

(上接第 18 版)

脑血管病危险因素预防与控制论坛

识别卒中高危人群 从鉴别易损斑块入手



毕齐 教授

首都医科大学附属北京安贞医院神经内科毕齐教授对易损斑块及快速识别卒中高危人群作了详细介绍。他表示,脑血管与心血管检查有一定局限性,更多时候需关注颈动脉。首先,颈动脉粥样硬化有助于发现和识别卒中病因;其次它是全身动脉粥样硬化的窗口,通过该窗口可观察到患者血管的病变更程度;且颈动脉斑块可提示患者预后。2015 年发表于《Stroke》的 Meta 分析显示,易损斑块显著增加同侧卒中风险,超声检测颈动脉低回声斑块是不同程度颈动脉狭窄患者同侧卒中风险的预测因素。

2013 年, JACC 上发表动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)指南,在 ASCVD 临床定义中新增了动脉粥样硬化源性卒中或 TIA 与动脉粥样硬化源性周围动脉疾病。美国哈佛医学院 J E Muller 教授于 1994 年提出易损斑块概念,认为 70%~80% 血管事件由易损斑块破裂引起血栓造成。2003 年,全球 50 余位专家共同发表综述,定义易损患者,即易发生急性冠脉综合征或心脏性猝死的患者,其三大特征为易

损斑块、易损血液与易损心肌。王拥军教授在 2015 年北京大学卒中论坛上提出易损血管概念,其特征包括斑块不稳定、生理内皮剪切力不正常、血流储备分数不正常,真正反映危险程度的是易损性,而非狭窄性。

CT 血管造影(CTA)常用于诊断非钙化斑块引起的显著血管狭窄,但放射性高、费用高,建议只用于高危患者。CTA 数字减影血管造影(DSA)是诊断颅内外动脉狭窄的金标准,但为有创性方法而不作一线检查方法。MRI 对显示钙化斑块引起的管腔狭窄有明显优势。高分辨 MRI 显示,颈动脉斑块特征与病理学结果有较好一致性,但价格昂贵,临床应用受限,适用于科研。2012 年意大利研究观察 747 例心血管高危患者颈动脉超声影像。结果表明,无论患者血管狭窄程度如何,及早鉴别易损斑块是诊疗关键。

缺血性卒中治疗的关键靶点包括斑块形成、斑块易损并破裂及斑块破裂形成血栓,对应治疗方法为抗血小板药+他汀+降压药的“ASA”策略。此外,王拥军教授提出了“PAS”治疗新方案,即抗血小板药+他汀+普罗布考(抗氧化应激)。毕教授表示,在卒中治疗过程中,应对 ASCVD 患者行更有效完整的关键靶点干预,使用他汀降低血脂水平,防止斑块形成,联合氧化应激治疗防治低回声易损斑块,减少卒中复发,将“PAS”方案作为临床卒中二级预防策略之一。



缺血性卒中二级预防论坛

ROOTS: 我国神经科门诊一年二级预防用药率下降 36%



王伊龙 教授

首都医科大学附属天坛医院王伊龙教授介绍了中国城市神经门诊缺血性

卒中登记研究(ROOTS)结果。该研究是为了评估中国城市神经科门诊缺血性卒中的医疗现状、长期依从性、ESRS 评分有效性和可靠性,建立并评估中国城市神经科门诊缺血性卒中二级预防的复发模型。

研究纳入 2010 年 7 月至 2011 年 11 月全国 96 家(北京 18 家)二级以上医院、14 585 例缺血性卒中门诊患者,年龄≥18 周岁,诊断时间距入组 1~6 个月;

队列随访 3697 例,随访时间分别为 3、6、12 个月。

结果显示,中国神经科门诊二级预防药物应用率为 46.8%,北京地区为 65.0%。预防药物应用促进因素包括家庭人均收入中上水平、公费医疗、mRS(3~5 分)、既往高血压史、合并脂代谢紊乱,教学医院、省会医院、东西部医院;阻碍因素包括,女性、既往出血性卒中史、房颤、三级医院、脑血管病月门诊量>2000 例。

队列随访研究中,12 个月,患者综合药物依从性下降 35.9%,他汀类药物依从性下降最明显。此外,患者 1 年后卒中复发率为 3.19%,联合血管事件发生率为 4.71%。不良临床预后与高龄、既往心脑血管周围动脉等多血管损害独立相关。采用 ROC 曲线评估 ESRS 评分预测效度发现,ESRS 评分预测 12 个月累计卒中复发 AUC 值为 0.6283,预测 12 个月累计联合血管事件发生 AUC 值为 0.6295。

卒中研究新进展论坛

阿尔茨海默病: 早期确诊和干预仍是关键



徐浚 副教授

江苏省苏北人民医院神经内科徐浚副教授介绍了认知障碍,包括阿尔兹海默症(AD)、血管性疾病、认知障碍新危险因素——

脑微出血,以及衰老等领域的新进展。并建议通过规律锻炼、合理饮食、科学用脑、良好睡眠、心态平和、积极交往等预防认知障碍。

AD 是老年痴呆的最常见病因。2014 年,备受瞩目的两种 AD 新药,抗 B 淀粉样蛋白单抗 Solanezumab 和 Bapineuzumab 两项 III 期临床研究均以失败告终,但还是加强了对疾病病程的认识,并在试验方法学上有所改进。再一次表明疾病更早期干预,甚至在症

状出现前进行靶向干预的重要性,2014 年启动了 3 项新的预防性研究方案: API 在 APOE4 纯合子受试者中进行预防试验;在适应性预防性研究(DIAN-TU APT)平台进行预防认知功能下降的研究;欧洲创新药物倡议(IMI)组织公布的欧洲阿尔兹海默病的预防性研究。

自 1984 年 7 月美国发布 AD 临床诊断标准“NINCDS-ADRDA 标准”以来,随着 AD 相关临床表现及生物学知识的增加,AD 诊断标准不断

完善,发展出了 2011 年的 NIA-AA 标准及 2014 年的 IWG-2 新标准。NIA-AA 标准提出了 ABC 病理标准并将生物标志物纳入诊断标准中。IWG-2 标准进一步细化,更强调 AD 疾病谱的临床异质性,进一步明确生物标志物的助诊价值,突出强调共病的普遍性与交互作用,分为典型 AD 的 IWG-2 诊断标准、非典型 AD 的 IWG-2 诊断标准、混合型 AD 的 IWG-2 诊断标准及 AD 临床前阶段的 IWG-2 诊断标准。

新闻现场

支架取栓可显著降低急性缺血性卒中致残风险

《新英格兰医学杂志》上发表的 MR CLEAN、ESCAPE、EXTEND-IA、SWIFT PRIME 和 REVASCAT 五项全球最新临床研究发现,在现有药物治疗基础上,加用 Solitaire 支架取栓,可显著降低急性缺血性卒中患者致残风险。

6 月 27 日,第二军医大学附属长海医院神经外科洪波教授在“卒中最新研究进展媒体沟通会”上介绍了这五项研究的具体情况。他表示,这些最新研究结果说明,急性缺血性卒中患者支架取栓是否获益取决于患者适应证评估、支架取栓装置的进步,及在时间窗内尽早实施取栓治疗。

首都医科大学附属天坛医院介入神经病学科主任缪中荣教授介绍了中

国卒中学会最新发布的全球首部推荐支架取栓疗法指南——《急性缺血性卒中血管内治疗中国指南 2015》。他表示:“血管内治疗即将成为大血管闭塞和缺血性卒中的标准治疗方法,卒中发病后接受血管内取栓越早越好。”据悉,研究中国人群支架取栓疗效的 EAST 临床试验正在进行中。

我国首个《中国卒中中心建设指南》发布

6 月 27 日,中国卒中学会、国家卫生计生委神经内科医疗质量控制中心、中国卒中中心联盟(CSCA)在天坛会开幕式上正式发布我国首个《中国卒中中心建设指南》。浙江大学医学院附属第二医院神经内科楼敏教授归纳了指南的 3 大亮点:“明确了卒中中心的建设标准和等级,

设定了卒中医疗质量的绩效指标,并提出了构筑我国卒中救治网络的要求。”会上公布来自全国各省市首批加入中国卒中中心联盟的 455 家医院。

指南指出,我国卒中中心分两大等级,即卒中中心和综合卒中中心。并明确规定,所有患者必须在急诊就诊时评估是否适

合静脉溶栓治疗,对于适宜静脉溶栓的急性缺血性卒中患者,急诊就诊到开始给予药物溶栓的目标时间应少于 60 min(到达急诊至开始 CT 检查时间少于 25 min)。已被审定为卒中中心和综合卒中中心的医院需每两年上报上述相关数据,以供监控,未达要求的医院将撤销卒中中心资质。