中国十大医学指南

（上接第14版）

《CSCO原发性肺癌诊疗指南（2018）》
突出精准 兼顾可及

2018年4月，《CSCO原发性肺癌诊疗指南（2018）》更新。更新内容主要包括以下几方面：

☆分子分型，根据ADJUANT、EVAN研究推荐早期术后患者行表皮生长因子受体（EGFR）检测。

☆外科治疗部分增加机器人手术的推荐。

☆术后辅助治疗增加EGFR TKIs的推荐。

☆晚期EGFR敏感突变非小细胞肺癌（NSCLC）患者：根据FLAURA研究推荐奥希替尼的一线治疗，根据BRAIN研究推荐EGFR突变伴有≥3个脑转移病灶的患者一线应用EGFR TKI。

☆基于CFDA批准克唑替尼治疗ROS1阳性的适应证，增加ROS1阳性NSCLC治疗的推荐内容。

☆驱动基因阴性NSCLC患者：增加恩度+NP方案治疗肺鳞癌和奈达铂+多西他赛方案治疗肺鳞癌的推荐。

此外，2017国家医保目录调整及部分药物大幅降价，一些新药和新适应证也得到CFDA的正式审批，显著提高我国肺癌患者的新药和基因检测方法的临床实用性。（《医师报》4月26日第23版）

《2018中国类风湿关节炎诊疗指南》
十大更新 强化监测和达标

据悉，我国类风湿关节炎（RA）指南自2010年后一直未做修改，《2018中国类风湿关节炎诊疗指南》是7年来首次修订的版本。

与2010年指南相比，2018版指南明确提出对病情的“严密监测”和“达标治疗”是实现这一目标的具体措施和途径。新指南更新十大要点如下：

☆RA的早期诊断对治疗和预后影响重大，临床医师需结合患者的临床表现、实验室和影像学检查作出诊断（1A）。

☆建议临床医师根据RA患者的症状和体征，在条件允许的情况下，恰当选用X线、超声、CT和磁共振等影像技术（2B）。

☆RA的治疗原则为早期、规范治疗，定期监测与随访（1A）。RA的治疗目标是达到疾病缓解和低疾病活动度，即达标治疗（1B）。

☆对RA治疗未达标者，建议每1~3个月对其疾病活动度监测1次（2B）。

☆RA治疗方案的选择应综合考虑关节疼痛、肿胀数量，ESR、CRP、RF及ACPA的数值等实验室指标（1B）。

☆RA患者一经确诊，应尽早开始传统合成改善病情抗风湿药（DMARD）治疗。推荐首选甲氨蝶呤单用（1A）。

☆单一传统合成DMARD治疗未达标时，建议联合另一种或两种传统合成DMARD进行治疗（2B）。

☆中/高疾病活动度的RA患者建议传统合成DMARD联合糖皮质激素治疗以快速控制症状（2B）。治疗过程中密切监测不良反应。

☆RA患者在使用生物制剂DMARD或靶向合成DMARD治疗达标后，可考虑对其逐渐减量，减量过程中需要严密监测，谨防复发（2C）。

☆建议RA患者注意生活方式的调整，包括禁烟、控制体重、合理饮食和适当运动（2C）。（《医师报》6月7日第15版）

2018版《肺血栓栓塞症诊治与预防指南》
肺血栓栓塞症防治步入2.0时代

2018年4月，2018版《肺血栓栓塞症诊治与预防指南》发布。新指南更新要点如下：

☆首次将欧美指南的格式和表述方法与国人临床实际情况结合。

☆提出符合中国医师临床实践的诊断流程：疑诊、确诊、求因、危险分层。

☆重视深静脉血栓形成的探寻在急性肺血栓栓塞（PTE）诊断和临床处理中的价值。

☆强调求因在PTE临床处理中的价值。求因不仅是对DVT的探寻，还包括对某些特定人群易栓症的筛查，以及探寻临床上所有可能的静脉血栓栓塞症危险因素。

☆增加了新型口服抗凝药物在PTE治疗和预防中的循证医学证据和相关推荐意见。

☆明确半量溶栓方案用于急性PTE治疗。

☆对特殊情况下PTE的临床处理提出指导性建议。

☆强调预防的重要性，尤其对某些既有血栓风险，又有出血风险的患者，基于循证医学结论和临床经验，提出专家推荐意见。（《医师报》4月26日第18版）

《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南》
明确痴呆分型 临床诊疗有了“流程图”

2018年4月，中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会依据国内外最新进展，编写《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南》。

近年来，痴呆和认知障碍领域有很多新进展。基因的研究揭示了阿尔茨海默病（AD）的遗传特征并具有一定的诊断价值；影像及生物标志物研究揭示了AD的纵向发生发展过程；临床特征的深刻认识使情景记忆障碍成为AD临床诊断中的重要内容。

这些进步更新了AD的诊断标准：用基于AD本身特征的诊断（临床核心症状+客观标志物）代替既往临床为主的排他式诊断模式（痴呆→AD特征→排除其他疾病）。

新指南按照临床思路撰写，分为11篇。这种安排主要是遵循临床实践，面对认知障碍的患者时，首先询问病史，再进行体格检查和认知评估，然后判断是否是痴呆。认知障碍程度判断后，需分析病因，即分类诊断，进行针对性的治疗。在病因诊断和程度诊断的过程中，还涉及到危险因素评估、神经影像、尿液或脑脊液等检查辅助做出客观评价。（《医师报》4月12日第17版）

《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》
急性卒中治疗是一项系统工程

2018年9月，《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》更新。

新指南结合缺血性卒中诊治方法及国内外研究最新进展，突出院前处理、急诊评估和诊断流程、急性期静脉溶栓、血管内取栓、影像学评估等方面的进展。同时，新指南强调，急性卒中的治疗是一项系统工程。

无症状脑梗死诊疗建议

建议通过MRI对腔隙性梗死灶与陈旧性脑出血软化灶、扩大的血管周围间隙、白质病变进行鉴别。

治疗方面对于无危险因素的单纯腔隙性梗死患者不建议采用抗血小板及他汀等二级预防，建议对存在血管危险因素的患者参照一、二级预防原则积极进行危险因素的控制。要避免过度诊断、过度治疗。

急诊评估和诊断流程

☆新增卒中急诊救治体系建议：建议组建区域卒中分级救治系统（ⅠC），建立急救转运系统、卒中绿色通道、远程卒中诊治系统（ⅠB）。

☆提高急诊室处理速度要求：将上一版中尽可能在到达急诊室后60 min内完成脑CT检查等基本评估并“做出治疗决定”改为了“开始治疗”（ⅠB）。

☆诊断流程新增考虑是否可进行血管内机械取栓治疗（ⅠC）。

急性期静脉溶栓

静脉溶栓是目前最主要的恢复血流措施，药物包括重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-PA）、尿激酶和替奈普酶。

rt-PA和尿激酶是我国目前使用的主要溶栓药，现认为有效挽救半暗带组织时间窗为4.5 h内或6 h内。

新指南结合相关领域研究进展或共识，对阿替普酶静脉溶栓适应证、禁忌证和相对禁忌证进行了部分修改和调整。