

2011年临床助理：急性脑卒中急诊治疗现状及进展 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/653/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_653416.htm

急性脑卒中急诊治疗现状及进展：院前抢救、急诊抢救、院内抢救及监护、药物治疗！急性脑卒中是内科急危症之一，发病率、致残率高，预后差，治疗是否及时、合理、直接影响到患者的预后。对于急性期缺血性脑卒中最为有效，最有前途的却是溶栓抗凝治疗，溶栓治疗越早，临床效果越好。为临床工作者提出了如何开展急性脑卒中的急诊救治及用药时间窗新课题，现对急性脑卒中的院前、急诊科抢救和院内治疗现状及进展做一综述。

1. 院前抢救 传统的急诊医学未足够重视急性脑卒中的院前抢救，而有效治疗“时间窗”取决与院前早期诊断和鉴别诊断。据多项研究显示，脑卒中的院前诊断准确率为75%左右，往往需要与重症感染、晕厥、低血糖、心脏病、药物过量等症鉴别，要着重了解一时变化、语言丧失、感觉改变及运动障碍等，发病的时间及状态对诊疗尤其重要既往史及家族史也具有参考价值。院前救治首先是对脑卒中患者的气道管理，对意识丧失者使用口咽或鼻咽气道预防发生窒息，从脑复苏角度来看呼吸支持非常重要，可用面罩或鼻导管给氧，必要者需气管插管或呼吸机辅助呼吸，同时监测重要的生命体征。对高血压的院前治疗方面，除高血压危象外，多数学者认为此时的降压治疗应慎重适度，降压治疗可导致脑血流量减少，加重脑组织缺血、缺氧，对大多数缺血性脑卒中患者应严密观察病情，不急于抗高血压治疗，对高血压伴发脑出血患者，血压超过220/120mmHg者给予控制血压。

2. 急诊

抢救 随着急性缺血性脑卒中急诊治疗进展，很有必要建立一个快速诊治方案。首先对患者作出评估，包括以下四个主要方面：A.有无危及生命的情况B.有无严重的潜在性疾病C.有无颅内压增高D.患者的预后（即生存可能性或预期神经功能缺失体征的严重程度）。急诊科首先和最主要的步骤是稳定病情，注意呼吸道通畅及呼吸与循环功能状态。急诊科工作程序与管理，患者到急诊科经分诊后，应及时建立静脉通道、吸氧，根据病情的轻重决定治疗方案或进一步检查，不同的脑卒中患者应区别对待，但往往能行走者和不能行走者经历同样的急诊过程。一项对8家医院急诊科调查显示，从到院治分诊时间平均11分钟，检查平均48分钟，这表明一般的急诊程序大大的延误了急诊诊断时间。急诊CT检查是重要的影像学依据，CT能够区分缺血性脑卒中和出血性脑卒中。一项对五家医院调查显示，从到院至CT检查的时间用了50~150分钟不等，平均100分钟，其长短明显会影响接受溶栓治疗的时间。脑卒中治疗小组能缩短对患者进行治疗的时间，小组应建立早期识别和通知接受院前抢救的预案，接到提前通知的医院急诊科应做好接诊准备，包括通知脑卒中治疗小组，预先联系CT室准备，常规血液检查，和进行早期溶栓治疗的准备。

3.院内抢救及监护 急性脑卒中的抢救和院内监护问题较院前抢救更加复杂，尤其是进来提倡对发病三小时内的急性缺血性脑卒中给予静脉组织型纤溶酶原激活剂（t-PA）溶栓治疗，这就要求院内的监护系统必须加以改善。首先是组织问题，有关脑梗死的研究表明，在院内成立一个脑卒中抢救小组可明显减少抢救过程中诊断和治疗的延误。目前情况下，将现代化的区域性脑卒中治疗中心与周边的社区医院联系

起来，建立一个卒中网络，是一个可行的办法。但是从社区向卒中治疗中心的转送会耽误一些时间，研究表明平均耽误时间2~5小时。因此，就诊延误是脑卒中接受早期治疗遇到的另一个问题。患者到达急诊科后，医生进行检查和诊断所化的时间是院内早期治疗的延误因素。目前推荐的目标是将缺血性脑卒中t-PA溶栓治疗的院内延误时间缩短在60分钟内，为达到这一目的，院内监护的管理要重点解决四个方面问题：

- 1.资源利用问题：在卒中的院内抢救过程中，要建立完善的通讯系统，将整个抢救小组联络起来，配备心电图机及凝血指标检测设备、CT检查设备、介入性血管治疗设备的。
- 2.专业人员问题：参加脑卒中强化治疗的医生应具备一定的神经病学临床经验，掌握溶栓治疗的适应证，能阅读头颅CT片，并且还要对相关人员进行一些必要的培训。
- 3.治疗指南问题：制定急性脑卒中的治疗指南对抢救非常重要，从最初急诊的分诊开始，由于只有不足5%的患者适合溶栓治疗，是要经过研究来确定的。
- 4.改善质量问题：急性脑卒中抢救计划的最终目的是改善患者预后，还必须考虑住院时间、费用和致残率等。

4.药物治疗

4.1溶栓治疗缺血性脑卒中溶栓疗法是治疗的关键也是目前研究的热点，目的是溶解血栓，快速恢复梗死区微循环，从而获得脑血流的早期重灌注，减轻缺血的程度，限制神经细胞及功能的损害。但溶栓治疗风险大，对某些缺血时间较长的区域，缺血中心区和易损区较易产生再灌注损伤、梗死后出血和严重的脑水肿，因此，一定要掌握严格的适应证和用药时间，最好在三小时内进行。常用的溶栓药有第一代溶栓剂链激酶、尿激酶等，第二代溶栓剂组织型纤溶酶原激活剂、基因重组链激酶等。其他常用

的药物有蛇毒制剂、巴曲酶等。尿激酶为无定向特性的纤溶制剂，易引起全身纤溶作用，溶栓效果好，价格较便宜，现仍应用较广泛。T-PA为有定向特性的纤溶制剂，已应用于临床，治疗作用已被多数人证实。美国国家健康研究所对t-PA研究认为，脑梗死患者接受t-PA溶栓治疗应在发病三小时之内，超过三小时颅内出血，再灌注损伤的危险性大，而且价格贵，适应谱窄。

4.2抗凝治疗对我国急性缺血性卒中患者来说尤为重要，因为多数患者难以在超早期时间内进行溶栓治疗，因此抗凝治疗就具有特别的意义。对急性或进展性脑梗死患者，在发病72小时内抗凝治疗是当前普遍接受的观点。目前多采用低分子肝素，其主要通过较强的抗凝血因子Xa活性而发挥抗凝作用，其抗凝血酶的活性较弱。与普通肝素相比，其抗血栓作用强，对血小板功能影响小，出血的危险性相对较低。阿司匹林具有抗血小板凝聚作用，现已被广泛应用于缺血性脑血管病的治疗。服用后能显著的减少复发率和病死率。

4.3神经保护剂治疗神经保护剂的作用机制，主要是阻止急性脑梗死造成的半暗区内神经细胞毒性物质对神经元的进一步损伤。目前认为神经保护剂作用的主要途径有：阻止钙通道的内流，清除自由基导致神经元损害，调节兴奋性氨基酸的兴奋性，调节微血管炎症反应等。

4.3.1钙拮抗剂钙拮抗剂可有效地增加脑血流量，减轻脑水肿，修复受损的神经细胞。常用的药物有尼莫地平、肉桂嗪、氟桂嗪等。应在发病后6~12小时内给药，这类药物副作用小，较安全，已广泛应用于临床，使用时应注意观察血压的变化。

4.3.2自由基清除剂急性脑梗死时，脑内自由基大量产生，使膜结构遭到破坏，导致神经元损害。自由基还可以使缺血半暗区的血管

收缩及血管内凝血，使梗死范围扩大而加重脑组织损伤。维生素E、维生素C、SOD、激素、脱水剂（甘露醇）等是自由基清除剂，对缺血的脑细胞可提供保护作用。其治疗时间可以在24小时以内或几天内使用，并可延续两周左右，以防迟发性神经元损害。早期运用脱水剂还可以减轻脑梗死所致的局部脑水肿。综上所述，为提高急性脑卒中抢救成功率，首先对急性脑卒中作出快速诊断和及时正确处理，缺血性脑卒中发病后6小时内完成溶栓治疗，同时要普及卒中知识，让公众意识到卒中是一种急诊，应加强通讯网络，成立卒中抢救小组，制定正确治疗方案，使抢救工作制度化、程序化，尽可能减少治疗延误时间。 小编推荐：[#0000ff>2011临床助理医师：大骨节病简介](#) [#0000ff>2011年临床助理医师：低血压](#) [#0000ff>2011年临床助理医师：光化性角化病](#) 特别推荐：[#fff0000>2011年临床助理医师考试大纲](#) [#0000ff>考试时间](#) 欢迎进入 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com