

量的 RCT 进一步验证。

参考文献

- [1] 秦劭晨, 陈健, 黑赏艳, 等. 银杏叶提取物治疗急性脑梗死随机对照试验的 Meta 分析 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21 (12): 190 - 195.
- [2] 王杰松, 张俊虎, 胡慧渊, 等. 三七总皂苷和复方丹参注射液治疗脑梗死的 Meta 分析 [J]. 中国医院药学杂志, 2006, 26 (6): 317 - 319. DOI: 10. 3321/j. issn: 1001 - 5213. 2006. 03. 032.
- [3] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 (2010 年版) [J]. 中国全科医学, 2011, 14 (35): 4013 - 4017.
- [4] 刘津贤, 刘艳艳, 贾颖. 舒血宁注射液治疗急性脑梗死的临床疗效 [J]. 中国城乡企业卫生, 2010, 25 (1): 48 - 49.
- [5] 姜霞, 李莉, 李霞. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗死临床疗效观察 [J]. 长治医学院学报, 2008, 22 (3): 203 - 204. DOI: 10. 3969/j. issn. 1006 - 0588. 2008. 03. 017.
- [6] 季宝斌. 金纳多治疗急性缺血性脑卒中临床疗效观察 [J]. 中国医药科学, 2014, 4 (19): 62 - 64. DOI: 10. 3969/j. issn. 2095 - 0616. 2014. 19. 019.
- [7] 李世英, 阎冰, 夏静. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗死的疗效及对血流变学及纤维蛋白原含量的影响 [J]. 临床神经病学杂志, 2008, 21 (2): 147 - 149.
- [8] 李国平, 李艳丽. 金纳多注射液治疗急性缺血性脑卒中疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2015, 9 (3): 156 - 157.
- [9] 王鲜花. 舒血宁注射液治疗急性脑梗死 51 例的效果分析 [J]. 转化医学电子杂志, 2015, 2 (9): 42 - 43.
- [10] 白泽慧, 阎咏梅. 舒血宁治疗急性期脑梗塞 48 例疗效分析 [J]. 现代中医药, 2006, 26 (3): 17 - 18. DOI: 10. 3969/j. issn. 1672 - 0571. 2006. 03. 010.
- [11] 管玉霞, 刘俊平, 池丽玉. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗死 86 例临床疗效观察 [J]. 中国医药导报, 2009, 6 (24): 62 - 63. DOI: 10. 3969/j. issn. 1673 - 7210. 2009. 24. 036.
- [12] 瞿艳红. 血塞通注射液治疗脑梗死的临床疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5 (32): 50 - 51. DOI: 10. 3969/j. issn. 1674 - 3296. 2012. 32. 044.
- [13] 董琳琳, 王政彧. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗死疗效观察 [J]. 实用医技杂志, 2007, 14 (26): 3606 - 3607. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671 - 5098. 2007. 26. 044.
- [14] 项光宇, 翟鲁辉, 尤书德. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗死疗效观察 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2007, 10 (4): 68 - 69.
- [15] 刘黎青, 王世军, 周盛年. 银杏叶提取物对大鼠缺血脑组织的保护作用研究 [J]. 山东医药, 2004, 44 (22): 18 - 20. DOI: 10. 3969/j. issn. 1002 - 266X. 2004. 22. 009.
- [16] 宋立刚. 银杏叶提取物对缺血性脑血管病介入治疗的影响以及其中糖类的优化分离和动物体内脑保护作用研究 [D]. 石家庄: 河北医科大学, 2013.
- [17] 唐婧妹, 裴清华. 三七总皂苷对大鼠脑缺血再灌注损伤的神经保护机制研究 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17 (15): 210 - 213. DOI: 10. 3969/j. issn. 1005 - 9903. 2011. 15. 061.

(收稿日期: 2016 - 12 - 18; 修回日期: 2017 - 03 - 16)

(本文编辑: 谢武英)

· 指南 · 共识 · 标准 ·

《2017 AHA/ACC 瓣膜性心脏病患者管理指南》更新要点

1. 抗生素预防感染性心内膜炎 (IE) 的适应证 建议经导管植入人工瓣膜或瓣膜修复采用人工材料者术前使用抗生素以预防 IE。
2. 心房颤动并心脏瓣膜疾病患者直接口服抗凝剂 (DOAC) 心房颤动、CHA2DS2-VASc 评分 ≥ 2 分、合并原发性主动脉瓣疾病、右房室瓣疾病或左房室瓣反流患者使用 DOAC 是合理的。
3. 经导管主动脉瓣置换术 (TAVR) 的适应证 (1) 经心脏瓣膜小组评估后建议高危严重症状性主动脉瓣狭窄患者接受开放手术瓣膜置换术 (SAVR) 或 TAVR; (2) 经心脏瓣膜小组评估后建议中危严重症状性主动脉瓣狭窄患者行 TAVR 是 SAVR 的合理替代。
4. 原发性/继发性左房室瓣反流 (MR) 患者的手术治疗 (1) 原发性 MR: 左心室收缩功能保留 [左心室射血分数 (LVEF) $> 60\%$, 左心室收缩期末内径 (LVESD) < 40 mm] 的无症状、严重原发性 MR 患者, 经影像学检查显示左心室直径逐步增大或 LVEF 降低者行左房室瓣手术是合理的。(2) 继发性 MR: 严重继发性 MR 的定义与严重原发性 MR 的判断标准相同 (有效反流口面积 ≥ 0.4 cm², 反流容积 ≥ 60 ml, 反流分数 $\geq 50\%$); 严重症状性 [纽约心脏病协会 (NYHA) 分级 III ~ IV 级] 继发性 MR、接受手术治疗者选择 chordal-sparing 左房室瓣置换术是合理的; 接受冠状动脉旁路移植术的慢性、中度缺血性 MR 患者行左房室瓣修复术无临床获益 (IIb)。
5. 植入人工心脏瓣膜患者的管理 (1) 人工瓣膜的选择: 在机械和生物人工瓣膜选择方面, 共享决策仍是 I 类推荐; 在接受主动脉瓣或左房室瓣置换术患者中机械或生物瓣膜适应证年龄范围从 60 ~ 70 岁扩大到 50 ~ 70 岁。(2) 人工瓣膜植入患者的抗栓治疗: 对于植入机械瓣膜患者, 建议给予维生素 K 拮抗剂和阿司匹林 75 ~ 100 mg; 植入 On-X 双叶机械主动脉瓣、无额外血栓栓塞 (TE) 风险的患者可考虑维持较低的国际标准化比值 (1.5 ~ 2.0); 对于出血风险较低患者, 推荐采用生物瓣膜, 术后抗凝 3 ~ 6 个月; 出血风险较低患者 TAVR 术后接受维生素 K 拮抗剂治疗至少 3 个月 (INR 目标值 2.5) 可能是合理的。(3) 生物瓣膜血栓形成: 对于怀疑或确诊生物瓣膜血栓形成、血流动力学稳定、无抗凝禁忌证患者, 初始治疗采用维生素 K 拮抗剂是合理的; 心脏瓣膜小组评估为手术风险高或过高的严重、症状性生物主动脉瓣狭窄患者, TAVR 瓣中瓣手术是合理的。(4) 人工瓣膜反流: 对于心脏瓣膜小组评估为手术高危或禁止性风险的严重症状性生物人工主动脉瓣反流患者, 经导管瓣中瓣手术是合理的。

(来源: 医脉通)