

常规颈动脉狭窄筛查是过度诊疗？

▲本报记者 苏宁宁

近期美国预防服务工作小组（USPSTF）发布新指南指出，不支持对无症状人群进行颈动脉狭窄筛查。在最好的情况下，筛查无症状颈动脉狭窄5年内也只能降低2%~5.5%的卒中风险，且许多关键性因素导致在现实世界中这种理论性的风险降低并不可能实现。（JAMA. 2015,313:192）

颈动脉是血液由心脏通向脑和其他部位的主要血管。颈动脉按其狭窄程度可分为四级：轻度狭窄，动脉内径缩小<30%；中度狭窄，动脉内径缩小30%~69%；重度狭窄，动脉内径缩小70%~99%；完全闭塞。研究显示，颈动脉狭窄同侧脑梗死的发病率高达90%~95%，同时颈内动脉狭窄是进行性卒中的重要危险因素，10%的缺血性卒中是由于大动脉狭窄所致。

颈动脉狭窄本身无典型的临床表现，常不易发现，仅部分患者可表现

因脑部缺血导致神经系统受损的症状。对于无症状人群是否需要行颈动脉狭窄筛查是临床上存在争议的话题之一。

尽管目前尚无证据支持行常规的颈动脉狭窄筛查，但临床实践中行颈动脉狭窄影像学检查的人群比例仍很高。我国原卫生部部长陈竺曾表示，对于缺血性卒中的预防，我国对颈动脉狭窄关注不够，在常规的体检中也没有颈动脉筛查项目。因此，大量卒中前期的患者没有被及时发现并给以有效的干预。

USPSTF新指南回顾

了56项颈动脉狭窄筛查与卒中风险降低相关性研究，但没有研究直接证实颈动脉狭窄筛查对预防卒中获益。

事实上，早在2007年USPSTF就已首次出台有关颈动脉狭窄筛查指南，不建议在正常人群中常规筛查颈动脉狭窄。2014年7月，USPSTF发布的新建议再次肯定了2007年类似推荐。即颈动脉狭窄的筛查不应该在无卒中和（或）短暂性脑缺血发作（TIA）史，或无其他神经功能缺损的症状与体征的普通人群中筛查。

卒中/TIA史等高危人群适用颈动脉狭窄筛查

虽然在正常人群中常规筛查颈动脉狭窄不可取。但是，通过合理的人群筛查，找出卒中高危人群，甄别出有临床意义的颈动脉狭窄，在此基础上检出颈动脉狭窄卒中高危患者，对卒中预防有非常重要的意义。对此，解放军总医院解恒革认为，应从三个临床路径着手：（1）通过人群筛查，确定卒中危险人群；（2）通过颈动脉狭窄筛查确定目标人群；（3）通过进一步评估，确定颈动脉狭窄卒中高危患者。（中华老年心脑血管病杂志. 2014,16:1121）

解恒革指出，对于卒中高危人群的筛查，可按照国家卫生计生委卒中筛查与防治工程委员会颁布的《脑卒中筛查与防治技术规范》，对于卒中风险筛查评估≥3分者，即为卒中高危人群。其危险因素包括：高血压史（≥140/90 mmHg）或正在服用降压药物、房颤和（或）心瓣膜病等心脏病、吸烟、血脂异常、糖尿病、很少进行体育活动、超重



或肥胖（体质指数≥26 kg/m²）、有卒中家族史。每项为1分。

此外，在检查中，还应特别注意与卒中相关的症状与体征的调查。如注意比较双上肢血压，注意颈部血管杂音的听诊。伴颈部杂音者颈动脉狭窄发生率远高于无颈部杂音者。另外，部分患者可能对于轻微卒中或TIA导致的症状未给予足够重视，此时详细的神经系统体检及卒中症状调查对日后判断颈动脉狭窄是症状性还是无症状性至关重要。

接着对卒中危险人群进行筛查，其中多普勒超声或彩色双功能超声是颈

动脉狭窄最常用、可行的筛查方法。如果对超声结果存有疑问，或超声检查受到解剖位置或血液动力学影响时，可采用磁共振血管造影或CT血管成像确诊。当上述非侵入性检查不能明确诊断或者DSA对后续治疗有决定意义时，可考虑行DSA检查。

对于症状性颈动脉狭窄狭窄率在50%~99%的患者，即应进行积极外科处理，首选CEA；而对于无症状颈动脉狭窄而言，若狭窄率在60%~99%，可考虑行CEA治疗，但围术期并发症必须控制<3%才能获益。

常规颈动脉狭窄筛查弊大于利

为什么USPSTF反复强调不建议在正常人群中常规筛查颈动脉狭窄？究其原因主要有三点。

无症状颈动脉狭窄患病率非常低 目前估计，狭窄程度为60%~99%的无症状性颈动脉狭窄，实际患病率在一般人群中约≤1%，在≥65岁人群中约占1%。且研究显示，只有狭窄≥70%的无症状颈动脉狭窄人群，发生缺血性卒中风险增加，而这部分人群在美国仅占所有无症状性颈动脉狭窄人群

的0.5%~1.0%。

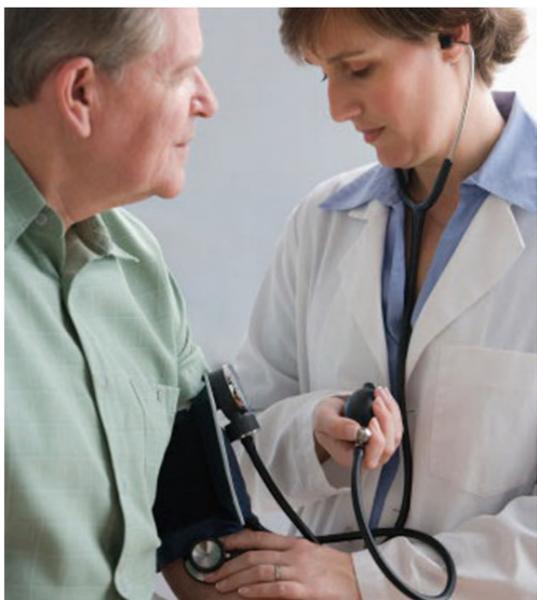
超声在低患病率人群中假阳性率非常高 研究表明，超声检测≥70%狭窄的颈动脉敏感性为90%，特异性为94%，而当采用血管造影证实超声结果时，上述人群卒中的发生率仅为0.4%~1.2%。且超声检查对操作人员和技术水平的依赖性很大，好的技术人员可提高检查的敏感性和特异性，反之亦然。

假阳性结果致后续检查危害更大 数字减影血

管造影（DSA）是评估颈动脉狭窄的“金标准”。但其毕竟为有创检查，且需注射造影剂。无症状颈动脉狭窄患者围术期损伤不可忽视，约1%的患者会由于DSA而发生致死性卒中。若通过磁共振血管造影或CT血管成像进行检查，则部分患者可能接受不必要的颈动脉内膜剥脱术（CEA）治疗，从而导致许多重要的并发症，包括围术期卒中和死亡，发生率为2.4%~3.7%。

结语

颈动脉狭窄筛查仅适用于TIA、卒中病史或有其他神经功能缺损症状的人群。而对于广大无明显症状的普通人群，正如USPSTF工作小组成员Jessica Herzstein指出的，预防卒中最好的方法是关注已知有效的方法，包括控制血压和血脂、不吸烟、积极进行体力活动，以及维持健康的体重和健康饮食。若能将以上危险因素控制到最佳状态，就为预防卒中作出了巨大贡献。同样，对于颈动脉狭窄导致卒中风险较高者来说，手术治疗也起了很大的作用，但关键是如何识别高危颈动脉狭窄患者。



新闻速递

急性出血性卒中收缩压降至130~139 mmHg获益最大

近日，澳大利亚一项研究发现，所有急性出血性卒中（ICH）患者均可通过强化降压获益，且降压目标值为130~139 mmHg的患者获益最大。（Neurology. 2015,84:464）

ICH的常见症状是早期血压升高。已有研究证实，早期强化降压至收缩压（SBP）<140 mmHg

可改善ICH患者的功能转归。然而，该研究并未分析不同基线血压水平、不同降压目标值人群结果是否存在差异。

该研究纳入2839例发病在6h内的ICH患者，其SBP水平为150~220 mmHg；随机分配接受强化降压治疗组以及指南推荐治疗组。强化降压治疗

组患者其SBP在1h内降至140 mmHg水平，若低于130 mmHg停止治疗。指南推荐治疗组患者其SBP降至180 mmHg水平。

结果显示，与指南推荐的降压方案相比，强化降压治疗可改善所有患者90d后功能。然而根据患者最终达到的SBP水平看，当SBP>130 mmHg时，肢

体功能障碍发生风险与SBP水平呈线性增加关系；当SBP<130 mmHg时，也能观察到风险轻度增加；唯有患者SBP水平为130~139 mmHg时，患者获益最大。

研究者指出，该研究为强化ICH患者降压治疗的效果提供了I级证据，且这种治疗效果不受基线血压水平影响。