

急性缺血性卒中 诊治指南(2023版)解读



1 卒中识别、处理与转运

2 急性期治疗

3) 抗血小板治疗

4 抗凝治疗

5 降纤治疗

6 扩容治疗



1 其他改善循环药物

2 他汀药物

3) 神经保护治疗

4 非药物治疗

5 传统医药

6 营养治疗

卒中识别、处理与转运

院前卒中的识别

卒中可能出现的症状

患者突然出现一侧肢体无力或麻木、一侧面部麻木或口角歪斜、说话不清或理解语言困难等症状时，应考虑卒中的可能。

卒中早期识别的重要性

卒中的早期识别至关重要，使用卒中诊断工具

“FAST”可以帮助公众早期识别卒中患者，即观察面部、肢体、言语是否异常。

被忽略的卒中症状

眩晕伴呕吐、行走不稳、既往少见的严重头痛、呕吐、意识障碍或抽搐等容易被院前紧急医务人员忽略的卒中症状。

“FAST” 卒中的方法

一旦出现卒中的症状，应及时拨打急救电话，寻求医疗救助，以减少卒中对患者造成的损害，并提高患者的预后效果。

现场处理及运送

01

急救处理

现场急救人员应尽快进行简要评估和必要的急救处理，主要包括处理气道、呼吸和循环问题，心脏监护，建立静脉通道，吸氧，评估有无低血糖等。

03

转运条件

应尽快将患者送至附近有条件的医院，包括能24小时进行急诊CT检查、具备溶栓和(或)血管内机械取栓条件的医院，以确保患者得到及时有效的治疗。

02

获取病史

应迅速获取简要病史，包括症状开始时间，近期患病史，既往病史，近期用药史等，以便医生能够更好地了解患者的病情和健康状况。

04

卒中救治

对于突然出现疑似卒中症状的患者，应进行简要评估和急救处理并尽快送往就近有卒中救治条件的医院，以减少对患者的进一步伤害。

卒中的急诊室处理



01

卒中治疗大数据

2021年中国脑血管病大数据平台分析显示，2019-2020年我国卒中中心急性缺血性卒中总静脉溶栓率为5.64%，血管内治疗率为1.45%，较既往均取得显著提升。

02

溶栓时间显著缩短

入院到给药的时间(DNT) 中位数为45min，入院到穿刺的时间(DPT)中位数为106min，较既往均显著缩短。

03

初级与高级DNT 目标

AHA/ASA 提出将 $\geq 50\%$ 的静脉溶栓患者DNT 缩短至60min 以内设为初级DNT 时间目标，而将 $\geq 50\%$ 的静脉溶栓患者DNT 缩短至45min 以内设为高级DNT时间目标。

卒中的急诊室处理



直接与逐级转运

对于直接转运的患者，应将 $\geq 50\%$ 的血管内治疗患者DDT 控制至90min以内，对于逐级转运的患者，应将 $\geq 50\%$ 的血管内治疗患者DDT控制至60min以内。

推荐意见

按诊断流程对疑似卒中患者进行快速诊断，在有条件开展血管再通治疗的医院，应尽可能缩短DNT 和DPT。

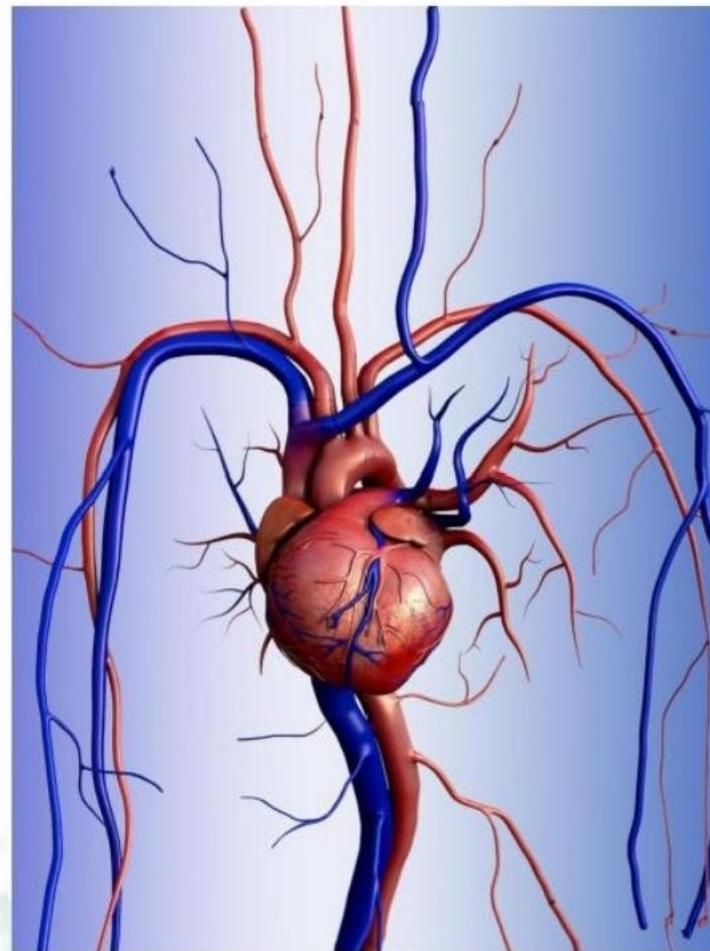
院内卒中

识别院内卒中事件

快速、准确地识别院内卒中事件存在一定难度，推荐加强对院内卒中及类卒中的认知教育，加强高危患者的病情监测。

高危科室的宣教与培训

建议开展院内卒中高危科室的宣教、培训，依托院内绿色通道，提高院内卒中诊治水平，以降低院内卒中的发生风险。





急性期评估与诊断

卒中的评估和诊断

卒中的评估和诊断包括病史和体格检查、影像学检查、实验室检查、疾病诊断和病因分型等。

病史和体征

(一) 病史采集，(二) 一般体格检查与神经系统检查，(三) 采用卒中量表评估病情严重程度。

脑部病变和血管病变检查

(一) 脑部病变检查，所有疑似急性卒中的患者在第一次到达医院时都应接受紧急脑成像评估。(二) 血管病变检查，颅内血管病变检查有助于了解卒中的发病机制及病因。

实验室检查及选择

对疑似卒中患者应进行常规实验室检查，以便排除类卒中或其他病因。

The background features a soft, watercolor-style illustration of various plants and flowers in shades of green, blue, and yellow. A small red heart is visible in the upper left corner. The text is centered on a white background.

PART 02

急性期治疗

一般处理



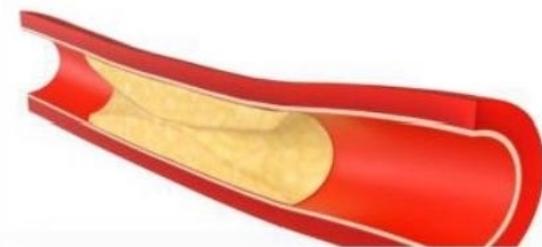
呼吸与吸氧

无低氧血症的患者不需常规吸氧，必要时应维持氧饱和度 $>94\%$ ，对于气道功能严重障碍者应给予气道支持及辅助呼吸。



心脏监测与病变处理

脑梗死后24h内应常规进行心电图检查，有条件时进行持续心电监护24h或以上，以便早期发现心脏病变。



体温控制

对体温升高的患者应寻找和处理发热原因，存在感染应给予抗感染治疗，对体温 $>38^{\circ}\text{C}$ 的患者应给予退热措施。

一般处理

卒中后低血压很少见，主要原因有主动脉夹层、血容量减少以及心输出量减少等，应积极查明原因，给予相应处理。

血压持续升高至收缩压 ≥ 200 mmHg或舒张压 ≥ 110 mmHg，或伴有严重心功能不全、主动脉夹层、高血压脑病的患者可予降压治疗。

血压控制 疗

卒中后低血压

血压升高处理

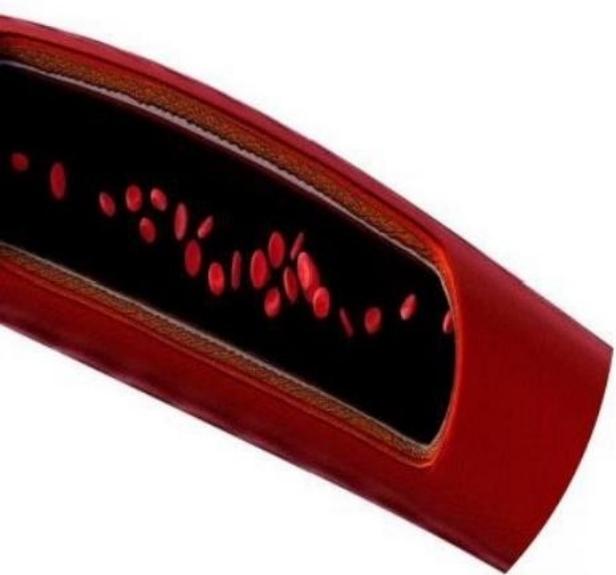
降压治

缺血性卒中患者急性期出现收缩压 ≥ 140 mmHg 或以上的比例可达75.3%~81.6%，原因包括卒中后应激状态、继发脑水肿等。

对缺血性卒中后24h内血压升高的患者应谨慎处理，先处理紧张焦虑、疼痛、恶心、呕吐及颅内压增高等情况。



血管再通治疗



恢复血流灌注

急性缺血性卒中再灌注治疗早期目标是恢复缺血区域的血流灌注，静脉溶栓和机械取栓是最有效的恢复脑血流的措施，越早治疗，有效性、安全性越高。



静脉溶栓药物

目前静脉溶栓药物主要包括阿替普酶、替奈普酶、瑞替普酶以及尿激酶，这些药物可用于治疗急性缺血性卒中患者。



阿替普酶

阿替普酶是一种重组组织型纤溶酶原激活物，已有多个临床试验对阿替普酶静脉溶栓治疗急性缺血性卒中的疗效和安全性进行了评价。

血管再通治疗



治疗时间

阿替普酶静脉溶栓治疗时间窗主要为发病3.0h内、3.0~4.5h及4.5h后，发病4.5h内阿替普酶静脉溶栓组3个月或6个月良好结局比例高于对照组。

特殊情况

在临床工作中，静脉溶栓适应证尚不能包括所有情况，需结合患者情况个体化考虑，常见情况有高龄、卒中前正在服用抗凝药物等



PART 03

抗血小板治疗

抗血小板治疗

01.

阿司匹林的功效

阿司匹林能显著降低随访期末的病死率或残疾率，减少复发，仅轻度增加症状性颅内出血的风险。

02.

联合使用氯吡格雷

早期(发病后24 h内)联合使用氯吡格雷和阿司匹林21d可减少轻型卒中患者90 d内缺血性卒中复发率。

03.

口服阿司匹林

对于不符合静脉溶栓或血管内机械取栓适应证且无禁忌证的缺血性卒中患者应在发病后尽早给予口服阿司匹林150~300 mg/d治疗。

抗血小板治疗

溶栓后使用抗血小板

对溶栓治疗者，原则上阿司匹林等抗血小板药物应在溶栓24 h后开始使用，如果患者存在其他特殊情况，在评估获益大于风险后可以考虑在阿替普酶静脉溶栓24 h内使用抗血小板药物。

氯吡格雷等抗血小板

对不能耐受阿司匹林者，可考虑选用氯吡格雷等抗血小板治疗，对于未接受静脉溶栓治疗的轻型卒中患者，在发病24 h内应尽早启动双重抗血小板治疗并维持21 d。

密切观察出血风险

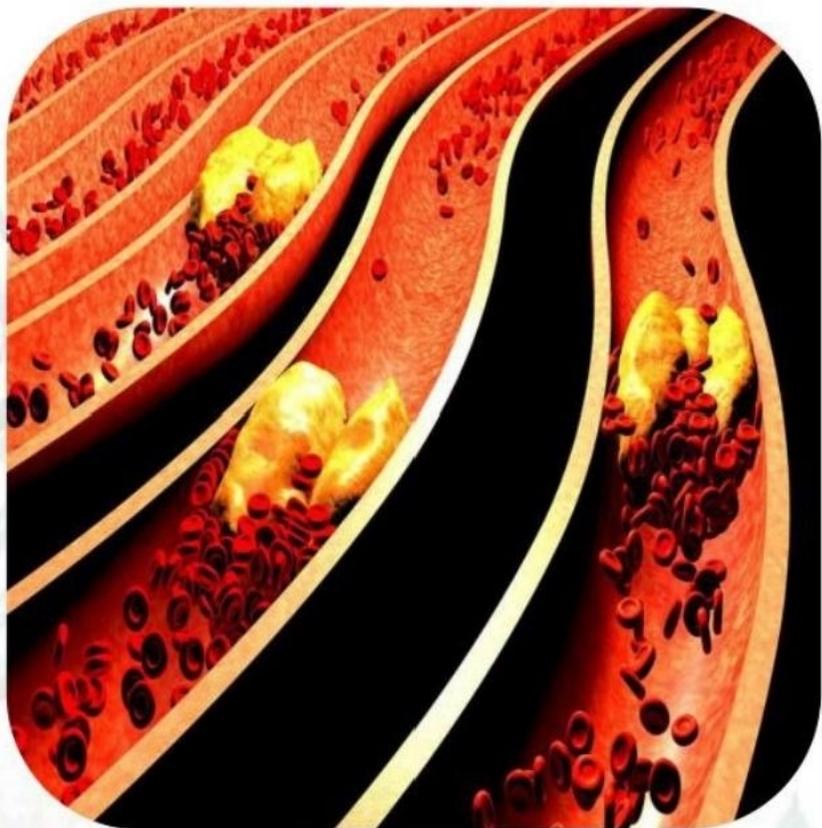
未接受静脉溶栓治疗的大动脉粥样硬化性轻型卒中患者，在发病72h内应尽早启动双重抗血小板治疗并维持21 d，有益于降低发病90 d内的卒中复发风险，但出血风险增加，应密切观察出血风险。

The background features a soft, watercolor-style illustration of various green leaves and light-colored flowers. A small red heart is positioned in the upper left corner. The overall aesthetic is clean and professional.

PART 04

抗凝治疗

抗凝治疗



● 急性期抗凝治疗争议

急性期抗凝治疗已应用50多年，但一直存在争议，需要更多的研究和实践来探讨其效果和安全性。

● 急性缺血性卒中患者

对于大多数急性缺血性卒中患者，不推荐无选择地早期进行抗凝治疗。这一建议是基于现有的证据和专家共识。

● 心房颤动患者

对于伴有心房颤动的急性缺血性卒中患者，早期使用新型抗凝剂进行抗凝是安全的。可以在充分沟通和评估后个体化启动新型抗凝剂。

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/908042114117006117>