

从6h扩展到24h 重新定义“时间窗”指导实践 《急性缺血性卒中血管内治疗中国指南2018》重磅发布

▲ 医师报记者 张亮

“

7月1日,《急性缺血性卒中血管内治疗中国指南2018》正式发布。该指南由中国卒中学会、中国卒中学会神经介入分会、中华预防医学会卒中预防与控制专业委员会介入学组组织国内专家在2015年指南的基础上经过反复讨论形成,建议临床医师在参照本指南内容的基础上,结合实际情况对急性缺血性卒中(AIS)患者采取有针对性的个体化治疗。

“2018年在急性期血管内介入治疗领域有一个重大飞跃,是关于时间窗的变化。中国于2015年发布血管内治疗指南后,国内的取栓治疗热潮逐渐兴起,非常需要适合临床诊疗的指导规范。”首都医科大学附属北京天坛医院霍晓川教授表示,《急性缺血性卒中血管内治疗中国指南2018》包括五大部分,对于初学者来讲,内容非常详细,是一本很好的教科书;对有经验的人来讲,也可作为支撑参考书,以期更好的指导和规范临床实践。

霍教授指出,AIS约占全部卒中中的80%。AIS治疗的关键在于尽早开通阻塞血管,挽救缺血半暗带。目前被证实有效的AIS早期血管再通的治疗方法主要是静脉重组组织型纤溶酶原激活剂溶栓。由于静脉溶栓具有严格的时间窗限制,能够通过其

获益的患者不到3%,同时其治疗效果依然有巨大的优化空间。因此国内外学者一直在探索对大血管闭塞AIS患者的血管内治疗方法。

随着技术材料以及筛选策略的更新,自2014年底开始,一系列相关研究相继公布了较为一致的研究结果:在经过筛选的前循环大血管AIS患者中,以机械取栓为主的血管内治疗可带来明确获益。基于以可回收支架为主的6项机械取栓RCT研究的结果,2015年国内外相关指南对特定的人群取栓治疗给予最高级别的推荐。2015年至今,机械取栓研究在多方面取得了进展,应用弥散加权成像或计算机断层扫描灌注成像联合临床不匹配治疗醒后卒中和晚就诊卒中患者用Trevor装置行神经介入治疗(DAWN)研究和影像评估筛选缺血

性卒中患者血管内治疗研究3(DEFUSE3)的发表将机械取栓时间窗由原来6h扩展到24h。结合多项最新研究结果,美国心脏学会/美国卒中学会(AHA/ASA)在《2018急性缺血性卒中早期治疗指南》中对动脉取栓的推荐进行了大幅度修改,欧洲卒中组织也更新了其指南推荐。

中国动脉取栓的数量每年都在大幅增长,基于这些最新研究证据,结合《急性缺血性卒中血管内治疗中国指南2015》,制定了关于血管内治疗的2018版指南,旨在总结目前有关AIS血管内治疗的最新研究进展,提出适合我国急性缺血性卒中血管内治疗临床可参考的标准及管理方法。建议临床医师在参照本指南内容的基础上,结合实际情况对AIS患者采取有针对性的个体化治疗

影像指导的个体化血管内治疗突飞猛进

《AHA/ASA 急性缺血性卒中早期管理指南2018》解读

▲ 医师报记者 张亮

“

2018年初,《AHA/ASA急性缺血性卒中早期管理指南2018》发布,上一版指南于2013年发布。过去5年,风云变迁,AIS早期管理取得重大的进展和突破,从2013年血管内治疗多表现出阴性结果,到2015年迎来血管内治疗春天,再到2018年DAWN和DEFUSE3研究改写AHA/ASA指南。

解放军南京总医院刘新峰教授指出,DAWN和DEFUSE3研究在患者选择中不再局限于6h时间窗,而是将血管内治疗的时间窗扩展至6~16h甚至是24h,其主要筛选依据是影像学表现即梗死核心与灌注缺损不匹配,研究结果均证实血管内治疗效果显著优于对照组的药物治疗。

“这带给我们的启示是对于特定患者,血管内治疗应弱化时间窗,强调组织窗。这也改写了2018AHA/ASA指南,机械取栓部分新增3条推荐意见,将特定患者的取栓时间窗延长。”

血管内再通治疗研究是如何用影像学方法筛选患者呢?复旦大学附属华山医院曹文杰教授总结了国际著名血管再通治疗RCT研究,这些研究均加入了影像学筛选标准。MR CLEAN研究仅仅采用常规CT-ASPECTS评估梗死灶大小。ESCAPE研究采用多相位CTA侧支影像评估方法。EXTEND-IA采用的是CTP Mismatch影像技术。比较以上3项取栓研究不难发现,采用CTP Mismatch影像评估的EXTEND-IA良好预后率最高,达到71%,采

用多相位CTA侧支影像评估的ESCAPE研究为53%,仅仅采用常规CT-ASPECTS评估梗死灶大小的MR CLEAN研究,获益率仅为33%。再对比对照组,即接受静脉溶栓的大血管闭塞患者,他们的预后也呈现同样趋势。这说明,侧支影像学筛选越精确,获益的比例就越高。但同时也可能将一些能够获益的患者排除在外。因此,指南目前仍没有把灌注影像作为发病6h内的必需的影像学检查。

曹教授指出,2018AHA/ASA卒中急性期管理指南更新的亮点之一,是给出了发病6~24h的血管内治疗的相关推荐,证据来自于DAWN和DEFUSE3两大临床研究。发病6h内,灌注影像或者DWI并不是必须的影像学检查,但6~24h内,就必须用灌注或DWI筛选患者。

表1 2018 AHA/ASA 指南机械取栓部分新增3条推荐意见

推荐内容	推荐强度	证据等级	变化
对于特定的急性缺血性卒中患者,症状发作在6~16h以内,前循环有大血管闭塞,并且符合DAWN或DEFUSE-3研究的标准,推荐进行机械取栓术	I	A	新增
对于特定的急性缺血性卒中患者,症状发作在6~24h以内,前循环有大血管闭塞,并且符合DAWN研究的标准,机械取栓是合理的	II a	B-R	新增
症状发作在6~24h以内的前循环大血管闭塞者,建议进行CT灌注、MRI DWI扫描或MRI灌注成像,筛选可以机械取栓的患者,但只有当源于RCT研究的影像学和其他条件均符合标准的患者才可以机械取栓	I	A	新增

中外专家共话抗栓治疗领域三大热点

▲ 医师报记者 张亮

热点一

卒中后的优化抗血小板治疗

阿司匹林联合氯吡格雷作为轻型卒中/短暂性脑缺血(TIA)的短期治疗策略是近年来卒中抗血小板治疗领域的热点话题。两个关键的III期临床试验改变了临床实践,即2013年的CHANCE研究和2018年的POINT研究。

澳大利亚皇家墨尔本医院Stephen Davis教授指出,CHANCE研究未发现双抗治疗增加中重度出血风险,而POINT研究发现双抗增加了1.32倍的严重出血风险,可能与POINT研究中双抗治疗时间过长有关。因此,轻型卒中/TIA患者推荐早期、短期的双联抗血小板治疗。

热点二

卵圆孔未闭相关性卒中诊疗进展

卵圆孔未闭(PFO)封堵术对于隐源性卒中是否存在获益,这一问题已经争论了许久。2017年《新英格兰医学杂志》连发3项研究,证实了PFO封堵术为患者带来的获益。

郑州大学第一附属医院宋波教授指出,PFO是广泛存在,如何识别高危PFO就显得尤为重要。有研究显示,同时存在PFO和房间隔动脉瘤(ASA)的患者,卒中风险显著增高。因此,合并ASA和卵圆孔未闭较大的PFO患者应优先考虑PFO封堵术。2018年发表的DEFENSE-PFO研究发现,PFO封堵术可显著降低高危PFO患者缺血性事件发生率,同时发现PFO较大的患者更能从PFO封堵术中获益。

热点三

缺血性卒中合并房颤 抗凝管理势在必行

暨南大学附属第一医院黄立安教授指出,过去十余年,中国房颤及房颤相关卒中患病率均增长10倍以上,房颤患者卒中风险高、危害大,卒中风险评估的变化促使需抗凝治疗的房颤人群进一步扩大。针对我国缺血性卒中合并房颤患者比例呈增长趋势、复发和死亡风险高的特点。

结合国内外指南一致推荐的建议,黄立安教授认为可将抗凝治疗作为缺血性卒中合并房颤患者的基石治疗,并在发病14天内启动口服抗凝药治疗。

