主要与职业相关,尤其是男性。

研究还发现,男性、年轻人、居住在农村者和受教育程度较低者,通常总体力活动量较高。

总体力活动量较高者往往更为健康,糖尿病、高血压患病率较低,血压测量值、心率和体质指数也较低。

与体力活动量最低五分位者相比,最高五分位

者的主要血管事件风险降低 23% (图 1)。

体力活动每增加 4 MET-h/d,也就是相当于快步走 1 h/d,主要血管事件风险就降低 6%。具体而言,主要冠脉事件、缺血性卒中、颅内出血和心血管死亡风险分别降低 9%、5%、6% 和 12%。

不同地区和性别者中均存在相似关联,但高血压患者中体力活动的这种益处较小。

研究采用中国慢病前瞻性研究数据,纳入全国 10 个地区的 487 334 人。随访 7.5 年,共新发 5082 例主要冠脉事件、25 647 例缺血性卒中、5252 例颅内出血和 8437 例心血管死亡事件。

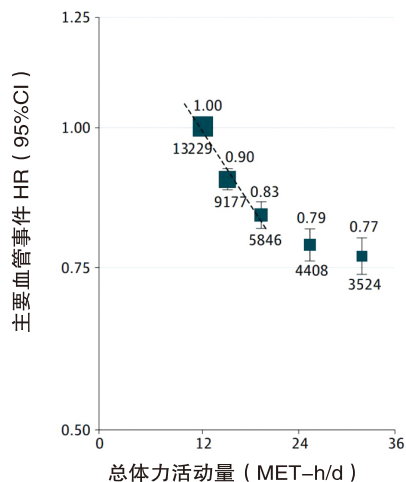


图 1 总体力活动量与主要血管事件风险



AHA 新闻速递

上海瑞金医院赵强教授 DACAB 研究:

CABG 术后替卡格雷加阿司匹林可改善桥通畅率

在 2017AHA 年会上,上海瑞金医院赵强教授报告了 DACAB 研究结果,替卡格雷联合阿司匹林作为一种新的双联抗血小板策略,可显著提高冠脉旁路移植术(CABG)后大隐静脉桥的 1 年通畅率,且不增加严重出血风险。

数据显示,阿司匹林 + 替卡格雷组主要终点事件(1 年大隐静脉桥血管通畅率)发生率为 88.7%,高于单独阿司匹林组(76.5%)和单独替卡格雷组(82.8%)。

次要终点方面,三组主要不良心脏事件发

生率均较低,分别为 1.8%、2.4% 和 5.4%。

此外,阿司匹林联合替卡格雷并未增加出血风险。三组严重出血的发生率分别为 1.8%、1.2% 和 0%。

研究纳入 500 例 CABG 患者,分别接受三种抗血小板方案。

PRESERVE 研究:

造影后使用碳酸氢钠和乙酰半胱氨酸无获益

PRESERVE 研究表明,在接受血管造影的肾脏并发症高危患者中,与静脉注射氯化钠相比,静脉注射碳酸氢钠或口服乙酰半胱氨酸,并不能降低患者的不良预后风险。论文于 11 月 12 日同时在线发表于《新英格兰医学杂志》。

研究显示,碳酸氢

钠组和氯化钠组的主要终点事件(90 d 死亡、透析及持续血肌酐水平较基线值升高至少 50%)发生率分别为 4.4% 和 4.7%;乙酰半胱氨酸组和安慰剂组分别为 4.6% 和 4.5%。

此外,组间次要终点事件(造影剂相关的急性肾损伤)发生率亦

无显著差异。

该 2×2 析因设计试验共纳入 5177 例拟行血管造影的肾脏并发症高危患者,随机给予静脉 1.26% 碳酸氢钠或静脉 0.9% 氯化钠,以及口服 5 d 乙酰半胱氨酸或口服安慰剂。由于中期分析结果达到预设终点,研究提前终止。

BRUISE CONTROL-2 研究:

围术期持续抗凝不降血肿发生率

BRUISE CONTROL-2 研究结果表明,对于行心脏起搏器或除颤器置入术的血栓栓塞中高危患者,与中断使用直接口服抗凝剂(DOAC)相比,持续使用并不会降低中高危患者血肿发生率。

研究显示,持续或中断使用达比加群、利伐沙班、阿哌沙班等

DOAC 时,临床相关的血肿发生率均为 2.1%。

而且,所有次要终点(包括卒中、短暂性脑缺血发作),两种给药策略之间亦无明显差异。

研究者认为,不应将持续 DOAC 作为降低血肿率的特别策略,而应根据具体临床情况判断选择哪种策略更为合理。

研究纳入 662 例 CHA₂DS₂-VASc 评分 ≥ 2 分(平均 3.9 分)的患者,随机接受持续 DOAC 或中断 DOAC。中断 DOAC 组中,阿哌沙班或利伐沙班治疗患者在术前 2 d 停止药物治疗,达比加群治疗患者取决于肾小球滤过率。术后 24 h 后恢复 3 种药物的常规剂量。