新英格兰医学精评十大临床指南

作者：writer 来源：本站

本文原地址：https://www.iikx.com/news/article/175.html

本文仅供学习交流之用，版权归原作者所有，请勿用于商业用途！

导读：新英格兰医学(NEJM)对2013年以来的临床指南进行广泛评估，选出最有临床影响力的指南，总结精华、提炼亮点，并给予精辟点评。

★对年龄在<60岁的一般患者，收缩压≥140mmHg或舒张压≥90mmHg开始考虑降压药物治疗。目标血压为<140/90mmHg，舒张压限值要基于高度可靠获得。

★对有糖尿病或慢性肾病的患者，启动药物治疗的血压阈值是140/90mmHg。目标血压为<140/90 mmHg。

★如果病人需要进一步治疗，可个体化地对初始治疗药物逐渐加量至最大量，或联合加用其他药物并可使用最大剂量。

指南的前身JNC7是一个全面综合的文件，不仅包括高血压治疗，还涵盖了高血压的定义、如何测量BP、生活方式调整和高血压管理等;JNC8集中关注药物治疗。除了随机试验数据，JNC7推荐意见还从观测数据和专家意见获取;JNC8则主要采纳随机对照试验方式所得到和专家明确认定的意见。两者关于治疗的具体差异如下:

★JNC7推荐的治疗限值为140/90mmHg(不限年龄)，而JNC8推荐在60岁时提高收缩限值。此外，JNC7推荐了糖尿病或慢性肾脏疾病患者的低限值(130/80mmHg)，但JNC8并不推荐。

★在JNC7中，噻嗪类利尿剂被推荐为初始治疗药物，而CCBs、血管紧张素转换酶剂、ARB类和β-blockers仅为替代药物。在JNC8中，初始药物选择扩大了，针对非黑人患者有4类，针对黑人患者有2类。β-blockers不再推荐于初始治疗。

JNC8制定了一个相当简洁，同时基于的，在限定范围为高血压药物治疗的指南。然而，其可能不利于临床医师从细微之处更全面地进行高血压管理。例如，患者血压140/90mmHg还需要确定哪些细节，才能判断是否到达治疗阈值?是否应该用氢氯噻嗪、氯噻酮控制患者血压?对于性高血压，在申请专家会诊之前，应该如何作出一个合理的控制血压清单?

恰巧，在JNC8发布指南的同一周，美国高血压学会(ASH)和国际高血压学会(ISH)也发布了高血压指南，解决了一些更细节的问题。其治疗类似于JNC8，然而有一个例外——在病人年龄大于80岁时，收缩限值提高到150mmHg。

不再推荐低密度脂蛋白胆固醇的治疗目标;然而，临床医生应确定病人是否为4个高危人群之一，

并应启动他汀治疗：

★年龄<75岁的动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)患者应接受高强度他汀类药物治疗;年龄≥75岁的ASCVD患者应接受中等强度他汀类药物治疗。

★40～75岁的糖尿病并发低密度脂蛋白(胆固醇水平70～189mg/dL)患者和无临床症状ASCVD患者，至少要接受中等强度他汀类药物治疗。

★无临床症状的ASCVD或无糖尿病但胆固醇水平在70～189mg/dL的低密度脂蛋白患者，并且10年ASCVD风险≥7.5%，就应该接受中等或高强度的他汀类药物治疗。

★中等强度他汀类药物治疗包括阿托伐他汀(10～20mg)、瑞舒伐他汀(5～10mg)、辛伐他汀(20～40mg)、普伐他汀(40～80mg)。

这一指南明确地替代了目前广泛使用的ATP3，ATP3最后更新为2004年。最明显的重大变化是：对于他汀类药物治疗无需达到一个特定的低密度脂蛋白胆固醇目标。对随访患者的血脂测定是为了评估以后的治疗，而不去看具体的低密度脂蛋白胆固醇目标是否已经实现。

放弃低密度脂蛋白胆固醇目标的理由是，某些药物看似能“改善”血脂谱，却不提高临床疗效。随机试验表明，他汀药物的优势不在胆固醇目标。并且他汀类药物除了能降低低密度脂蛋白胆固醇之外，可通过多方面发挥效益。分析提示，一级预防7.5%风险阈值的治疗益处出来。该指南承认，部分患者不能耐受他汀类药物，特别是在一级预防时，病人的首选治疗药物需要讨论决定。对于某些患者，高强度他汀类药物的费用，与普通的辛伐他汀或普伐他汀相比是一个问题。

★新的荟萃公式用于初发的动脉粥样硬化性心血管病(非致命性心肌梗死、冠心病死亡、性或非性中风)十年风险预测。

★如果评估后还是无法确定治疗方案，那么要结合家族史、C蛋白的度、冠状动脉钙化程度以及脚踝水肿程度来考虑。

★颈动脉中内膜厚度的评估不适于评估动脉粥样硬化性心血管病首发风险。载脂蛋白B的升高值、慢性肾疾病、蛋白尿和心肺适能评估动脉粥样硬化性心血管病首发风险还不确定。

不同于ACC/AHA于2011年发布的指南，新指南包括一个全球风险评估模型的特定签注文件，并且降低了颈动脉中内膜厚度在动脉粥样硬化性心血管病的首发风险中的地位。

新指南引入了新的心血管疾病十年首发风险公式评估。评估风险计算器可从网上下载，使用简单。与此同时，还包含治疗方案的计算方法，用来指导一级预防胆固醇的控制。

★所有的超重和肥胖患者均应劝其减肥，减肥有助于降低低密度脂蛋白、甘油三酯、血糖、糖化血红蛋白(HgA1c)，也有助于降低糖尿病的患病风险，有助于血压;减肥措施的健康获益与药物治疗，以及增加高密度脂蛋白一样有效(I类)。

★识别患者的心血管疾病、2型糖尿病的风险;BMI(超重≥25kg/m2;肥胖≥30kg/m2)作为初始筛选步骤(I类)，腰围(女性>88厘米，男性>102厘米)作进一步的风险评估(ⅡA类)。

★任何处方下都应减少热量摄入(I类)，并应考虑到与增加的能源需求相互平衡。没有哪一种是特别理想的减肥饮食。

★最有效的减肥方式是综合性生活方式干预(结合饮食、身体活动和行为策略)，高强度(6个月以内14节课程)加入经专门训练的干预专家组织的干预组或接受个人干预服务，干预时间应持续1年或以上(I类)。

★减肥手术适用于≥40kg/m2体重指数患者，对≥35kg/m2或者对全面的生活方式干预治疗无效的患者也可以考虑(Ⅱa类)。最有效的手术方法取决于许多临床变量(Ⅱb类)，医生应该提醒病人选择有经验的减肥外科医师，减肥手术不是每个有资质的减肥外科医生都能做得好的。

关于具体的饮食及生活方式干预和手术减肥的被彻底重新。对于BMI和心血管效应之间关系的有些松动，导致初始减肥目标变化。

指南继续强调减肥的重要性在于改善患者的心血管结局，同时强调了一个事实：世界上并不存在减肥的所谓灵丹妙药。减少热量摄入是减肥成功的前提。综合性、高强度、持久的生活方式改变最有可能取得良好效果，并提醒临床医生将减肥手术留给那些体重指数≥40、没有并存其他合并症的患者。

★对于>30包/年的吸烟史(每天1包，吸烟30年;或每天2包，吸烟15年)的高危老年人(55～80岁)，不论目前是否仍在吸烟，以及在过去15年内已经戒烟的，以LDCT。

这项在很大程度上是基于2011年全美肺癌筛查试验的结果(NLST)，以及在此基础上的推演的计算机模型。例如，在该试验中人们每年筛查只持续3年，而指南却在25年的年龄跨度内进行年度筛查。

由于筛查的危害(如假阳性结果和过度诊断)，该指南LDCT检查应在可靠的医学中心使用，确保准确度，并明确诊断标准，建立进一步诊断的明确标准。正如一篇评论中所言，“ USPSTF推荐的是一个结构化的筛查过程，而不是一个简单的CT扫描。 ”但这会带来一个问题，因为初级保健提供方来说，结构化的筛查程序尚未在大多数地方使用。

★临床医生应该向乳腺癌高风险女性使用药物来降低风险。对于高风险女性，如果药物不良反应风险很小，临床医生应该处方三苯氧胺或雷诺昔芬。对于5年内乳腺癌风险≥3%的女性而言，与药物可能导致的相比，药物的预防益处更为显著。

★治疗的潜在危害包括:静脉血栓栓塞事件风险(5年4～7/1000)，风险与年龄成正比，三苯氧胺的风险高于雷诺昔芬。他莫昔芬(不是雷诺昔芬)与子宫内膜癌的风险(4/1000)相关。

此更新重申了2002年USPSTF声明，讨论和治疗预防用药时药物副作用并不严重的乳腺癌高危妇女。

确定化学预防的关键是最佳利益。大多数女性存在过高的乳腺癌风险，只有一小部分高危女性将受益于他莫西芬或雷诺昔芬。

★对于ICS治疗无应答的激素耐药患者，除高剂量ICS或LABA，可考虑小剂量茶碱或长效抗胆碱剂，如噻托溴铵(思力华)。痰嗜酸细胞计数可用于指导患者治疗，但不推荐测定呼一氧化氮。对

于过敏性哮喘患者，可考虑试用奥马珠单抗(索雷尔)。不推荐甲氨蝶呤和大环内酯类抗生素。抗真菌药物仅用于过敏性支气管肺曲霉病患者。支气管热整形术治疗重度哮喘，因现有可信度“非常低”，仅应在临床试验或注册研究中使用。

本指南在不主张使用未经的疗法和诊断策略诊治重度哮喘方面做了很好的工作，但对于这一难治人群循证选择是相当有限的，痰嗜酸性粒细胞计数并不适用于大多数临床医生。重度哮喘患者应及时接受哮喘专科医生的治疗，重点是遵循现有指南。对于使用高剂量吸入糖皮质激素和长效β2-受体激动剂无法控制的患者，下一步的选择是奥马珠单抗和噻托溴铵。

★虽然血清IgE水平、外周血嗜酸性粒细胞计数、组织肥大细胞通常在过敏性皮炎中升高，但在大多数情况下，这些指标对于诊断没有帮助，对病情也没有足够的性和性。

★皮肤瘙痒成为患者和家属的疾病负担;AD患者60%有睡眠障碍，疾病发作期这个比例上升到83%。

★AD多见于城市地区和黑人人群中。人们曾认为AD在较高的社会经济群体多见，但近期研究并不支持这一点。

这些准则提供了有助于医生诊断的最新和有价值的信息。例如，使用IgE水平和血清嗜酸性粒细胞诊断用于疾病活动性的评估和诊断是常见的做法，但很少有表明这些参数是有帮助的。膳食措施和屋尘螨的避免经常被用来AD的发生，但没有表明这些做法的结果是有效的预防。

[主办机构]美国神经病学学会(AAN)，美国老年医学会(AGS)，美国病学协会(APA)，美国医务主管协会(AMDA)，美国医学协会(AMA)之医师绩效改善协会

★每年评估病情发展阶段、认知功能、神经症状以及并发的抑郁症状。给予有关安全、驾驶、姑息和预见性的医疗和护理问题是重点。唯一与临床有直接关系的措施与神经症状有关。

★本指南包含10项治疗老年痴呆的措施，每年还应通过各医疗机构所记录的电子档案进行完善与改进，这需要由医疗主管部门监督。

毫无疑问，这些指导方针将提升该病治疗和统计数据的一致性。但不幸的是，这种纯粹的数字计算并不能完全解释痴呆的病理原因。而让医生来为这些措施买单，可能会影响病历的真实性，医生可能减少对病人的投入时间。

★劳力性难产：潜伏期延长(初产妇>20小时或经产妇>14小时)不是剖宫产的适应证;活跃分娩通常在宫颈扩张6cm开始，因此在第一产程的活跃期停滞时，只有宫颈扩张>6cm、羊膜破裂并且无进展期>4小时的充分宫缩，才考虑行剖宫产;缓慢而稳定的第一产程不是剖宫产的适应证;第二产程的活跃期停滞，不应在初产妇用力3小时或经产妇用力2小时之前宣布，如果产程继续并且确认产妇和胎儿健康，让产妇用力更久是合理的;在适当的时候，手术分娩可以替代剖宫产。

★胎儿心率异常：当怀疑胎儿心脏异常变化时，胎儿头皮刺激可用来评估胎儿酸中毒血症的可能性;可以考虑羊膜腔灌注替代剖宫产;先露异常;临床医生应从孕周36周开始评估胎位，如果需要，可以考虑胎位倒转术矫正胎位。

★引产：近年来数据不支持“引产提高首次剖宫产风险”的观点。要根据母亲和胎儿的适应症决

定是否进行足月妊娠41周前的引产。只有在使用催产素24小时后依然不见活跃分娩，或者破膜后至少12～18小时的产妇，才考虑引产失败，后行剖宫产。

编写这份指南时，ACOG和SMFM都认为很有必要对这个议题进行系统调整，鼓励医生进行合适的训练和观念的转变，以确保这些得以实施。假如没有上述组织的参与，没有临床医师鼓励分娩的想法，这些循证指南就无法确立下来。

更多 论文写作 请访问 https://www.iikx.com/news/article/

本文版权归原作者所有，请勿用于商业用途，爱科学iikx.com转发