脑血管再通治疗策略的权衡
Equipoise among recanalization strategies

T.A. Tomusk, MD
E. Khatiri, MD
T. Jovin, MD
B. Demaerschalk, MD
T. Malikirch, MD
A. Demchuck, MD
M.D. Hill, MD
E. Jostch, MD
J. Spilker, RN
J.P. Broderick, MD
For the IMS III Executive Committee

摘要
现代急性脑卒中的治疗是建立在脑组织保护和预防良好的关键在于血管再通和随后再灌注这个假说上。本文比较了急性脑卒中的静脉联组组织型纤溶酶原激活物(静脉rt-PA)治疗和动脉再灌注治疗的临床疗效。过去观点认为,静脉应用rt-PA治疗大动脉血栓的再灌率高于动脉治疗方法。但最近利用经颅多普勒和磁共振血管成像研究发现静脉应用rt-PA治疗方法有更高的再灌率;相反,许多研究报道动脉治疗有更高的再灌率,但逆转再灌注时间非常重要,程序的延迟和治疗中的各种危险因素会阻碍该方法进行,与静脉治疗相比,静脉治疗的累及区具有更高的再灌率,但并不能改善患者的预后。而动脉血联合治疗可以减少后再发生的危险,但必须具有最佳治疗时间,需权衡各种治疗策略。在这种情况下,可将患者随机分组进入静脉应用rt-PA治疗或动脉血治疗后进行动脉治疗干预,同时将新的干预技术纳入试验,这才是合理治疗的研究方法。

NEUROLOGY 2010;74:1069-1076
刘佳 译；周津审校

急性脑血管病的最佳治疗目前尚不明确,需要权衡两种或两种以上存在竞争的治疗手段。目前研究确定特定患者的最佳治疗方案依据在于急性缺血性脑卒中再灌注治疗仍在研究中。因此在评价在评估某位患者是否选择大规模社区或社区中的进行治疗的研究者和医生,以及每个医师或研究者评估的水平。本文通过比较在急性缺血性脑卒中静脉应用rt-PA和再灌注动脉治疗两种方法的临床效果，探讨问题的关键所在。

现代急性脑血管病的治疗是建立在脑组织保护和预防良好的关键在于血管再通和随后再灌注这个假设上,此假设并非绝对正确,少数脑缺血后出现脑部很好的患者即使没有再通,损伤很小,临床恢复正常,不过大部分脑缺血患者只有通过再通和再灌注才能预后较好。重要的是与冠状动脉血流不足相关,再通后(动脉闭塞的部位血流恢复)血管造影显示尽管血管和相应支配的侧支灌注不充足,在一些临床试验中和病例中较少明确界定再通和再灌注,尤其没有中心专家利用已经确定的方法询问血管成像。此外,虽然进行再通和再灌注,脑组织也因可能因为出血的时间和严重程度已经造成了不可逆的损伤。卒中后的再灌注可能是有害,因为在再灌注比例损伤和再灌注性出血下会产生一系列有害生化过程,药物、造影剂、再通和再灌注也造成损害,因此,较高的再通和再灌注并不能证明具有更好的临床疗效。

为了解决这个问题,本文回顾了关于再通和再灌注比例,动脉治疗风险、静脉治疗风险、半影成像学在患者选择中的作用,以及基于这些数据得出的结论。

再通比例
在所有血管造影评估再通,应用动脉治疗的病前剂量重复试验中,小剂量静脉rt-PA用于许多患者,Mon等报道,发生在6小时以内的卒中,使用40-60 mg度替普酶(一种双联rt-PA)1小时后,在19例前循环闭塞患者中再通比率约为47%。t-PA急性卒中研究机构评估了有血管造影患者,并对8小时急性卒中患者使用多种剂量的度替普酶(不使用快速溶

From the University of Cincinnati (T.A.T., F.K., J.S., JEP); University of Pittsburgh (T.J.); Mayo Clinic Arizona (G.D.); Allegheny Medical Center (T.M.); University of Calgary (A.D., M.M.J.); Medical University of South Carolina (F.J.);
Study sponsor: IMS III is funded by NINDS (NIH/44223 and NIH/45246).
Monsen, H.J., Peterson, and Johnson & Johnson
Copyright © 2010 by AAN Enterprises, Inc.