

· 指南与共识 ·

# 中国脑血管病临床管理指南(节选版)

## ——前言

■ 董漪<sup>1</sup>, 王伊龙<sup>2</sup>, 刘丽萍<sup>2</sup>, 徐安定<sup>3</sup>, 中国卒中学会中国脑血管病临床管理指南撰写委员会

### 执笔作者单位

<sup>1</sup>200040 上海

复旦大学附属华山医院  
神经内科

<sup>2</sup>首都医科大学附属北京  
天坛医院神经病学中  
心

<sup>3</sup>暨南大学附属第一医  
院神经内科/脑血管病  
中心

### 通信作者

徐安定

tlil@jnu.edu.cn

【关键词】 脑血管病; 管理; 推荐; 证据; 中国卒中学会

【DOI】 10.3969/j.issn.1673-5765.2019.07.011

中国卒中学会第一届理事会常务理事于2017年6月做出决议, 制定和推出中国卒中学会《中国脑血管病临床管理指南》。为此, 学会组织国内专家, 历时2年, 制定了这套包括脑血管病预防、诊疗、康复、组织化管理和卒中医疗质量管理等全方位的临床管理指南。本指南分成7个主要部分: 卒中组织化管理、脑血管病高危人群管理、缺血性脑血管病临床管理、脑出血临床管理、SAH临床管理、脑静脉系统血栓形成临床管理和卒中康复管理。

指南全文以专著形式由人民卫生出版社于2019年6月正式出版。为了更好、更快地在全国范围推广该指南, 学会决定同步在学会官方中文期刊《中国卒中杂志》发布指南节选版, 包括指南的推荐意见、流程图和其他重要内容。

### 1 指南目的及用途

该部指南定位于提供全方位的卒中临床管理规范, 主要供从事卒中防治、护理、康复的相关专业人员和社工工作者使用, 也为政府部门相关机构、相关卫生事业管理人员、医药相关企业、卫生保健需求方和其他利益相关者提供指导意见。

### 2 指南制定方法学

#### 2.1 指南制定方法学原则

中国卒中学会为了保证所制定指南、专家共识、科学声明等的科学性、规范性, 组织专家委员会于2016年撰写制定并通过了《中国卒中

学会指南制定指导手册》。本指南制定方法和全过程均依照该手册规定的原则; 在指南撰写的形式上, 则借鉴了澳大利亚国家卒中基金会《卒中临床管理指南2017》。

#### 2.2 指南制定的组织框架

中国卒中学会中国脑血管病临床管理指南撰写委员会由赵继宗会长、王拥军执行会长任主任委员, 徐安定和董强副会长任副主任委员。中国卒中学会第一届理事会常务理事任委员。学术委员会负责审核指南撰写委员会组成, 制定指南框架、基本原则, 提供撰写学术指导和最终审核。

撰写工作委员会(编委会)由徐安定副会长任主任委员, 王伊龙和刘丽萍任副主任委员。按照指南7个主要部分, 学会委员会指定徐安定、王文志、王拥军、赵继宗、董强、曾进胜和张通教授分别担任撰写组组长。各组组长各自组建工作小组, 报学术委员会审批通过。

#### 2.3 文献检索及筛选

本指南检索数据库包括CNKI、万方数据库、中国科技期刊全文数据库(维普)、MEDLINE/PubMed、Cochrane临床数据库。文献检索时间总体截止于2018年6月30日, 但对于此截止日期之后指南正式定稿之前发表的可能改变临床指南的重要临床研究(大规模国际多中心研究)也酌情纳入在本指南之内。

#### 2.4 指南的推荐分类及证据级别

本指南采用《中国卒中学会指南制定指导手册》规定的推荐分类和证据级别。该推荐分

类和证据级别方法与AHA/ASA最新指南采用的体系一致。

#### ①推荐分类

I类: 有证据证实或一致同意给予的操作或治疗是有效的。

II类: 关于操作或治疗的有效性存在有争议的证据或有意见分歧。

IIa: 部分证据或意见支持有效性。

IIb: 有效性还没有很好的证据。

III类: 操作和治疗是无效的, 并且在某些案例中是有害的。

#### ②证据级别

A级证据: 证据来源于多个RCT或meta分析。参考文献必须在推荐意见中提供和引用。

B级证据: 证据来源于单个RCT或非随机试验。参考文献必须在推荐意见中提供和引用。

C级证据: 证据仅包括专家观点、病例研究等。

### 2.5 指南的偏倚、利益冲突及声明

为了尽量避免可能的利益冲突, 学会确定了指南制定全过程中的相关支出全部由中国卒中学会负责的原则。为尽可能防止偏倚, 各撰写工作小组均采用了文献检索先获得证据, 再进行推荐意见总结的形式。撰写工作委员会对有疑问、不同看法或不确定的推荐意见, 采取了集中分析文献证据级别, 共同确定推荐意见的方式。同时所有指南文本在正式定稿前, 其内容严格对外保密。

### 3 指南特点

#### ①临床管理指南

本指南定位为临床管理, 不仅仅是针对某一疾病的某一技术或方法的推荐, 而是在文献分析基础上, 对不同疾病、疾病不同阶段、疾病不同分层的患者进行综合管理的阐述, 采用了大量流程图和推荐意见相结合的模式, 更贴近临床工作习惯, 更符合临床路径管理, 从而提高了指南实用性。

②不严格区分单一疾病的急性期干预和二级预防, 而是强调以患者为中心进行综合管理。

③引用了较多的具有一定参考价值的国内文献, 为中国指南的推荐意见补充了中国证据链, 避免了简单重复欧美国家的指南。

④启用和培养了较多优秀青年骨干, 他们热心而积极地投入, 使得指南按照标准流程逐步完成指定过程, 避免了过多的专家独断和个人意见。在指南制定的过程中, 这批青年骨干在工作能力上得到了极大提升, 为下一步指南的更新打下了扎实基础。

### 4 指南局限性

①本部指南是中国卒中学会首次制定的涉及脑血管病的全方位指南。虽然严格按照指南制定的标准化方法进行工作, 但工作量大、牵涉面广、参加编写人员多, 对编写类似系统的临床管理指南的经验不足, 难免出现疏漏、差错和文风格的不统一, 并可能存在观点的局限性或争议。

②纳入文献和文献筛选工作量巨大。虽然严格按照标准对在诊断和治疗方法上的文献进行了筛选, 排除了绝大部分不符合指南要求的研究文献, 但依然保留了部分国内观察性临床研究(如某些因素与预后之间关系)以及一些在国内临床使用广泛但尚缺乏很好研究证据的干预方法的一般临床疗效研究(如SAH的脑脊液置换等)。这些研究的质量参差不齐, 多属于单中心、样本量不大、非随机或随机方法不明的研究, 或者是回顾性研究。这些研究对指南的部分推荐意见可能产生一定的偏倚影响。

③在指南制定的全过程中杜绝了任何形式的商业赞助, 且对制定的指南过程和内容也对外采取了保密措施。但在既往国内脑血管病的学术推广过程中, 医药企业起到了很重要的正面推动和协助作用, 这在一定程度上导致指南依然存在可能的偏倚。