



《柳叶刀·神经病学》发布吉训明教授团队最新研究结果 远隔缺血适应可降卒中复发率

10月28日,由首都医科大学宣武医院吉训明教授团队领衔,联合国内84家医疗机构共同开展的多中心、随机、对照、双盲临床试验RICA研究发现:对于症状性颅内动脉粥样硬化性狭窄导致的缺血性卒中或短暂性脑缺血发作(TIA)患者,长程远隔缺血适应使卒中复发率降低24%,使心脑血管疾病降低30%。(Lancet Neurol.10月28日在线版)

RICA研究共纳入3033例缺血性卒中或TIA归因于颅内责任动脉狭窄

且狭窄程度为50%~99%的受试者,中位随访期为3.5年。受试者每天通过远隔缺血适应训练仪进行1次双上肢缺血适应治疗,持续12个月。

在依从远隔缺血适应的受试者中,长程远隔缺血适应显著降低主要终点结局(缺血性卒中)的发生(14.7%与18.7%)。同时发现,长程远隔缺血适应显著降低复合终点结局(卒中、TIA、心肌梗死)的发生(17.6%与24.1%)。

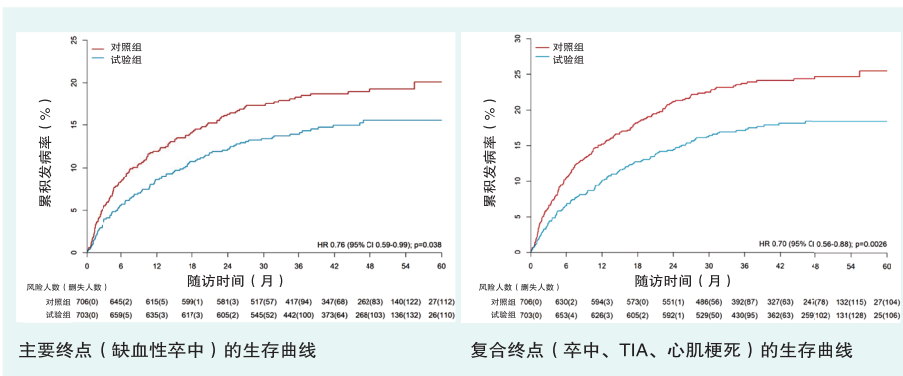
研究结果显示,对于

症状性颅内动脉粥样硬化性狭窄导致的缺血性卒中或TIA患者,长程远隔缺血适应可降低心脑血管疾病的发生。

RICA研究为远隔缺血适应治疗症状性颅内动脉粥样硬化性狭窄提供了高级别的医学证据。



扫一扫
关联阅读全文



海军军医大学刘建民教授团队等首次发现 卒中机械取栓后血压不应低于120 mmHg

10月27日,海军军医大学刘建民教授团队与乔治全球健康研究院合作,发表国际样本量最大的急性缺血性卒中血管内治疗后血压管理的临床随机对照研究。研究发现强化降压组(<120 mmHg)患者临床功能预后较标准血压组(140~180 mmHg)差。(Lancet.10月27日在线版)

研究者在中国44家三级医院进行了一项开放标签、盲终点、随机对照试验。符合条件的患者(年龄≥18岁)因颅内大血管闭塞导致的急性缺血性卒中,在血管内取栓成功再灌注后收缩压持续升高。患者被随机1:1分配到强化降压组和标准血压组,在随机后1h内将收缩压控制到目标范围,并维持72h,主要临床终点事件为90d功能性结局(mRS评分)。

其中主要疗效结局是功能恢复,根据改进

的Rankin评分(0~6)在90天内的评分分布进行评估。根据改良意向治疗原则进行分析。疗效分析采用比例优势逻辑回归进行,调整治疗分配为固定效应,部位为随机效应,基线预后因素,包括所有随机分配的患者,他们提供了同意并有主要结果的可用数据。安全性分析包括所有随机分配的患者。

在2020年7月20日至2022年3月7日,821例患者被随机分配。由于持续存在的疗效和安全性问题,该试验在2022年6月22日对结果数据进行审查后停止。研究表明,对于大血管闭塞型急性缺血性卒中机械取栓后成功再灌注(eTICI 2b/2c/3)的患者,术后强化降压治疗可能导致90d功能预后即mRS 0~2比例的下降,且可能导致早期神经功能恶化和更高的90d残疾率。

《中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2022》发布

医师报讯(融媒体记者 欣闻)缺血性卒中和短暂性脑缺血发作(TIA)是最常见的脑血管病类型,占比超80%。有效的二级预防策略是减少患者复发、致残和死亡的重要手段。

中华医学会神经病学分会及其脑血管病学组组织相关专家在《中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014》基础上,结合近8年来我国的临床实践和国内外相关的循证医学证据,制订了《中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2022》。指南对缺血性卒中和TIA二级预防的危险因素控制、病因诊断评估、针对病因的药物和非药物治疗以及医疗服务质量等进行了系统更新。(中华神经科杂志,2022,55:1071)

指南八大推荐	(1)既往未接受降压治疗的缺血性卒中或TIA患者,发病数天且病情稳定后如果收缩压≥140 mmHg或舒张压≥90 mmHg,如无绝对禁忌,可启动降压治疗(Ⅰ级推荐,A级证据)。
	(2)对于非心源性缺血性卒中或TIA患者,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平≥2.6 mmol/L(1000 mg/L),推荐给予高强度他汀治疗,以降低卒中复发风险(Ⅰ级,A级)。
	(3)对于合并颅内大大动脉粥样硬化证据的非心源性缺血性卒中或TIA患者,推荐给予高强度他汀治疗,需要时联合依折麦布,将LDL-C水平控制在1.8 mmol/L(700 mg/L)及以下或将LDL-C水平降低50%及以上,以降低卒中和心血管事件风险(Ⅰ级,A级)。
	(4)合并高胆固醇血症的缺血性卒中或TIA患者,在启用他汀类药物4~12周后,应根据空腹血脂水平和安全性指标(肝转氨酶和肌酶)评估使用降低LDL-C药物的治疗效果和调整生活方式,之后每3~12个月基于需要根据药物调整情况评估药物治疗的依从性和安全性(Ⅰ级,A级)。
	(5)对于非心源性TIA或缺血性卒中患者,推荐给予口服抗血小板药物而非抗凝药物预防卒中及其他心血管事件的发生(Ⅰ级,A级)。
	(6)对发病在24h内、非心源性轻型缺血性卒中(NIHSS评分≤3分)或高风险TIA(ABCD2评分≥4分)患者,如无药物禁忌,推荐给予氯吡格雷(75 mg)联合阿司匹林(75~100 mg)双联抗血小板治疗21d(首次剂量给予氯吡格雷负荷剂量300 mg和阿司匹林75~300 mg),后改为单药抗血小板治疗(Ⅰ级,A级)。
	(7)对发病在24h内、非心源性轻型缺血性卒中(NIHSS评分≤3分)或高风险TIA(ABCD2评分≥4分)患者,如已完成CYP2C19基因检测,且为CYP2C19功能缺失等位基因携带者,推荐给予替格瑞洛联合阿司匹林治疗21d,此后继续使用替格瑞洛(90 mg,2次/d)单药治疗(Ⅰ级,A级)。
	(8)对合并非瓣膜性心房颤动的缺血性卒中或TIA患者,推荐使用华法林或新型口服抗凝剂抗凝治疗,预防再发的血栓栓塞事件,华法林的目标剂量是维持国际标准化比值在2.0~3.0(Ⅰ级,A级)。