

美更新急性缺血性卒中早期管理指南

机械取栓时间窗从6 h延长至24 h内

近日，在2018国际卒中大会（ISC）期间，美国心脏协会和美国卒中学会发布了新版急性缺血性卒中早期管理指南，将特定卒中患者行机械取栓的治疗时间窗从发病后6 h内延长到24 h。（Stroke. 1月24日在线版）

新指南推荐，对于满足以下标准的患者，可以在卒中发病后6 h内进行机械取栓：卒中前改良Rankin评分为0~1分；颈内动脉或大脑中动脉M1段闭塞所致卒中；年龄

≥18岁；（4）NIHSS评分≥6分；ASPECTS评分≥6分（I，A）。

新指南延长机械血栓切除术治疗时间窗主要是基于DEFUSE3和DAWN试验。两项试验均覆盖了卒中发病后16 h内的患者，但仅DAWN试验覆盖了发病后16~24 h的患者。

新指南推荐，对于距最后正常时间6~16 h的急性缺血性卒中患者，若存在前循环大血管闭塞，且符合DAWN或DEFUSE3试验的其他标准，推荐进



行机械取栓术（I，A）；对于距最后正常时间6~16 h的急性缺血性卒中患者，若存在前循环大血管闭塞，且符合DAWN试验的其他标准，则进行机械取栓术

是合理的（II a，B~R）。

对此，新指南推荐建立相关的救治系统，以便患者能够尽快接受静脉组织纤溶酶原激活物（tPA）治疗或机械取栓术。由于

机械取栓术对手术技术要求非常高，新指南还要求对相关医生进行至少2年的强化培训。

此外，新指南也扩大了静脉应用tPA的适应证，将一些以前绝对禁忌的情况改为由医生判断利弊。比如，7 d内硬脊膜穿刺和14 d内非头部严重创伤的患者。对于卒中发病4.5 h内的某些患者，可能仅tPA治疗就足够了。但机械取栓与tPA并不相互排斥，患者可同时接受两种干预。就血压管理而言，

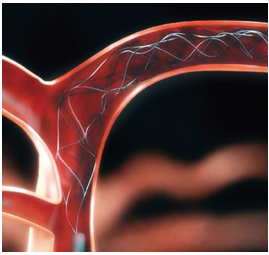
新指南认为，对于血压≥220/120 mmHg，未接受tPA或血管内治疗，且没有其他理由来降压的患者，降压治疗可能并不能带来获益。

对于不能移动的卒中患者，新指南推荐采用间歇充气加压疗法治疗深静脉血栓形成及肺栓塞。

另外，新指南认为，对于无禁忌证的轻度非致残性卒中患者，在发病后48 h~7 d内进行颈动脉血运重建作二级预防是合理的。

循证证据

新指南更新依据之DEFUSE 3试验：
支持卒中发病后6~16 h机械取栓



DEFUSE 3试验显示，对于大血管闭塞的缺血性卒中患者，在传统的卒中发病后6~16 h进行机械取栓术，可带来明显临床获益。该试验结果在ISC 2018上报告，并于1月24日在线发表于《新英格兰医学杂志》。

DEFUSE 3试验纳入182例距最后正常时间

6~16 h的大血管闭塞患者。患者接受CT灌注或磁共振弥散/灌注成像，研究者采用RAPID软件，入选低灌注体积/梗死核心>1.8且最大梗死核心≤70 ml的患者，随机给予血管内治疗+药物治疗或仅药物治疗。

结果显示，与仅药物治疗相比，血管内治疗组患者90 d改良Rankin量表评分结果明显改善（OR及校正后OR分别为2.77和3.36）；功能独立，即改良Rankin量表评分为0~2分者比例更高（45%与17%），而评分为5~6分者比例更低（22%与42%）。

而且，与仅药物治疗相比，血管内治疗组患者实现再灌注的比例更高（79%与18%）；90 d死亡率也有降低趋势（14%与26%）。

就安全性而言，两组患者症状性颅内出血和严重不良事件发生率无显著差异。

此外，DEFUSE 3亚组分析显示，年龄不超过90岁、NIHSS≥6分、起病至治疗时间16 h内，无论经CT灌注或磁共振弥散/灌注成像筛选，血管内治疗均能获益，但全麻可能减少血管内治疗的获益。

每天1支烟心血管风险也大增

英国学者进行的一项Meta分析发现，每天只吸1支烟所带来的冠心病和卒中风险，并不是我们所想象的每天吸20支烟的5%，而是将近1半。（BMJ. 2018;360:j5855）

研究者认为，对于心脑血管病而言，不存在安全的吸烟水平。吸烟者应该戒烟，而不是减少吸烟，以降低常见心脑血管病风险。

研究显示，校正混杂因素后，男性吸烟者每天吸1支烟与每天吸20支烟的冠心病风险分别增加74%与127%，女性吸烟者分别增加119%与

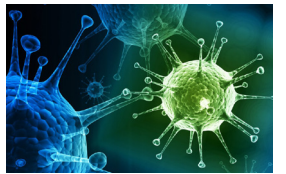
295%。

男性、女性吸烟者每天只吸1支烟的冠心病风险分别是每天吸20支烟的53%与38%。

此外，研究还发现，男性吸烟者每天吸1支烟与每天吸20支烟的卒中风险分别增加30%与56%，女性吸烟者分别增加46%与142%。

男性、女性吸烟者每天只吸1支烟者的卒中风险分别是每天吸20支烟的64%与36%。

该分析纳入1946~2015年发表的141项队列研究，对冠心病和卒中分别随访560万和730万例患者。



流感患者短期心梗风险增6倍

加拿大学者研究发现，实验室确诊流感的患者，在1周内因急性心梗（AMI）住院的风险增加6倍。（N Engl J Med. 2018;378:345）

该风险在老年患者中最为显著，且独立于流感疫苗接种情况和心梗住院史。

其他呼吸道感染也会增加AMI风险，如呼吸道合胞病毒，只是流感病毒感染风险最大，尤其是乙型流感病毒，其次为甲型流感病毒。

不过在1周之后，流感病毒感染引起的AMI风险就下降到正常水平。

对于流感增加AMI风险的机制，可能是因为流感升高促炎细胞因子水平，导致内皮功能紊乱，并可能引起斑块破裂；而且，流感后需氧量增加，可能导致伴有显著冠脉病变的患者发生心肌缺血。

研究者认为，虽然研究显示，流感疫苗接种状态与AMI风险无关，但这并不是说其无效，仍建议接种疫苗和采取预防病毒传播的措施，尤其是伴有心血管危险因素的患者。

研究者分析了322例流感病毒感染患者的364次AMI住院数据。其中，20次AMI住院发生在流感病毒感染1周内，344次在之前或之后1年。

本版编译 牛艳红 文韬

中美心血管危险因素控制大PK

中国高血压和高胆固醇血症患病率较低，但控制率远低于美国

近日，国家心血管病中心蒋立新教授团队比较了中美两国2011~2012年间45~75岁居民的心血管病危险因素的控制情况。

（J Am Heart Assoc. 2018;7:e007462）

结果发现，虽然美国高血压更常见，但中国高血压水平较高，且存在严重高血压（≥160/100 mmHg）的比例更高，而这可能是中国居民卒中的发生率较高的原因。

与美国人相比，中国居民高血压患病率虽然低于美国（中国38.6%，美国46.9%，图1），但是平均血压更高（中国130 mmHg，美国125

mmHg），而且严重高血压（≥160/100 mmHg）的比例为10.5%，是美国（4.5%）的2倍多。

中国高血压患者的治疗率为46.8%，控制率为20.3%，也远低于美国的77.9%和54.7%。

美国的高胆固醇血症的患病率达到45.8%，中国仅为17.3%。

但美国高胆固醇血症的知晓率、治疗率和控制率分别为84.3%、67.1%和57.2%，而中国仅为37.7%、31.1%和26.5%。

中国人群的高敏C反应蛋白、BMI和腰围明显低于美国人群。

研究者指出，总体而

言，中国心血管危险因素的患病率较低，但高血压负担更高，我国高血压知晓率、治疗率及控制率较低。控制高血压是中国降低心血管病风险的突破口。

研究使用了来自于中国健康与养老追踪调查（CHARLS）和美国国家健康和营养检查调查（NHANES）的数据，比较了两个国家2011~2012年期间45~75岁居民的心血管病危险因素的控制情况。包括：血压、胆固醇、BMI、腰围、空腹血糖、糖化血红蛋白和高敏C反应蛋白。

其中中国入选12 654人，美国入选2607人。

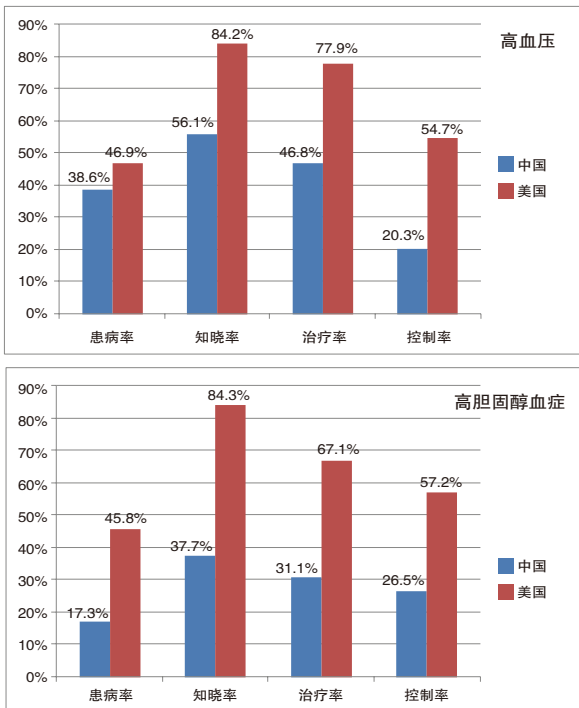


图1 2011~2012年，中美高血压和高胆固醇血症患病率及知晓率、治疗率、控制率比较