

---

# 2015 版美国急性缺血性卒中血管内治疗指南推荐意见

## （中文版）

---

来源：医脉通 2015-06-30

作者：医脉通心内科编译

2013 年美国心脏协会（AHA）和美国卒中协会（ASA）发布了新版“**急性缺血性卒中早期管理指南**”。2015 年 6 月 29 日，AHA 和 ASA 更新了对血管内治疗（stent-retrieval device）的推荐意见，发表于《Stroke》杂志。本次指南更新获得了美国神经外科医师协会（AANS）、神经外科医师大会（CNS）、AANS/CNS 脑血管部以及美国神经放射学会的支持，并将作为美国神经病学学会（AAN）的教育工具。

指南推荐，对于适宜的患者可在发病 6 小时内进行支架-取栓（血栓摘取支架，stent retrievers）。指南编写委员会主席 William J. Powers（北卡罗莱纳大学）指出，在过去 8 个月中发表了 6 项相关的临床试验，我们从中获取的信息是溶栓治疗后大血管阻塞给予支架-机械取栓治疗可使部分患者获益。指南中引用的证据包括：SYNTHESIS Expansion、IMS III、MR RESCUE、MR CLEAN、ESCAPE、SWIFT PRIME、EXTEND-IA 和 REVASCAT 试验。其中前三项是关于动脉内溶栓和第一代血栓清除装置的，显示该治疗无优势；后五项采用了最新一代支架-取栓装置，结果显示与其他试验相比这些试验中干预组相对于对照组的疗效优势更加显著。

满足以下条件的患者可以接受血管内治疗（stent retrievers）：（1）卒中前 mRS 评分为 0 分或 1 分；（2）急性缺血性卒中；（3）发病 4.5 小时内接受 rtPA 溶栓；（4）梗死是由颈内动脉或近端大脑中动脉 M1 段闭塞引起的；（5）年龄≥18 岁；（6）NIHSS 评分≥6 分；（7）Alberta 卒中项目早期 CT（ASPECTS）评分≥6 分；（8）发病 6 小时内开始治疗。

指南中指出，缩短从出现症状到血管内治疗再灌注的时间能够获得更好的预后。为了确保获益，应尽早治疗，在发病 6 小时达到再灌注（溶栓）血流 2b/3 级。而发病 6 小时以后血管内治疗的有效性还不确定。

发病 6 小时以内的、溶栓禁忌的前循环梗死患者，给予血管内治疗（**stent retrievers**）是合理的；闭塞血管为大脑中动脉 M2 或 M3 段、大脑前动脉、椎动脉、基底动脉或大脑后动脉的患者，在发病 6 小时内给予血管内治疗（**stent retrievers**）可能是合理的。符合下列条件的发病 6 小时以内患者血管内治疗可能也是合理的：（1）颈内动脉或大脑中动脉近端 M1 段闭塞；（2）卒中前 mRS 评分 >1 分；（3）ASPECTS 评分 <6 分或 NIHSS 评分 <6 分。

有证据表明，**stent retrievers** 优于机械血栓清除治疗，但是有些患者采用除 **stent retrievers** 之外的机械血栓清除装置可能是合理的。

此外，指南还建议：血管内治疗需要在有经验的卒中中心快速进行脑血管造影，并需要合格的神经介入医生。

## 推荐意见（全）：

### （一）血管内治疗

1. 符合静脉 rtPA 溶栓的患者应接受静脉 rtPA，即使是正在考虑血管内治疗（I; A）。（同 2013 版指南）
2. 满足下列条件的患者应接受 **stent retriever** 血管内治疗（I; A）。（新推荐）
  - （a）卒中前 mRS 评分为 0 分或 1 分；
  - （b）急性缺血性卒中，发病 4.5 小时内根据专业指南接受了 rtPA 溶栓；
  - （c）梗死是由颈内动脉或近端大脑中动脉 M1 段闭塞引起的；
  - （d）年龄 ≥18 岁；
  - （e）NIHSS 评分 ≥6 分；
  - （f）ASPECTS 评分 ≥6 分；
  - （g）能够在 6 小时内开始治疗（腹股沟穿刺）。

3. 正如静脉 rt-PA 治疗，缩短从出现症状到血管内治疗的时间与改善预后明显相关；为了确保获益，应尽早达到再灌注 TICI 2b/3 级并在发病 6 小时内给予血管内治疗。（I; B-R）。（对 2013 版指南进行了修订）

4. 对于颈内动脉或大脑中动脉近端 M1 段闭塞的急性缺血性卒中患者，在发病 6 小时之外给予血管内治疗的获益是不确定的（IIb; C）。需要更多的随机试验数据。（新推荐）

5. 对于精心选择的前循环梗死且有 rt-PA 溶栓禁忌症的患者，在发病 6 小时之内进行 stent retriever 血管内治疗是合理的（IIa; C）。对于因时间或不因时间（既往有卒中史、严重的头部外伤、出凝血障碍或正在接受抗凝治疗）而存在禁忌症的患者，确定 stent retriever 血管内治疗疗效的证据尚不充分。（新推荐）

6. 尽管获益尚不确定，谨慎选择的急性缺血性卒中患者接受 stent retriever 血管内治疗可能是合理的，需符合下述条件：在发病 6 小时内起始治疗，大脑中动脉 M2 或 M3 段、大脑前动脉、椎动脉、基底动脉或大脑后动脉闭塞（IIb; C）。（新推荐）

7. 对于部分年龄 <18 岁、可在 6 小时内开始治疗（腹股沟穿刺）、大动脉闭塞的急性缺血性卒中患者，stent retriever 血管内治疗可能是合理的，但这个年龄段还没有获益的证据（IIb; C）。（新推荐）

8. 虽然获益尚不确定，符合下述条件的急性缺血性卒中患者接受 stent retriever 血管内治疗可能是合理的：能够在发病 6 小时内开始治疗（腹股沟穿刺），卒中前 mRS 评分 >1 分，ASPECTS 评分 <6 分，或 NIHSS 评分 <6 分，颈内动脉或大脑中动脉近端 M1 段闭塞（IIb; B-R）。需要更多的随机试验数据。（新推荐）

9. 不需要在 rtPA 后观察评估患者的临床反应以获得血管内治疗的良好预后，因此不推荐（III; B-R）。（新推荐）

10. stent retriever 优于 MERCI 装置（I; A）。在某些情况下使用 stent retriever 以外的机械取栓设备是合理的（IIb; B-NR）。（新推荐）

11. 使用近端球囊引导导管或大口径远端入路导管而不是颈部引导导管结合 **stent retriever** 可能是有益的（**IIa; C**）。未来的研究应评估哪些系统的再通率最高而且非目标血栓栓塞的风险最低。（**新推荐**）

12. 血栓切除术的技术目标应该是动脉造影 **TICI 2b/3** 级，以达到最好的功能预后（**I; A**）。如果在发病 6 小时内使用 **salvage** 技术进行辅助（包括动脉溶栓）以实现上述造影结果可能是合理的（**IIb; B-R**）。（**新推荐**）

13. 对于近端颈动脉狭窄或完全闭塞的患者，在血栓切除时可考虑血管成形术和支架术，但有效性是未知的（**IIb; C**）。未来需要随机试验证实。

14. 采用动脉溶栓进行初始治疗对于谨慎选择的患者（大面积缺血性卒中，发病 6 小时以内，大脑中动脉闭塞）是有益的（**I; B-R**）。然而，这些来自临床试验的数据不能反映当前的实践，包括目前已不可用的溶栓药物。动脉 **rt-PA** 的有效剂量尚属未知，而且 **rt-PA** 尚未获得 **FDA** 批准用于动脉溶栓。因此，**stent retriever** 血管内治疗为一线治疗，而动脉溶栓不是一线治疗（**I; E**）。（对 2013 版指南进行了修订）

15. 谨慎选择的、静脉溶栓禁忌的患者可以给予动脉溶栓，但后果是未知的（**IIb; C**）。（对 2013 版指南进行了修订）

16. 急性缺血性卒中血管内治疗时采用清醒镇静而不是全身麻醉可能是合理的。但是麻醉技术的最终选择应该基于患者的危险因素、对手术的耐受情况和其他临床特征进行个体化处理。需要随机试验数据证实（**IIb; C**）。（**新推荐**）

## （二）影像学检查

1. 推荐在开始任何急性卒中的特异性治疗之前进行紧急大脑影像学检查（**I; A**）。在大多数情况下，非增强 **CT** 可以为紧急管理决策提供必要的信息。（同 2013 版指南）

2. 如果考虑血管内治疗，在急性卒中患者的初始评估时强烈推荐一种非侵入性颅内血管检查，但不应延迟静脉 rtPA。对于符合专业指南推荐的静脉 rtPA 适应证、且初始评估中没有非侵入性血管影像学检查的患者，推荐在非侵入性影像学检查之前启动静脉 rtPA。应尽快进行非侵入性颅内血管影像学检查。（ I; A）。（新推荐）

3. 除了 CT、CTA、MR 和 MRA 之外，其他影像学检查如 CT 灌注或弥散及弥散加权成像对选定进行血管内治疗患者的益处是未知的（ IIb; C）。对于选定的发病 6 小时以内、ASPECTS 评分 < 6 分、拟接受紧急再灌注治疗的患者，需要进一步的随机对照试验来评估先进的影像学检查（CT 灌注成像、CTA、MRI 弥散和灌注成像）来评估梗死核心、脑血流状态及半暗带是否有益。对于发病超过 6 小时、拟接受紧急再灌注治疗的患者，需要进一步的随机对照试验来评估先进的影像学检查来评估梗死核心、脑血流状态及半暗带是否有益。（新推荐）

### （三）卒中保健系统

1. 应将患者迅速转运到最近的认证初级卒中中心或综合卒中中心，如果没有这样的中心应转运到能够提供 2013 版指南所述的最合适的机构（ I; A）。在某些情况下，可能涉及到空中医疗运输和医院通道。（同 2013 版指南）

2. 应该建立区域卒中医疗系统。包括以下组成部分：

（a）能够提供初步急救护理（包括静脉 rtPA 管理）的医疗机构，包括初级卒中中心、综合卒中中心和其他机构。

（b）中心能够提供血管内治疗以及综合围术期护理，包括综合卒中中心，可以在适当的时候进行快速转运（ I; A）。（对 2013 版指南进行了修订）

3. 初级卒中中心和其他医疗机构提供初始紧急管理（包括静脉 rtPA）、提高非侵入性颅内血管影像学检查能力（选择最适合的患者转运进行血管内介入治疗，节省血管内治疗事件）可能是有用的（ IIb; C）。（对 2013 版指南进行了修订）

4. 血管内治疗需要在有经验的卒中中心快速进行脑血管造影，并需要合格的神经介入医生。系统应该是可设计、可执行和可监控的，强调快速评估和治疗。应跟踪随访所有患者的预后。鼓励医疗机构设定标准来评估医生的医疗工作，以确定哪些人可以安全、及时地执行动脉内血运重建手术（I;E）。（对 2013 版指南进行了修订）

全文下载：[2015 AHA/ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association](#)

[医脉通心内科](#)编译，转载请务必注明出处。