

(上接第18版)

脑血管病危险因素防控

董强 降压和他汀是卒中二级预防的基石



董强 教授

复旦大学附属华山医院神经内科董强教授指出，以降脂、调脂为基本核心的治疗策略被多国卒中二级预防指南推荐。

对动脉粥样硬化源

性卒中/短暂性脑缺血发作(TIA)患者血脂异常管理：有或无其他致动脉粥样硬化性心血管病(ASCVD)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) ≥ 2.6 mmol/L者以及无其他ASCVD临床证据、LDL-C < 2.6 mmol/L者，2014美国心脏学会(AHA)/美国卒中学会(ASA)缺血性卒中二级预防指南推荐强效他汀治疗，以降低卒中及心血管事件风险。

对卒中/TIA伴颅内动脉粥样硬化性狭窄：颅内主要动脉狭

窄50%~99%的卒中/TIA患者，推荐收缩压 < 140 mm Hg，以及高强度他汀治疗；全部卒中/TIA伴颈动脉狭窄患者的最佳治疗方案包括抗血小板、他汀治疗及危险因素控制；对缺血性卒中/TIA伴有主动脉弓动脉粥样硬化斑块的患者，推荐他汀治疗。

高血压是卒中首位可控危险因素，而清晨血压是24 h血压管理的重要抓手。平稳控制清晨血压，可使卒中患者显著获益。

徐安定 早期筛查血糖应贯穿卒中全程



徐安定 教授

暨南大学附属第一医院徐安定教授介绍，高血糖是影响卒中预后的重要因素，干预势在必行。卒中急性期或恢复期均应早期筛查血糖，尤应

采用口服葡萄糖耐量试验(OGTT)。低血糖和高血糖对卒中患者同样危险。降糖治疗应采用个体化原则严密监测血糖。

“我国卒中患者多合并糖代谢异常，卒中后出现持续高血糖，梗死灶体积显著增大，且血糖越高，卒中预后越差。研究表明，高血糖是卒中复发的独立危险因素，糖尿病降低卒中患者生存率。”徐教授指出，“卒中后糖耐量受损在临床上常见，使用降糖药物可改善预

后，糖耐量受损应作为缺血性卒中患者治疗目标之一。”

卒中急性期高血糖可分为两种：一是既往存在高血糖，应激时恶化，二是既往血糖正常，卒中急性期高血糖为应激所致。中国2型糖尿病防治指南指出，就临床诊断而言，急性感染、创伤或其他应激情况下可出现暂时性血糖升高，若无明确高血糖病史，则不能以此时的血糖值诊断为糖尿病，需在应激消除后复查并确定糖代谢状态。(图1)

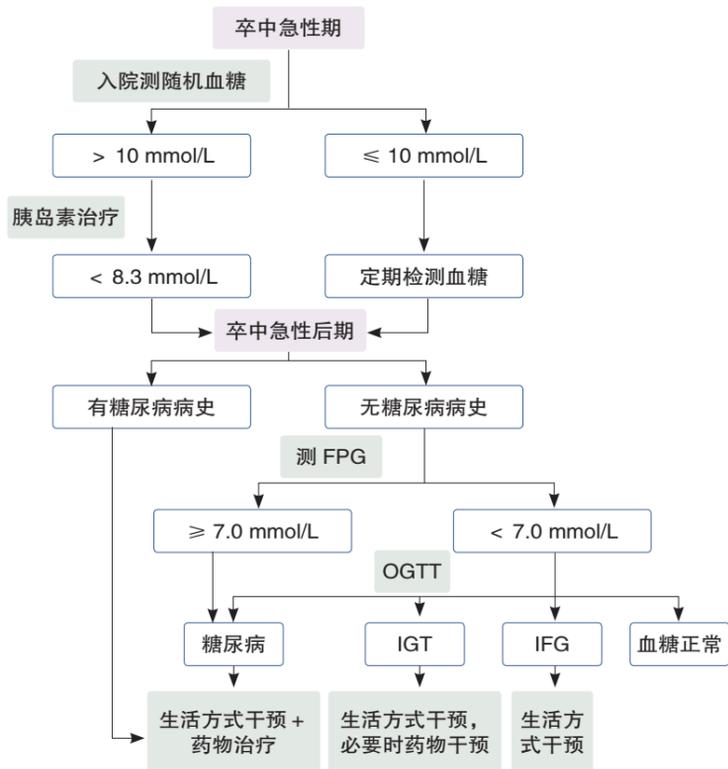


图1 卒中患者血糖筛查流程

颅内动脉狭窄



开幕式上，美国伊利诺斯州 OSF 卒中中心 David Wang 荣获“天坛卒中研究奖”。他表示，这是一份出乎意料的荣誉，将与同道们共同努力，作出更大贡献。

David Wang 不能根据颅内动脉狭窄程度预测卒中风险

WASID 研究显示，颅内动脉狭窄70%~99%的患者，其年卒中风险为20%，而狭窄50%~69%的患者年卒中风险仅10%。美国伊利诺斯州 OSF 卒中中心 David Wang 介绍了新型颅内动脉疾病检查方法，他表示，仅靠狭窄预测卒中风险是片面的，准确预测卒中风险应综合检测斑块性质、形态、血管狭窄程度、侧枝循环、血液动力学等。

新型颅内动脉疾

病检查方法包括血管内超声、电子束断层扫描(EBT)、计算机模拟预测斑块破裂风险、近端远端压力比(FFR)和动脉旋转定位弥散造影。其中，血管内超声可全方位测量斑块位置和大小。EBT 可无创检测冠状动脉钙化程度，直接评估主动脉弓和冠状动脉钙化比，同时根据扫描角度差异可评估斑块进展程度。通过计算机模拟斑块及狭窄情况可预测斑块破裂风

险，及时干预。大脑中动脉造影时可随访评价血管的近端及远端压力比。动脉旋转定位弥散造影不仅可看到血流问题，还可看到某一区域血流前、中、后循环代偿情况。

David 教授表示，这些可精确评估 ICAS 的方法虽然已在广泛应用，但目前尚缺少临床研究证实其可靠性和实用性，需进一步随机对照研究增加证据级别，更好地指导临床应用。

高山 没有症状的颅内动脉狭窄患者不该放支架



高山 教授

北京协和医院神经内科高山教授通过介绍北京协和医院关于无症状大脑中动脉(MCA)粥样硬化性狭窄发生卒中风险的回顾性研究结果，以及分析了历年来国外相关研究，提出无症状MCA狭窄卒中风险低。她表示，对于无症状性颅内动脉狭窄，国际上没有一项指南建议行支架治疗。由于卒中风险低，不需要也不

应支架治疗；而可以控制危险因素，如使用阿司匹林、他汀药物以及降压治疗。

北京协和医院一项回顾性研究纳入2003~2006年在医院神经内科经颅多普勒超声(TCD)筛查MCA狭窄患者，剔除经TCD和磁共振血管造影检查不相符以及2次TCD检查结果不一致者，最后纳入200例MCA患者，平均随访38个月，共7例患者发生卒中(3.8%)，3例与无症状MCA狭窄相关。无症状MCA狭窄相关卒中发生率3年累计1.5%。

2004年发表在《神经病学、神经外科学与精神病学杂志》的研究纳入经颅彩色多普勒

超声(TCCD)诊断的50例无症状MCA粥样硬化性狭窄患者，随访2年，无1例在无症状MCA狭窄区域发生卒中。2005年发表在《神经病学杂志》的研究纳入TCD+TCCD诊断的56例无症状MCA粥样硬化性狭窄患者，年卒中风险为2.8%，发生在狭窄MCA的风险为1.4%。由此说明，无症状MCA狭窄发生卒中风险很低。

此外，WASID研究也显示症状性ICAS合并无症状ICAS比例较高，但无症状ICAS发生卒中风险较低。颅内血管成形术或颅内动脉支架有其固有的围手术期风险，因此，不可对无症状ICAS进行介入治疗。