

编者按：2015年12月19-20日，由中国卒中学会和中国卒中学会神经介入分会主办的中国卒中学会神经介入分会第一届学术年会在京召开。会议邀请国内外神经介入领域老中青三代精英，进行了丰富的学术交流，共商中国神经介入学科发展，启动新形势下与互联网合作的新模式，分享中国神经介入临床研究的成果及将来的研究方向。

中国卒中学会神经介入分会首届学术年会在京召开 神经介入进入 2.0 时代

▲ 本报记者 裘佳

主题报告

神经介入期待更多中国研究

大会主席、首都医科大学附属北京天坛医院副院长王拥军教授介绍了过去30年，脑血管病介入治疗的进展及存在的挑战，呼吁神经介入在脑血管病防治有更多的国内创新研究。

“随着支架取栓装置的进展，机械取栓发展迅速。最近3年，支架取栓经历了大起大落的波折。”王教授说。2013年2月，四项研究证实机械取栓无效；之后在2015年2月，MR CLEAN、ESCAPE、EXTEND-IA、SWIFT PRIME四项研究采用了不一样的取栓装置，证明支架取栓有效。这几项研究发布后，美国AHA/ASS指南2015更新，首次将支架取栓作为最高级别推荐，标志急性缺血性卒中（AIS）治疗进入2.0阶段。“在此机遇下，中国卒中学会神经介入分会应做好国内AIS血管内治疗推广和规范，开展相应的随机对照研究，提供更

多中国自己的证据。”

对于颅内动脉狭窄，目前主要采用药物治疗，血管内支架、颅内动脉搭桥等均未获得很好的循证医学支持。SAMMPRIS研究显示的 symptomatic intracranial arterial stenosis 支架治疗安全性问题使很多国家都放弃了血管内支架治疗。但王教授表示，一方面该研究不是来自于颅内动脉狭窄高发的东南亚地区；另一方面，缪中荣教授团队2015年在《Stroke》杂志发表的登记研究在症状性颅内动脉狭窄支架治疗安全性上给予了肯定。此外，VERITAS研究提示，由于庞大的侧支循环体系，解剖学变化不等于生理变化。血流储备分数（FFR）对症状性颅内动脉狭窄支架治疗的判定具有价值，期待基于FFR的随机对照研究判断支架治疗效果。

颅内动脉瘤的介入治疗上，目前对未破裂动脉瘤的栓塞治疗相关指南中有7项证据，但缺乏A级证据。

AIS血管内治疗术前评估及术后管理

大会主席、首都医科大学附属北京天坛医院急诊介入科缪中荣教授介绍，2015年是AIS血管内治疗的春天，MR CLEAN、ESCAPE、EXTEND-IA、SWIFT PRIME、REVASCAT五项研究显示，AIS快速血管内治疗可减少患者致残率，提高再灌注率，改善功能性预后，降低死亡，不增加颅内出血。

分析以上研究发现，快速是治疗获益的前提，从发病到静脉溶栓仅用不到2h，CT至穿刺时间仅1h，平均发病6h内实现血管再通。采用的影像评估方法为CTA、CTP等，挑选最可能从血管治疗中获益的患者。多模CT是目前选择AIS血管内治疗的最佳模式。

此外，缪教授表示，血

管再通并非所有患者获益，良好的侧支循环显著提高再灌注比例，是功能预后良好的独立预测因素。

血管内治疗术中术后的血压管理也十分重要。AHA 2007年指南推荐，术后最佳血压控制范围尚不明确，需根据动脉开通程度分层选择：完全开通，收缩压120~140 mmHg；部分开通，24~48 h内收缩压控制185 mmHg，数天后控制至正常范围（<120/80 mmHg）。

对于AIS介入治疗的抗血小板策略，2015年发布的中国专家共识进行了推荐。CHANCE研究颅内动脉狭窄亚组分析显示，伴颅内动脉狭窄患者卒中复发率更高，使用双抗治疗预防卒中复发获益更大。



王拥军 教授



缪中荣 教授



帅杰 教授



彭亚 教授



洪波 教授

研究进展

严重症状性颅内动脉狭窄者 放置血管支架 30 d 内安全有效

第三军医大学新桥医院神经内科帅杰教授介绍了中国首个颅内动脉狭窄支架治疗多中心登记研究中期结果：严重症状性颅内动脉粥样硬化性狭窄患者，放置血管支架的短期安全性和有效性尚可。与

自膨支架相比，放置球囊扩张支架的患者残余狭窄水平较低。

该研究纳入300例狭窄程度为70%~90%的症状性颅内动脉粥样硬化性狭窄患者，159例患者放置球囊扩张支架，141例患

者球囊预扩张后放置自膨支架。结果显示，30 d内，患者卒中、短暂性脑缺血发作以及死亡的发生率为4.3%；血管成功再通者占97.3%。其中，球囊支架组、自膨支架组分别2例、6例未获再通。

EAST 研究初步数据显示： 9 成急性缺血性卒中患者机械取栓 90 d 血管再通

中国急性缺血性卒中血管内治疗研究（EAST研究）旨在评估较标准内科治疗，对于中重度卒中（NIHSS评分8~29）的患者在症状出现后12 h内应用Solitaire支架机械取栓的有效性和安全性，以期急性血管内治疗增添中国证据。常州市第一人民医院神经外科彭亚教授介

绍了该研究的进展。

该研究入选全国16家中心的143例患者为治疗组，28例为对照组（对照组病例较少，还在进一步登记病例），随访90 d。结果显示，机械取栓组闭塞靶血管的血管再通率为90.9%，患者功能性自立或功能改善率为54.5%，死亡率为11.2%。

彭教授也表示，这是EAST研究的初步数据。该研究有很高的再通率（90.9%），却未得到很好的结果（54.5%），其原因有待进一步分析。静脉rt-PA溶栓率低、对照组入组数较少、没有球囊引导导管只能使用Solitaire AB支架等问题值得探讨。

指南解读

未破裂颅内动脉瘤患者管理指南解读

未破裂颅内动脉瘤（UIA）的患病率约3%~8%，动脉瘤破裂出血的年发生率约9/10万人口，绝大多数UIA在一生中都不会破裂出血。第二军医大学附属长海医院神经外科洪波教授介绍了2015年美国心脏学会/美国卒中学会（AHA/ASA）发布的未破裂颅内动脉瘤患者管理指南要点。

洪教授介绍，根据指南推荐，UIA的治疗需考虑动脉瘤大小、部位、形态特征、是否增大、患者

年龄、以往是否有蛛网膜下腔出血/颅内动脉瘤家族史、是否多发、是否合并脑动静脉畸形等血管病变或遗传性血管疾病等因素，这些因素可能是导致颅内动脉瘤破裂出血的危险因素（I，C）。

UIA治疗前应充分告知显微外科夹闭和介入治疗两种方法的利弊。推荐患者到治疗量大，经验丰富的中心进行治疗（I，B）。

显微外科夹闭在预防复发上有优势，但介入治

疗更加安全，住院时间短，花费少，因此对于某些患者介入治疗应为首选，特别是对于基底动脉尖动脉瘤和老年患者（II b，B）。

UIA的治疗风险和年龄、伴发疾病、动脉瘤部位和大小等相关。因此对于无症状小型UIA，若患者年龄较大（>65岁）或伴发其他疾病，动脉瘤的部位、大小、形态、家族史或其他因素提示较小的破裂出血可能，也可考虑保守观察（II a，B）。



中国卒中中心联盟/急性缺血性卒中血管内治疗协作组 (ANGEL) 成立，旨在打造中国急性缺血性卒中血管内治疗新模式，首批拟招募150家中心



神经介入步入“互联网+”时代启动仪式