

(上接第 18 版)

脑血管病热点

2015 年卒中防治重大进展与研究热点趋势解读



秦海强 医生

首都医科大学附属北京天坛医院秦海强医生代表王拥军教授介绍了 2016 年世界卒中大会的三项研究、三项大奖，以及世界卒中宣言，展现 2015 年卒中防治的重大进展与卒中研究的国际风向标。

IRIS 研究显示，对于新近发生卒中和 TIA 患者，如无糖尿病但有胰岛素抵抗，接受吡格列酮治疗可降低卒中、心梗

和新发糖尿病风险，但增加体重、水肿和骨折机会。ACT I 研究显示，对无症状颈动脉高度狭窄、高危外科并发症风险的患者，颈动脉支架在 1 年内主要复合终点不优于颈动脉内膜剥脱术；随访 5 年，未发现非手术相关卒中、全部卒中和生存的两组间差异。Find-AF 研究显示，对于 60 岁以上卒中患者，与传统方式相比，用 3 次，每次 10 d Holter 的强化和延时记录方式，房颤检出率提高 3 倍；且干预组卒中、TIA、死亡的数量减少；建议对所有卒中患者进行长时间强化监测。

三项大奖分别为：Thomas Willis 奖颁给 Ulrich Dirnagl，他所进行的临床前多中心动物实验模式，或能为改变传统动物研究与临床研究巨大的结果差异提供参考；Feinberg 奖颁给 William M.，他所进行的研究显示，在急性卒中发生最初几天，没有证据支持继续给予患者卒中前降压治疗；Sherman 奖颁发给 David G.，相当于终身成就奖，以表彰其在卒中领域的工作。

此外，秦海强表示，世界卒中宣言的改变说明国际上对卒中从关注神经残疾到关注认知功能的变化。



5 月 6 日，《脑卒中防治系列丛书》发布仪式



热点话题

房颤卒中临床研究的国际视野



朱俊 教授

中国医学科学院阜外医院朱俊教授详细介绍了有关房颤卒中的多项临床研究。他指出，随着临床证据的改变，抗凝的位置在不同指南中是改变的，2001 年指南，房颤处理策略是节律控制——室率控制——抗凝，2006 年指南是室率控制——抗凝——节律控制，2010 年指南是抗凝——室率控制——节律控制。

房颤抗血小板治疗临床试验证据说明，在能使用华法林的患者中，联合抗血小板治疗的疗效不如华法林；在不能或不愿使用华法林的患者中，联合抗血小板治疗略好于单用阿司匹林，但出血明显增加；从学术的角度，除少数患者外，不支持以联合抗血小板治疗替代华法林对房颤患者行抗凝治疗。

RE-VOLUTION 是一项大型达比加群全球临床研

究，共入选 5.5 万例患者；利伐沙班研究共入选 27 万余例患者。对比分析 RE-LY、ROCKET-AF、ARISTOTLE 等研究后发现，达比加群、利伐沙班、阿哌沙班及依度沙班对房颤患者的卒中预防效果不劣于甚至优于华法林，大出血事件也并不多于华法林，同时减少出血性卒中与颅内出血。

AVERROES 研究显示，对不适合华法林治疗且至少有 1 个卒中危险因素的心脏非瓣膜性房颤患者与阿司匹林比，阿哌沙班组卒中和体循环栓塞风险下降 55%，大出血发生率相当，停药率和严重不良事件发生率低于阿司匹林组。而有卒中或 TIA 病史的患者，阿哌沙班绝对获益可能更大。

朱俊教授指出，新型口服抗凝药目前取得的证据令人鼓舞，给房颤卒中预防带来新的希望，然而，新型抗凝药在很多特殊患者人群中的作用有待研究解决；根据临床证据用好新型口服抗凝药是抗凝治疗的重要工作。

急性缺血性卒中静脉溶栓不断突破



张佩兰 教授

天津市环湖医院张佩兰教授介绍了 2016 年国际卒中大会静脉溶栓研究热点及最新进展。

2013 年 AHA/ASA 急性缺血性卒中早期治疗指南推荐，可考虑给具有以下情况的患者使用静脉纤溶剂：卒中症状轻微、卒中症状快速缓解、近 3 个月内接受大手术、近期心梗。新建议指出，要权衡潜在增加的风险和预期获

益，因此上述情况需进一步研究。另外，相关研究表明，发病在 4.5~6 h 的患者进行重组组织纤溶酶原激活剂 (rtPA) 是安全的，不会造成严重症状性出血性卒中及临床症状的加重；溶栓前 NIHSS 评分与临床预后有相关性，NIHSS 评分越高，患者的临床预后越差；从患者发病到进行静脉溶栓治疗在 6 h 内的患者，其预后没有明显的时间相关性；小卒中或 TIA (MRS 0~1) 患者进行静脉溶栓治疗获得了良好的预后，其中发病 3 h 者有 72% 效果良好，发病 3~4.5 h 者有 74%

效果良好，发病 4.5~6h 者有 85% 效果良好。

rtPA 治疗缺血性卒中的住院死亡率和症状性脑出血风险的预测，年龄和 NIHSS 评分是缺血性卒中患者预后的独立预测因素。有关研究分析揭示肺炎使肾功能障碍与住院死亡率增加 3 倍，其他并发症，包括症状性脑水肿和心血管疾病，也与静脉溶栓治疗后死亡风险有关。研究发现症状性出血性卒中的发生率与房颤相关。与以往研究一致，卒中患者合并糖尿病与静脉溶栓治疗后症状性出血性卒中没有关联。

神经介入

三大问题困扰脑梗死血运重建治疗



刘新峰 教授

南京军区南京总医院刘新峰教授详细介绍了我国脑梗死血运重建治疗的现状和展望。

“缺血性脑卒中防治现状存在三大问题：我国人群的血管学特征不明确；血管评估标准不完善；血运重建的治疗标准不完

善。现行的血运重建模式存在局限性，使得该治的没得到治疗，63% 的卒中患者狭窄程度达不到现行的治疗标准；不该治的治疗了，北曼哈顿卒中研究显示，仅 7% 卒中是由于颈动脉狭窄本身所致；增加手术风险，现行血运重建的并发症约为 5%。”刘教授指出，完善和建立新的血运重建治疗标准刻不容缓。

静脉溶栓仍是治疗缺血性卒中的治疗首选，但静脉溶栓治

疗中存在很多问题，如满足溶栓条件非常有限、溶栓开通率较大及严重患者溶栓后易发生在闭塞等。通过对比欧美与我国静脉溶栓的现状发现，院前/院内延误极大影响血管内治疗的应用

关于缺血性卒中防治展望，一是血管内治疗器械的研发创新，目前正在进行的是 IVert 椎动脉支架试验；二是急性期治疗策略的制定，目前正在进行的是 BEST 研究。

急性缺血性卒中的抢救性治疗两大挑战



朱良付 教授

河南省人民医院朱良付教授指出，缺血性卒中是一组疾病的总称，其治疗原则是将疾病分型、分期、并根据患者具体情况实施个体化治疗，其中最有效的就是及时进行血管内再通复流手术。

目前，我国大血管急性闭塞缺血的管内开通复流有四个趋势：直接桥治疗、支架型取栓装置的应用、快速筛选患者以及精准开通闭塞血管。朱教授认为，我国在血管内再通复流手术中面临两个挑战：第一，开通的预后有待提高，治疗的流程需加快。第二，诊疗费用有待降低。动脉溶栓费用目前一般在 2 万元左右，而机械开通的费用接近 5

万甚至 10 万，重症监护时还需更多治疗费用，一般家庭很难负担。

朱教授总结，有关血管内开通就是术前评估 6+2 模式。前 6 条分别是第一次的 CT 早期征象、2 个循环 (前循环和后循环)、3 个血管模型、4 个临床综合征、多模式影像、合并症；后两条分别是开通前侧枝和路径的 DSA 评估、工具和对工具的操作信心。

关注他汀治疗所致的高血糖风险



常宝成 教授

天津医科大学代谢病医院常宝成教授介绍，目前全球约 2 亿人服用他汀类药物。2013 年《中国卒中杂志》发表的“他汀类药物防治缺血性卒中/TIA 专家共识”对他汀类药物与缺血性卒中二级预防、他汀类药物与缺血性卒中/TIA 急性期治疗进行了推荐。而常宝成表示，强化他汀治疗不能以牺牲安全为代价，需关注他汀相关肝酶升高、肌肉安全性、肾脏安全性、引发糖尿病安全性、老年认知功能、药物间相互作用等问题。

常宝成团队对他汀类药物导致高血糖风险的机制进行了研究。结果显示，他汀类药物呈时间和剂量依赖性抑制 β 细胞的胰岛素分泌功能，通过抑制胰岛 β 细胞胰岛素 mRNA 表达而抑制 β 细胞的胰岛素合成功能。他汀类药物对胰岛素分泌、合成的抑制作用与其脂溶性强弱相关，脂溶性越强，抑制作用越明显。高剂量阿托伐他汀对机体葡萄糖处置能力有轻度抑制作用。

常宝成表示，在应用他汀类药物防治动脉粥样硬化时，应注意调整剂量，全面平衡其对血糖、血脂的影响，使其效益风险比最大化。