

据:早晨诊室血压、心电图测得的心率、是否坚持使用 CPAP、药物治疗情况、生活习惯(包括饮食和锻炼)、身高、体质量、腰围、臀围、颈围和 ESS。

结果:2010 年 1 月~2012 年 12 月检查了 305 例疑为 OSA 的非肥胖患者中,其中 78 例患者满足纳入标准。基线评估后,40 例患者被随机分到 CPAP 治疗组,38 例患者接受了药物治疗(对照组),8 例患者研究结束前退出,最终 CPAP 治疗组 37 例和对照组 33 例进入意向分析,随访周期为 12 个月。

CPAP 治疗组和对照组的患者在年龄、性别、目前吸烟状况、药物治疗、BMI、AHI、ESS 或血清标志物无明显差别(所有  $P > 0.05$ ),平均年龄为  $(61.9 \pm 6.5)$  岁,大多数患者为男性(83.3%),平均 BMI 为  $(23.0 \pm 1.1) \text{ kg/m}^2$ 。

无患者接受上气道的外科手术治疗或有降血脂的药物、体质量、饮食或锻炼等的改变。同对照组相比,CPAP 治疗组血脂(总胆固醇、三酰甘油、HDL-C 和 LDL-C)无明显不同(所有  $P > 0.05$ )。随访期间,CPAP 治疗组的 hs-CRP 水平比对照组低,但无统计学差异( $P = 0.429$ )。简单线性相关分析表明 OSA 的严重度和血脂间无相关性(所有  $P > 0.05$ )。平均 CPAP 压为  $(9.7 \pm 1.3) \text{ cm H}_2\text{O}$ ,平均 CPAP 治疗时间为  $(4.2 \pm 1.1) \text{ h/晚}$ 。随访 12 个月时,CPAP 治疗组平均 AHI 降低 90.4% [从  $(28.5 \pm 12.1)$  次/h 降至  $(2.7 \pm 1.5)$  次/h],显示对 OSA 控制良好。在对照组,平均 AHI 降低 2.7% [从  $(29.4 \pm 12.9)$  次/h 降至  $(28.6 \pm 12.0)$  次/h],两组间差异明显( $P > 0.001$ )。同对照组相比,CPAP 治疗组 ESS 评估出的白天嗜睡的症状明显改善。

结论:该研究证实,同对照组相比,在伴有 CAD 和 OSA 的非肥胖患者(接受标准的药物治疗),长期的 CPAP 治疗未明显降低血脂或 hs-CRP 水平;除此之外,OSA 的严重程度和血脂水平之间未发现相关性;但在 CPAP 治疗组,患者的日间嗜睡症状明显改善。

成都市第三人民医院 成都市心血管病研究所 李小清摘译

收稿日期:2016-03-26

## 008 2 型心肌梗死相关临床特点分析 [Baron T, Hambraeus K, Sundstrom J, et al. Heart, 2015, 101: 101-106 (英文)]

目前国际上常将急性心肌梗死(AMI)分为 5 型:1 型急性冠状动脉事件;2 型继发性 AMI;3 型猝死型 AMI;4 型冠状动脉介入相关 AMI;5 型冠状动脉搭桥术相关 AMI。但迄今众多报道涉及的是 1 型 AMI,对于 2 型 AMI 相关临床特点认知甚少,现就就此进行大样本对照分析。

受试对象为 20 138 例 AMI 住院患者,女性居少,年龄 71~75 岁。其中 1 型 AMI 占 88.5%,2 型 AMI 7.1%,多存活出院。人均随访 1 年,在校正混杂影响因素及变量等后观察分析比较,与 1 型 AMI 患者相比,2 型 AMI 患者并发心律失常、心力衰竭、再梗死、贫血、出血、肾功能不全,以及 1 年内死亡风险等临床特点间差异。

结果显示,与 1 型 AMI 患者相比,2 型 AMI 患者年龄更大,女性居多,伴心血管病公认危险因素亦多,并存疾病较多,心力衰竭及心房颤动尤其多,而肾功能受损及贫血等却大致相仿;

且冠状动脉正常者明显居多(7.4% : 42.4%),较少接受介入治疗,使用抗血小板药物者少,接受药物治疗者稍多,心肌酐、C 反应蛋白、血糖均高,血红蛋白和血胆固醇水平均低,肌钙蛋白水平较低,心电图异常改变者少。而随访 1 年发现,与 1 型 AMI 患者相比,2 型 AMI 患者 1 年内病死率明显较高(13.5% : 24.7%,  $P < 0.001$ ),且院内病死率也高(1.0% : 5.5%,  $P < 0.001$ ),院内伴发心房颤动也多(3.9% : 6.9%,  $P < 0.001$ )。多因素分析提示,在校正年龄、性别、并存疾病以及其他混杂影响因素和变量等后,其院内病死率仍高,1 年内病死率仅稍增加( $HR 1.03$ )。

研究人员最后认为,与 1 型 AMI 患者相比,2 型 AMI 患者相对较少,且年龄较大、女性居多、并存疾病多、接受介入治疗者少、接受药物治疗者稍多、1 年内病死率明显较高,但在校正其他变量后,其 1 年内死亡风险仅稍有增高。

四川省第五人民医院 袁志敏摘译

收稿日期:2015-10-16

## 009 体外循环术中应用甲基强的松龙并无必要:一项多中心随机对照试验结果 [Whitlock RP, Devereaux PJ, Teoh KH, et al. Lancet, 2015, 386: 1243-1253 (英文)]

体外循环是安全开展心内直视手术的必备基础技术,但其本身所触发的机体全身炎症反应综合征却可能会增加患者术后并发症甚至死亡的发生风险。由于糖皮质激素对炎症反应具有明确的抑制效应,因此从理论上讲,对接受体外循环心内直视手术的高风险患者,在术中应用糖皮质激素可能会获得较好的手术预后。作者设计的本项多中心、双盲、随机对照实验,旨在评估在体外循环心内直视术中应用糖皮质激素,是否会对高风险患者术后并发症的发生率和病死率产生影响。

本项有关糖皮质激素的实验研究共有 80 家医院的心脏外科共同参与,这些医院分布在 18 个国家。本项研究的组织者应用统一的一台中心计算机网络互动随机分配软件,对符合条件将要接受体外循环心内直视术的高风险患者,按 1:1 比例进行统一的随机分配,确定其入组情况并通知相应医院执行。实验组患者于麻醉诱导及体外循环开始这两个时点,分别给予甲基强的松龙各 250 mg;对照组则于此两个时点予以安慰剂。患者入选标准需同时满足以下两个条件:年龄  $\geq 18$  岁;采用欧洲心脏手术风险评估体系对患者接受体外循环心内直视手术的风险评分须  $\geq 6$  分。只要存在以下任一临床情况即加以排除:术前或术后早期预计需要接受全身性糖皮质激素治疗;术前 30 d 内有细菌或真菌感染病史。患者本人、护理人员及参与研究的临床观察评估人员均不知道患者的实验分组情况。实验观察的主要指标是术后 30 d 的病死率和以下几种重要并发症的发生率:心肌损伤、脑卒中、肾衰竭或呼吸衰竭。关于手术并发症及应用甲基强的松龙的药物相关不良反应判断标准,是基于事件已发生并且考虑需进行治疗处理,即应予以诊断并作统计分析。本项研究在官方的临床试验登记中心有正式的申报注册。

本临床研究持续征募患者开展研究的年限达 7 年,最终统计分析时发现具有完整的术后 30 d 数据的患者有 7 507 例,随