

医院与外科医生的数量对腹主动脉瘤治疗结果的影响：一个系统综述

N.E. Marlow ^a, B. Barraclough ^b, N.A. Collier ^c, I.C. Dickinson ^d, J. Fawcett ^e,
J.C. Graham ^f, G.J. Maddern ^{a,g}

^a *Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures e Surgical, Royal Australasian College of Surgeons, Adelaide, SA, Australia*

^b *NSW Clinical Excellence Commission, Sydney, NSW, Australia*

^c *Royal Melbourne Hospital, Parkville, VIC, Australia*

^d *The Wesley Medical Centre, Auchenflower, QLD, Australia*

^e *Queensland Liver Transplant Unit, Princess Alexandra Hospital, Woolloongabba, QLD, Australia*

^f *St. Vincent's Medical Centre, Lismore, NSW, Australia*

^g *Discipline of Surgery, The University of Adelaide and The Queen Elizabeth Hospital, Adelaide, SA, Australia*

目标：这个系统综述为了评估对未破裂及破裂腹主动脉瘤的集中化治疗的有效性。病人的结局由医院或外科医生的数量的低和高来实现，包括发病率，死亡率及住院时间，这些都用来作为监测有效性的代理措施。

设计：用系统综述来鉴别，评估及报告关于报道未破裂及破裂腹主动脉瘤的结局的队列研究的综述性文章。在数据库的搜索方面没有设置语言限制。

材料：仅限队列研究的综述性期刊论文。

方法：为了确定这些综述的同时代的本质，只收集 1997 年 1 月-2007 年 6 月之间发表的研究。这些研究包括如果它们至少做出了一种数量类型和病人结局的报道。

结果：这个综述包括 22 项研究。对大部分组的评估，报道统计学差异的研究的数量与报道没有统计学差异的研究的数量相似。

结论：关于统计学显著性的结果表明，尽管这项证据存在的研究资料贫乏，所以当对 21 世纪医疗保健的系统的有效性下结论时，必须考虑到它的潜能可能被高估。

破裂腹主动脉瘤的开放修补及脊髓缺血的危险因素：文献综述及风险因素分析

A.G. Peppelenbosch, I.C. Vermeulen Windsant, M.J. Jacobs, J.H.M. Tordoir, G.W.H. Schurink

Department of Surgery, Maastricht University Medical Centre, PO Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands

目的：破裂腹主动脉瘤的开放外科修补后的脊髓缺血是一个罕见的事件。我们评估当前的发生率及设法辨别危险因子。我们也报到了一个病例。

方法：A组包括从1980年到2009年为破裂腹主动脉瘤行开放修补手术的10例报道。只有系数 ≥ 100 个病人才考虑用来评估发病率。从1956年到2009年的33个病例报道经过鉴定作为B组。B组的病例报道与A组不交叉。根据Gloviczki描述的神经功能缺失的分类将B组病人分层（I型完全梗塞和II型未到2/3的梗塞）。

结果：A组由1438名病人组成。A组86%为男性，平均年龄为72.1岁。术后截瘫的发病率为1.2%（幅度为0-2.8%）。在院死亡率为46.9%。B组的33位病人中86%是男性，平均年龄为68.0岁。大部分病人发展为I型（42%）或II型（33%）功能丧失。在院死亡率为51.6%。调查的不同组之间没有显著差异。

结论：破裂腹主动脉瘤术后的脊髓缺血是一个罕见并发症，其发生率为1.2%（幅度为0-2.8%）。

经历血管内或外科血运重建的下肢外周动脉疾病病人的生活质量：一个病例对照研究

L. Remes^{a,b}, R. Isoaho^{c,d,e}, T. Vahlberg^f, M. Viitanen^{b,g,h,i}, P. Rautava^{a,b,j}

^a *Institute of Clinical Medicine, Department of Public Health, University of Turku, Finland*

^b *Turku City Hospital, Finland*

^c *Institute of Clinical Medicine, Department of Family Medicine/General Practice, University of Turku, Finland*

^d *Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden*

^e *Malax-Korsnäs Health Center, Finland*

^f *Institute of Clinical Medicine, Department of Biostatistics, University of Turku, Finland*

^g *Institute of Clinical Medicine, Department of Geriatrics, University of Turku, Finland*

^h *Division of Clinical Geriatrics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*

ⁱ *Department of Geriatrics, Karolinska University Hospital Huddinge, Stockholm, Sweden*

^j *Turku University Hospital, Turku, Finland*

目的：为了评估只经历经皮腔内血管成形术（PTA）和/或一种或多种外科血管重建术的外周动脉疾病（PAD）病人的生活质量（QoL）。

设计：运用病例对照研究的方法来进行问卷调查的研究。

材料及方法：131位经历PTA的病人（平均年龄70.7岁，标准差10.4年；范围39岁到89岁，58%为男性），100位经历外科血管重建术的病人（平均年龄67.8岁，标准差10.4年；范围43岁到91岁，62%为男性），病例采集时间在1998年至2003年之间，考虑到他们的年龄及性别匹配。PTA的最后血运重建的平均时间是2.7年，标准差是1.3年，手术病人为3.5年，标准差是1.8年。从70%的病病人取得踝部分支压力指数（ABI）及小型心理状态的测验（MMSE）评分的数据。运用15天健康相关QoL仪器来评估QoL，Rand-36躯体功能亚分级，6-项短暂社会支持问卷调查，老年病学的抑郁量表（GDS），自我报告生活满意度（LS）评分，及一个“健康感知状态”调查。

结果：血管内和/或外科血运重建（大部分ABI0.5-0.89及没有认知损害）后的病人有相同的较低的QoL，GDS和LS，这表明了超过了他们能够控制的抑郁。

结论：应充分地考虑差的QoL及抑郁，并同时有适当的随访及ABI测量。

上肢血栓栓子切除术：丹麦的国家队列研究

L.V. Andersen ^{a,e}, L.S. Mortensen ^b, J.S. Lindholt ^c, O. Faergeman ^d, E.W. Henneberg ^c,
L. Frost ^e

^a *Department of Pharmacology, Odense University Hospital, Odense, Denmark*

^b *UNI-C, Danish IT Centre for Education and Research, Aarhus, Denmark*

^c *Vascular Research Unit, Department of Vascular Surgery, Viborg Hospital, Skive, Denmark*

^d *Department of Cardiology and Internal Medicine, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark*

^e *Department of Medicine, Silkeborg Hospital, Silkeborg, Denmark*

目的：我们调查了上肢血栓栓子切除术的发病率及关于手臂切断术、中风和死亡的预后。

方法：我们在丹麦对所有个体做了一项全国性的队列研究，年龄为40岁到99岁，1990年到2002年之间的经历臂部的第一次血栓栓子切除术（尺动脉或桡动脉）的所有个体。病人资料从国立血管登记处、国立病人登记处及市民登记系统取得。病人随访到2006年以确定上肢切除术和中风的发生以及随访到2007以观察死亡的发生。

结果：共登记了1377例血栓栓子切除术的病例，包含504位男性（36.6%），平均年龄为72.0岁，（标准差（SD）12.4岁），873位女性（63.4%），平均年龄为77.2岁，（SD11.7岁）。男性血栓栓子切除术的发病率为3.3年（95%可信区间（CI）：3.1-3.7）及女性的发病率为5.2年（95% CI：4.9-5.6）每100000人年。血栓切除术后，需行上肢切除术的时间男性为术后11年（发病率2.2%；95% CI：1.2-3.4）及女性为31年（发病率3.6%；95% CI：2.4-4.9）。与总体人群相比较，中风发生危险因素年龄和性别特异性比一般人群高2-16倍，死亡的危险因素比一般人群高3-11倍。

结论：上肢血栓栓子切除术与臂部切断术，中风及死亡的危险因素的增加有关。

对运用局部肿胀麻醉的隐股静脉瓣结扎剥离术与大隐静脉静脉内激光（980nm）烧灼术比较的随机化对照试验：1年结果

P. Pronk^a, S.A. Gauw^a, M.C. Mooij^a, M.T.W. Gaastra^a, J.A. Lawson^a, A.R. van Goethem^b
C.J. van Vlijmen-van Keulen^a

^a *Flebologisch Centrum Oosterwal, Overkrocht 10, 1815 KX Alkmaar, The Netherlands*

^b *Braam Kliniek, Assen, The Netherlands*

目的：对运用局部肿胀麻醉行隐股静脉瓣结扎剥离术（SFL/S）与静脉内的激光烧灼术（EVLA 980nm）在治疗大隐静脉功能不全中的比较。

设计：随机化，单中心试验。

材料及方法：大隐静脉功能不全及静脉曲张的病人被随机的分配，行SFL/S或EVLA。在术后第1,2,3,7,10及14天，病人完成对疼痛与生活质量的问卷调查。再发的静脉曲张由双螺旋超声（DUS）在1和6周及6和12个月来评估。

结果：在121位病人的130例患肢中，有68例行SFL/S治疗，62例行EVLA治疗。EVLA治疗后7,10及14天的疼痛的发生明显高于SFL/S（ $p < 0.01$ ； $p < 0.01$ ； $p = 0.01$ ），在7及10天时的血运障碍（ $p < 0.01$ ； $p = 0.01$ ），自我关怀（ $p = 0.03$ ）及7天日常活动（ $p = 0.01$ ）等方面也高于SFL/S。DUS1年后随访显示EVLA术后再发率为9%（5/56）及SFL/S术后再发率为10%（5/49）

结论：运用局部肿胀麻醉行SFL/S及EVLA都是可以接受的，两者短期的复发率没有差别。与SFL/S术后病人相比，EVLA术后第二周的病人因为制动，自我关怀及日常活动等因素而感到明显的痛苦。

系统回顾及META分析的质量控制

M.J. Bown ^a, A.J. Sutton ^b

^a *The University of Leicester, Department of Cardiovascular Sciences, Robert Kilpatrick Clinical Sciences Building, Leicester, Royal Infirmary, Leicester LE2 7LX, United Kingdom*

^b *The University of Leicester, Department of Health Sciences, United Kingdom*

系统综述及META分析被越来越多应用及发表于生物医学杂志。为了维持这些刊物的实用性及避免误导，非常有必要来对这些研究进行一下标准化。这篇文章的目的就是为这些做研究和做类似研究报道的企业以及这样文章的读者提供一个指南。本文给出一个建议性的完成系统回顾的方法的细节，包括对运用META分析的正常方法及META分析结果的解释的短暂的概述的文献检索，数据抽象及数据提取。