

射血分数下降心衰停用地高辛有风险



研究视界

75岁以上老人
停用他汀一级预防
心血管风险增三成



他汀类药物在治疗 75 岁以上人群心血管疾病一级预防中的作用仍是备受争论的话题，几乎没有证据支持或排除这种治疗的益处。近日法国一项研究显示，对先前接受过一级预防治疗的 75 岁患者中止他汀类药物，增加心血管事件入院风险（Eur Heart J.7 月 30 日在线版）

研究纳入法国国家医疗保健数据库 2012-2014 年 120 173 例 75 岁受试者，既往无心血管疾病史且在过去 2 年中他汀类药物服用率 $\geq 80\%$ 。他汀类药物停药定义为连续三个月未服用。平均随访 2.4 年，其中 17 204 例（14.3%）受试者停用他汀类药物，5396 例（4.5%）受试者因心血管事件入院。

结果显示，他汀类药物停药后，任何心血管事件（HR=1.33）、冠状动脉事件（HR=1.46）、脑血管事件（HR=1.26）和其他血管事件（HR=1.02）均增加。

研究者表示，他汀类药物停药可致 75 岁一级预防患者心血管事件风险增加 33%。未来需更多随机研究证实这些发现，支持更新和阐明他汀类药物用于老年人一级预防的指南。

既往大量研究对于心衰和心房颤动患者使用地高辛后的死亡率有很多相互矛盾的结果。

近日，美国一项研究显示，在射血分数下降的心衰（HFrEF）患者中，停用地高辛或有更坏的临床结局。（J Am Coll Cardiol.7 月 29 日在线版）

研究纳入 OPTIMIZE-HF 研究中 3499 例因 HFrEF 入院且服用地高辛治疗的患者，比较停用地高辛与继续使用地高辛的结局。倾向匹配后，共纳入 698 例停用地高辛的患者和 698 例继续使用地高辛的患者，平均 76 岁，男性 41%，黑人 13%，平均射血分数为 28%，且 65% 的患者应用 β 受体阻滞剂。

结果显示，出院 4 年

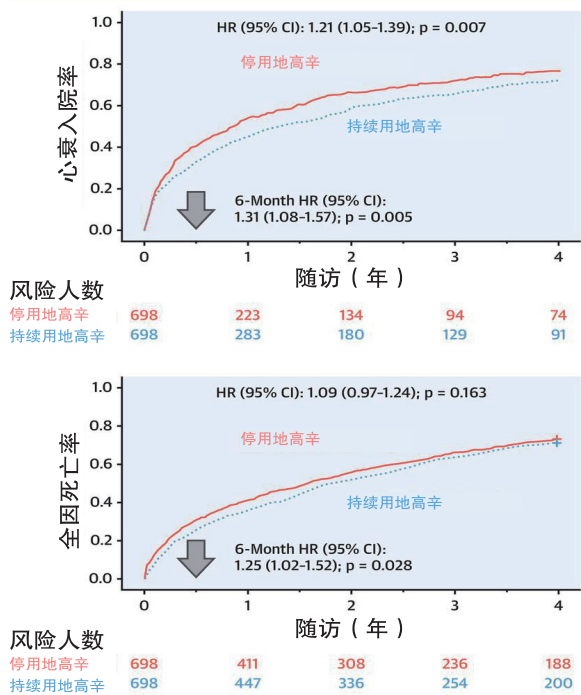


图 1 地高辛停药结果的 Kaplan-Meier 曲线

后，与继续应用地高辛的患者相比，停用地高辛患者的心衰再入院风险（HR=1.21）、全因再入院风险（HR=1.16），以及心衰再入院/全因死亡率

（HR=1.2）均更高。4 年时，两组患者在全因死亡率方面无显著差异（图 1）。

30 d 时，停药组的全因死亡率（HR=1.8）和心衰再入院/全因死亡率（HR=1.36）较高，但心衰再入院或全因再入院风险不高。6 个月和 1 年时，停药组的心衰再入院、全因再入院、全因死亡率，心衰再入院/全因死亡率等均较高。

研究者表示，本研究结果与 RADIANCE 和 PROVED 试验结果一致。RADIANCE 和 PROVED 试验证明，停用地高辛可增加未接受指南指导药物治疗（GDMT）慢性 HFrEF 门诊患者的不良结局风险。本研究则是在接受 GDMT 的 HFrEF 住院患者中，首次证明了停用

地高辛的不良事件风险。

基于 PROVED、RADIANCE 和 DIG 随机试验，美国心衰指南建议应用地高辛。该研究证据早于现代的 GDMT——血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素受体阻滞剂（ARB）、 β 受体阻滞剂和盐皮质激素拮抗剂（MRA），并证明了地高辛可显著降低因心衰再入院的风险，但对死亡率无显著影响。

研究者表示：“面对一位射血分数降低的心衰患者，我会启动 ACEI、 β 受体阻滞剂，而非地高辛。然而，正如指南中所讲，若患者仍有症状，且正在住院，我便会选择地高辛治疗，因为 DIG 试验已明确表明其可降低心衰和全因再入院风险。”



焦点争鸣

SGLT-2 抑制剂或不增尿路感染风险

2015 年，FDA 向所有 SGLT-2 抑制剂标签添加了严重尿路感染（UTI）的警告。因为此前报道称，使用这类药物的患者出现了脓毒症合并 UTI 和肾盂肾炎。但证据或来自上市后报告，或来自临床试验。近日，美国一项队列研究显示，SGLT-2 抑制剂不增加门诊 UTI 风险。（Ann Intern Med.7 月 30 日在线版）

研究基于美国两大商业保险数据，纳入 ≥ 18 岁的 2 型糖尿病患者。分别比较使用 SGLT-2 抑制剂与 DPP-4 抑制剂（队列 1）或 GLP-1 激动剂（队列 2）的 UTI 结局。队列 1 SGLT-2 抑

制剂组 61 876 例，DPP-4 抑制剂组 61 876 例；队列 2 SGLT-2 抑制剂组 55 989 例，GLP-1 激动剂组 55 989 例。

结果显示，两年内使用 SGLT-2 抑制剂，与 DPP-4 抑制剂或 GLP-1 激动剂组相比，发生严重或非严重 UTI 几率无差异。队列 1 中，SGLT-2 抑制剂组有 61 例严重 UTI 事件，而 DPP-4 抑制剂组有 57 例。队列 2 中，SGLT-2 抑制剂组有 73 例严重 UTI 事件，而 GLP-1 激动剂组有 87 例（HR=0.72，P=0.04），但该结果可能受多种不确定因素影响。



专家视角

电休克治疗双相抑郁有效率高

电休克疗法（ECT）用于重度双相抑郁患者是有效的，但不是所有的患者都有反应。近日，一项研究显示，电休克治疗双相抑郁的疗效较好，每 5 例患者中有 4 例达有效标准；电休克治疗反应良好的最强预测因素为年龄较大，而共病精神科疾病尤其是人格障碍或强迫症似乎是电休克治疗有效率低预测因素。（Acta Psychiatr Scand.7 月 23 日在线版）

研究纳入 1251 例 2011-2016 年瑞典接受 ECT 治疗的双相抑郁患者，平均接受了 7 次电休克治疗，同时研究获取了所有受试者入院前 100 d 内使用的药

物。电休克治疗有效定义为电休克治疗完成后的 1 周内 CGI-I 评分 1（极显著改善）或 2（显著改善）。

结果显示，1251 例研究对象中，1003 例（80.2%）有效，其中 CGI-I 评分 1 和 2 的患者比例分别为 24.4% 和 55.8%。8 例患者（0.6%）在电休克治疗结束时症状无改善或恶化（定义为 CGI-I 评分 5、6、7）。606 例患者拥有自评 MADRS 数据，其中 223 例（36.8%）达到治愈标准，301 例（49.7%）MADRS 总分为 0~12。年龄越大，ECT 的应答率越高。



安全警戒

抑酸药或增过敏风险

之前已有大量研究证实，长期或过度使用抑酸药会增加严重不良事件风险，包括骨质疏松性骨折、艰难梭菌或其他胃肠道感染以及肺炎等。而近日奥地利学者研究发现，使用抑酸药还可能增加过敏风险。（Nat Commun. 7 月 30 日在线版）

研究采用 2009-2013 年

奥地利 810 万至 830 万人（约总人口的 97%）的医疗保险数据。分析发现，与未使用抑酸药者相比，使用抑酸药（如质子泵抑制剂、硫糖铝、 H_2 受体拮抗剂或前列腺素 E2）的患者之后使用抗过敏药的可能性几乎加倍（处方率比为 1.96）。而且在奥地利区域数据集中，使用抑酸药的患者之后使用抗过敏药

的可能性更高，至少增加 2 倍（处方率比为 3.07）。

而且，除了前列腺素 E2 由于处方量太小无法得出结论外，其他所有类型抑酸药的处方率比均增加。处方率比在女性中高于男性（2.10 与 1.70）；处方率比还呈现出随年龄增长的趋势，从 20 岁以下人群中 1.47 增至 60 岁以上

人群的 5.20。

研究还发现，即使每年仅使用 6 次抑酸药也与使用抗过敏药的风险增加相关。而且，抑酸药的累计暴露剂量越高，使用抗过敏药的风险也越高。

比如说，每年使用 20 日剂量抑酸药者（最低四分位组）的风险增加 28%，而每年使用 68~213 日剂量

者（第三四分位组）的风险增加 1.67 倍；之后风险似乎趋于平稳，每年使用超过 213 日剂量者（最高四分位组）的风险增加 1.57 倍。

由于该研究中大部分类型抑酸药都与抗过敏药处方增加相关，因此作者认为潜在机制可能与胃酸调节相关，而不是特定药物的作用方式。

一句话新闻

印度一项研究显示，对于妊娠期高血压女性，所有口服抗高血压药物都能将血压降至参考范围，甲基多巴、硝苯地平 and 拉贝洛尔是可行的初步选择。（Lancet.8 月 1 日在线版）

经导管主动脉瓣置换术后患者服用 RAS 抑制剂可降低心血管死亡率，起到心血管全面保护的作用。（JACC.7 月 29 日在线版）