Ⅰ院前处理

- 院前处理的关键是迅速识别疑似脑卒中患者并尽快送到医院。
- 一、院前脑卒中的识别
- 若患者突然出现以下症状时应考虑脑卒中的可能：
- ①一侧肢体（伴或不伴面部）无力或麻木；②一侧面部麻木或口角歪斜；③说话不清或理解语言困难；④双眼向一侧凝视；⑤一侧或双眼视力丧失或模糊；⑥眩晕伴呕吐；⑦既往少见的严重头痛、呕吐；⑧意识障碍或抽搐。

Ⅰ院前处理

- 二、现场处理及运送
- 现场急救人员应尽快进行简要评估和必要的急救处理，包括：①处理气道、呼吸和循环问题；②心脏观察；③建立静脉通道；④吸氧；⑤评估有无低血糖。
- 应避免：①非低血糖患者输含糖液体；②过度降低血压；③大量静脉输液。
- 应迅速获取简要病史，包括：①症状开始时间；②近期患病史；③既往病史；④近期用药史
- 应尽快将患者送至附近有条件的医院（能24h进行急诊CT检查）。



Ⅰ院前处理

- 推荐意见：对突然出现上述症状疑似脑卒中的患者，应进行简要评估和急救处理并尽快送往就近有条件的医院（Ⅰ级推荐）。



Ⅱ急诊室诊断及处理

- 由于急性缺血性脑卒中治疗时间窗窄，及时评估病情和诊断至关重要，医院应建立脑卒中诊治快速通道，尽可能优先处理和收治脑卒中患者。

Ⅱ急诊室诊断及处理

- 一、诊断
- 1．病史采集和体格检查：尽快进行病史采集和体格检查。
- 2．诊断和评估步骤：（1）是否为脑卒中？注意发病形式、发病时间，排除脑外伤、中毒、癫痫后状态、瘤卒中、高血压脑病、血糖异常、脑炎及躯体重要脏器功能严重障碍等引起的脑部病变。进行必要的实验室检查。（2）是缺血性还是出血性脑卒中?除非特殊原因不能检查，所有疑为脑卒中者都应尽快进行脑影像学（CT或 MRI）检查，排除出血性脑卒中、确立缺血性脑卒中的诊断。（3）是否适合溶栓治疗？发病时间是否在4.5或6h内，有无溶栓适应证。

Ⅱ急诊室诊断及处理

- 二、处理
- 应密切监护基本生命功能，如气道和呼吸；心脏监测和心脏病变处理；血压和体温调控。需紧急处理的情况：颅内压增高，严重血压异常，血糖异常和体温异常，癫痫等。
- 推荐意见：按上述诊断步骤对疑似脑卒中患者进行快速诊断，尽可能在到达急诊室后60 min内完成脑CT等评估并做出治疗决定（Ⅰ级推荐）。

Ⅲ卒中单元（stroke unit）

- 卒中单元是组织化管理住院脑卒中患者的医疗模式，把传统治疗脑卒中的各种独立方法，如药物治疗、肢体康复、语言训练、心理康复、健康教育等组合成一种综合的治疗系统。卒中单元可明显降低脑卒中患者的病死率和残疾率。
- 推荐意见：收治脑卒中患者的医院应尽可能建立卒中单元，所有急性缺血性脑卒中患者应尽早、尽可能收入卒中单元（Ⅰ级推荐，A级证据）或神经内科病房（Ⅱ级推荐）接受治疗。



Ⅳ急性期诊断与治疗

- 一、评估和诊断
- 脑卒中的评估和诊断包括：病史和体征、影像学检查、实验室检查、疾病诊断和病因分型等。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （一）病史和体征
- 1. 病史采集：询问症状出现的时间最为重要。其他包括神经症状发生及进展特征，心脑血管病危险因素，用药史、药物滥用、偏头痛、痫性发作、感染、创伤及妊娠史等。
- 2. 一般体格检查与神经系统体检：评估气道、呼吸和循环功能后，立即进行一般体格检查和神经系统体检。
- 3. 可用脑卒中量表评估病情严重程度。常用量表有：（1）中国脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分量表（1995）。（2）美国国立卫生院脑卒中量表（National Institutes of health Stroke Scale，NIHSS），是目前国际上最常用量表。（3）斯堪地那维亚脑卒中量表（Scandina。ianStroke Scale，SSS）。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （二）脑病变与血管病变检查
- 1. 脑病变检查：
- （1）平扫CT：急诊平扫CT可准确识别绝大多数颅内出血，并帮助鉴别非血管性病变（如脑肿瘤），是疑似脑卒中患者首选的影像学检查方法。
- （2）多模式CT：灌注CT可区别可逆性与不可逆性缺血，因此可识别缺血半暗带。但其在指导急性脑梗死治疗方面的作用尚未肯定。
- （3）标准MRI：标准MRI（T1加权、T2加权及质子相）在识别急性小梗死灶及后颅窝梗死方面明显优于平扫CT。可识别亚临床梗死灶，无电离辐射，不需碘造影剂。但有费用较高、检查时间长及患者本身的禁忌证（如有心脏起搏器、金属植入物或幽闭恐怖症）等局限。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （4）多模式MRI：包括弥散加权成像（DWI）、灌注加权成像（PWI）、水抑制成像（FLAIR）和梯度回波（GRE）等。DWI在症状出现数分钟内就可发现缺血灶并可早期确定大小、部位与时间，对早期发现小梗死灶较标准MRI更敏感。PWI可显示脑血流动力学状态。弥散-灌注不匹配（PWI显示低灌注区而无与其相应大小的弥散异常）提示可能存在缺血半暗带。然而，目前常规用于选择溶栓患者的证据尚不充分。梯度回波序列可发现CT不能显示的无症状性微出血，但对溶栓或抗栓治疗的意义尚不明确。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- 2．血管病变检查：颅内、外血管病变检查有助于了解脑卒中的发病机制及病因，指导选择治疗方案。
- 常用检查包括颈动脉双功超声、经颅多普勒（TCD）、磁共振血管成像（MRA）、CT血管成像（CTA）和数字减影血管造影（DSA）等。



Ⅳ急性期诊断与治疗

- 颈动脉双功超声对发现颅外颈部血管病变，特别是狭窄和斑块很有帮助；TCD可检查颅内血流、微栓子及监测治疗效果，但其受操作技术水平和骨窗影响较大。 MRA和CTA可提供有关血管闭塞或狭窄的信息。以DSA为参考标准，MRA发现椎动脉及颅外动脉狭窄的敏感度和特异度为70%~100%。MRA可显示颅内大血管近端闭塞或狭窄，但对远端或分支显示不清。 DSA的准确性最高，仍是当前血管病变检查的金标准，但主要缺点是有创性和有一定风险。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （三）实验室及影像检查选择
- 对疑似脑卒中患者应进行常规实验室检查，以便排除类脑卒中或其他病因。
- 所有患者都应做的检查：①平扫脑CT或MRI；②血糖、血脂肝肾功能和电解质；③心电图和心肌缺血标志物；④全血计数，包括血小板计数；⑤凝血酶原时间（PT）、国际标准化比率（INR）和活化部分凝血活酶时间（APTT）；⑥氧饱和度；⑦胸部X线检查。
- 部分患者必要时可选择的检查：①毒理学筛查；②血液酒精水平；③妊娠试验；④动脉血气分析（若怀疑缺氧）；⑤腰穿（怀疑蛛网膜下腔出血而CT未显示或怀疑脑卒中继发于感染性疾病）；⑥脑电图（怀疑痫性发作）。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （四）诊断
- 急性缺血性脑卒中的诊断可根据：
- （1）急性起病；
- （2）局灶性神经功能缺损，少数为全面神经功能缺损；
- （3）症状和体征持续数小时以上（溶栓可参照适应证选择患者）；
- （4）脑CT或MRI排除脑出血和其他病变；
- （5）脑CT或MRI有责任梗死病灶。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （五）病因分型
- 对急性缺血性脑卒中患者进行病因分型有助于判断预后、指导治疗和选择二级预防措施。
- 当前国际广泛使用TOAST病因分型，将缺血性脑卒中分为：大动脉粥样硬化型、心源性栓塞型、小动脉闭塞型、其他明确病因型和不明原因型等5型。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （六）诊断流程
- 急性缺血性脑卒中诊断流程应包括如下5个步骤：
- （1）是否为脑卒中？排除非血管性疾病。
- （2）是否为缺血性脑卒中？进行脑CT或MRI检查排除出血性脑卒中。
- （3）脑卒中严重程度？根据神经功能缺损量表评估。
- （4）能否进行溶栓治疗？核对适应证和禁忌证（见溶栓中相关内容）。
- （5）病因分型？参考TOAST标准，结合病史、实验室、脑病变和血管病变等检查资料确定病因。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- 推荐意见：
- （1）对所有疑似脑卒中患者应进行头颅平扫CT或MRI检查（Ⅰ级推荐）。（2）在溶栓等治疗前，应进行头颅平扫CT检查（Ⅰ级推荐）
- （3）应进行上述血液学、凝血功能和生化检查（Ⅰ级推荐）。（4）所有脑卒中患者应进行心电图检查（Ⅰ级推荐）。（5）用神经功能缺损量表评估病情程度（Ⅱ级推荐）。
- （6）应进行血管病变检查（Ⅱ级推荐），但在症状出现6h内，不过分强调此类检查。
- （7）根据上述规范的诊断流程进行诊断（Ⅰ级推荐）。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- 二、一般处理
- （一）吸氧与呼吸支持

（1）合并低氧血症患者（血氧饱和度低于92%或血气分析提示缺氧）应给予吸氧，气道功能严重障碍者应给予气道支持（气管插管或切开）及辅助呼吸。（2）无低氧血症的患者不需常规吸氧。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （二）心脏监测与心脏病变处理
- 脑梗死后24h内应常规进行心电图检查，必要时进行心电监护，以便早期发现心脏病变并进行相应处理；避免或慎用增加心脏负担的药物。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （三）体温控制
- （1）对体温升高的患者应明确发热原因，如存在感染应给予抗生素治疗。（2）对体温>38℃的患者应给予退热措施。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （四）血压控制
- 推荐意见：（1）准备溶栓者，应使收缩压<180mmHg、舒张压<100mmHg。（2）缺血性脑卒中后24h内血压升高的患者应谨慎处理。应先处理紧张焦虑、疼痛、恶心呕吐及颅内压增高等情况。血压持续升高，收缩压≥200mmHg或舒张压≥110mmHg，或伴有严重心功能不全、主动脉夹层、高血压脑病，可予谨慎降压治疗，并严密观察血压变化，必要时可静脉使用短效药物（如拉贝洛尔、尼卡地平等），最好应用微量输液泵，避免血压降得过低。（3）有高血压病史且正在服用降压药者，如病情平稳，可于脑卒中24h后开始恢复使用降压药物。（4）脑卒中后低血压的患者应积极寻找和处理原因，必要时可采用扩容升压措施。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （五）血糖控制
- 1．高血糖：约40%的患者存在脑卒中后高血糖，对预后不利。2．低血糖：脑卒中后低血糖发生率低，因低血糖可直接导致脑缺血损伤和水肿加重，对预后不利，故应尽快纠正低血糖。
- 推荐意见：（1）血糖超过11.1mmol/L时给予胰岛素治疗。（2）血糖低于2.8mmol/L时给予10%~20%葡萄糖口服或注射治疗。

Ⅳ急性期诊断与治疗

- （六）营养支持
- 脑卒中后由于呕吐、吞咽困难可引起脱水及营养不良，可导致神经功能恢复减慢。应重视脑卒中后液体及营养状况评估，必要时给予补液和营养支持。
  推荐意见：（1）正常经口进食者无需额外补充营养。（2）不能正常经口进食者可鼻饲，持续时间长者经本人或家属同意可行经皮内镜下胃造瘘（PEG）管饲补充营养。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/578133003071006024