

康健园

本报专刊部主编 | 第 610 期 | 2016 年 10 月 31 日 星期一 责任编辑:潘嘉毅 视觉设计:戚黎明 编辑邮箱:pjy@xmwb.com.cn

卒中可防可治 预防重于抢救

专家倡导长期规范管理脑中风

一旦发生脑卒中(俗称脑中风),其救治是一个与时间赛跑的过程,而且真正有效的治疗手段非常有限,唯一有效的是在急救“黄金时间窗”里成功进行血管再通。由此可见预防比抢救更重要。尤其是具有卒中高危因素者一定要严控危险因素,比如控制高血压、管好胆固醇(血脂)、与烟草永诀;一旦发生了疑似卒中前期征兆症状,要立刻拨打 120 急救电话,谨记卒中的急救是有“黄金时间窗”的,尤其是缺血性卒中(脑梗死)一定要争取抢救时间;在卒中的后续治疗和患者出院后随访中,更要明确预防卒中没有“一针灵”,真正的“灵丹妙药”就是严格遵照医嘱,坚持药物治疗,保证治疗的规范性。

初发病人呈年轻化趋势

据《2015 中国心血管病年报》,2003 年~2014 年中国脑血管病死亡率呈上升趋势。预防是扭转卒中的开端,却是最容易被忽视的一环。汪昕教授提出,预防卒中从青年期就要开始。如今,卒中的发病呈现“年轻化”,除了脑血管先天畸形等少见因素以外,一些常见的卒中危险因素,像高血压、高血脂、糖尿病等都在年轻化,这就导致了整个卒中的发病年龄前移,很多中年人成为了卒中的受害者。一旦卒中提前发生,造成的家庭和社会负担远比老年患者沉重得多。

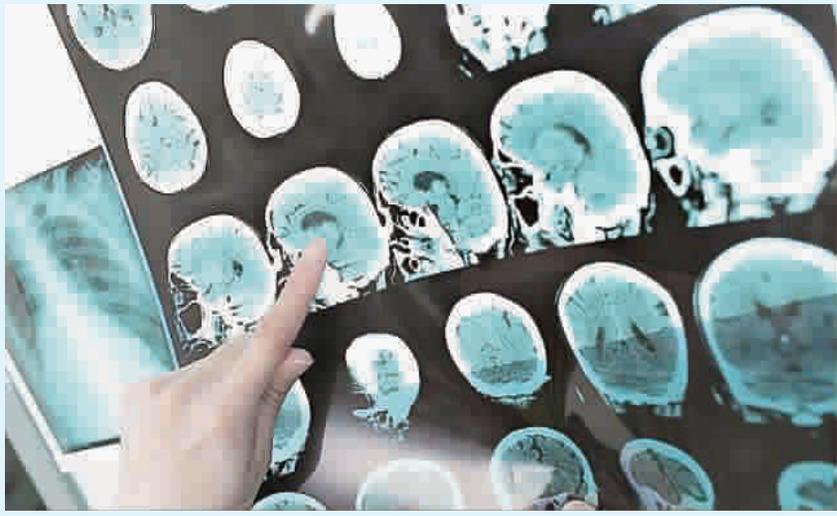
高复发率遭遇疾病管理瓶颈

除了卒中发病前移外,高复发率也是目前中国卒中管理遇到的一大问题。董强教授指出,以缺血性卒中为例,根据《2015 年中国卒中指南》,中国缺血性卒中的年复发率高达 17.7%,意味着将近 5 个缺血性卒中患者从发病开始算起,在未来 12 个月中,还有 1 人可能再次发生卒中。除了继续坚持控制高危因素外,董强教授提醒,血脂管理是卒中二级预防管理的最大短板,对于已发生缺血性卒中的患者,一定要坚持服用调脂药物,如他汀类药物,建议将胆固醇(即低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C)目标值控制小于 1.8mmol/L。另外,针对未发生过卒中的高血压、冠心病患者,需在医生诊断后服用他汀类药物以将胆固醇控制低于 2.59mmol/L。

三大要素考量卒中抢救质量体系

董强教授表示,时间、技术、流程是考量卒中抢救质量体系的三大要素,缺一不可。尤其是 DNT(door to needle time),即入院至溶栓开始的时间控制在 60 分钟内,严格把握卒中 3.5 小时黄金抢救期。汪昕教授介绍,经过从政府到各级医院的大力努力,目前本市已经建设了全国领先的卒中救助体系。凌溯

10 月 29 日上午,上海市医师协会神经内科医师分会和上海市卒中预防与救治中心联手邀请来自本市 36 家医院的 40 余名神经内科骨干医师在静安公园开展“世界卒中日——正视卒中 可防可控”义诊活动。复旦大学附属华山医院神经内科董强教授、复旦大学附属中山医院神经内科汪昕教授共同呼吁全社会高度正视卒中疾病的高死亡率、高致残率、高复发率,正视卒中疾病带给社会的沉重医疗负担、正视卒中带来的社会生产力的损失、正视卒中可能对家庭带来的灾难性影响。



房颤患者采用适合的疗法远离脑卒中

根据临床研究统计,引起缺血性脑卒中的病因有很多,房颤产生的血栓引发的卒中尤其值得警惕,通常病情更为严重,致残率和死亡率更高,也更容易复发。

房颤中有一部分是瓣膜性房颤,比如二尖瓣狭窄,心房扩大,导致房颤。大部分是非瓣膜性房颤,跟人的衰老有关。在非瓣膜性房颤中,90%以上血栓的形成与左心耳有关。

中国科学院院士、复旦大学附属中山医院心内科主任葛均波教授介绍,不同于我国现有的抗凝药物、射频导管消融等治疗方案,左心耳封堵术是一种预防非瓣膜性房颤患者卒中的创新术式。它通过封堵左心耳,预防左心耳内血栓引起的血管栓塞,从而避免缺血性脑卒中和全身性栓塞的发生。

因此,患者要了解这些治疗手段,配合医生综合考虑,选择适合自己的方案。药物是通

过干扰凝血过程中某一或某些凝血因子,延缓血液凝固时间或防止血栓的形成和扩大;射频导管消融不能代替抗栓治疗,它的主要目的是恢复窦性心率,减轻患者症状;左心耳封堵术是抗栓治疗,预防脑卒中。三者治疗目标不同。

目前全球研究最为深入,也是唯一具有长期临床试验数据和随访数据的是 WATCHMAN 左心耳封堵系统。PROTECT-AF 试验的长期数据显示,相较于传统抗凝药物华法林,WATCHMAN 降低了 40%的以卒中、系统性栓塞、心血管或不明原因死亡的复合事件发生率,降低了 34%的全因死亡率,降低了 60%的心血管疾病死亡率。同时 ASAP 试验也表明,对口服抗凝药物治疗有禁忌的房颤患者,WATCHMAN 降低了 77%的卒中风险。章葳

多发性骨髓瘤从「能缓解」向「可治愈」迈进

近年来,多发性骨髓瘤的治疗取得了长足的进步。患者的无进展生存期和总生存期得到了明显提高。但如何使患者获得最大程度的缓解并长期生存,乃至如何彻底治愈多发性骨髓瘤等,是亟待解决的问题。随着对骨髓瘤分子生物学性质的阐明,以及对骨髓瘤细胞内信号通路、骨髓微环境的深入研究,越来越多的靶向于骨髓瘤及骨髓微环境的新型药物逐步应用于临床,多发性骨髓瘤的治疗已经进入到一个崭新的时代。

随着新药的应用,诱导治疗达到完全缓解的患者比率已经由不足 5%提高到 50%-60%。新药治疗时代,患者完全缓解率显著提高,但治疗效果难以维持。为了维持诱导治疗的效果,人们在诱导治疗之后采用维持治疗。新药成为多发性骨髓瘤维持治疗的重要角色。但多发性骨髓瘤目前仍是不能治愈的疾病,多数患者最终会出现复发。此时需要挽救治疗。

经历了诱导治疗、维持治疗、挽救治疗等阶段,患者的治疗现状会有显著改善。但多药耐药及不可耐受的毒副作用是目前多数复发难治患者治疗方面不可突破的瓶颈。新一代作用机制不同、毒副作用轻的药物已经快速从实验研究转化为临床实践,有望突破复发难治患者治疗瓶颈,并最终实现彻底治愈多发性骨髓瘤的终极目标。具有代表性的药物有第二代蛋白酶体抑制剂例如卡非佐米和依沙佐米、新一代免疫调节剂如泊马度胺、组蛋白去乙酰化酶抑制剂帕比斯他、抗 CD38 单抗抗体和抗 CS1 单抗抗体在美国已经批准上市,在中国已进入 3 期临床试验阶段,相信在不久的将来会造福于中国的患者。

国际骨髓瘤指南提出:高危、难治、复发的多发性骨髓瘤,可考虑进行异基因造血干细胞移植。长征医院血液科开展异基因造血干细胞移植治疗骨髓瘤已经超过 50 例,初步结论认为,异基因造血干细胞移植在年轻多发性骨髓瘤患者中是一个值得探索的治愈性手段。同时,随着预处理技术、移植后并发症防治措施的日益完善,移植相关死亡率已明显减少,越来越多的骨髓瘤患者能从中获益。

未来通过蛋白质组学和基因组学等新技术,不断寻找新的治疗靶点,研发不同作用机制的新药,特异、强效地杀伤肿瘤细胞,破坏肿瘤细胞微环境,最终通过大规模临床试验,不断验证和完善分层治疗策略,把多发性骨髓瘤变成“可治愈肿瘤”,将是未来研究的重点。

侯健(第二军医大学附属长征医院血液科主任、主任医师、上海市医学会血液学分会主任委员)



突发脑卒中如何院前急救

在遭遇脑卒中时能够尽快选择科学规范的诊治方式,对于挽救患者的生命至关重要。日前长海医院脑血管病中心开展的卒中讲堂比较完整地介绍了脑卒中院前处理以及在 120 急救车上病人和家属如何配合急救。

(1)对可疑脑卒中者必须优先转运。如果同时有其他病患,脑卒中中的救治时间要求较高,须分秒必争。

(2)解开衣领,开放气道,保持气道通畅,如果患者昏迷或者通气不足或者窒息,建议在急救医生的帮助下做插管。氧饱和度保持

在 90%以上,通气保持正常。

(3)入院前建立静脉通道。做到不输注过量液体,因为大量的液体会使脑水肿加重,给早期救治造成困难。一般情况下,第一瓶液体是生理盐水,输液速度每分钟约 15 滴。

(4)非低血糖病人不要应用含有葡萄糖的液体。因为血糖的升高是脑梗死面积扩大的重要因素之一,在缺氧的时候糖会转变成乳酸,乳酸会使缺血的脑水肿进一步加重。

(5)应给患者做心电图,量血压,并做记录,如果有便携式血糖仪,做好血糖测定。维

持患者血压不能太低,保持在 90/60mmHg 以上。不能给病人任何降压药,在未明确病情前,即便血压升高也不能使用。

(6)如果患者烦躁,不可以使用任何镇静剂,因为镇静剂会影响到入院后医生对意识的判定,容易给后续治疗带来误诊。

(7)判断症状出现的时间或最后看起来正常的时间。获取家属的联系方式,最好是电话号码。转运病人,要有家属陪同。

(8)将患者迅速转运至最近的有溶栓条件的医院,不要因院前干预延误转运,提前通知医院即将有脑卒中患者到达。

张萍(第二军医大学附属长海医院脑血管病中心) 本版图片 TP