

缺血性卒中患者的早期处理指南(一)

张小年 卢海涛 周维金 编译

[关键词] 缺血性;脑卒中;早期处理
中图分类号:R743.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2003)11-0699-03

美国卒中协会(ASA)脑卒中专业组新近在一份学术报告中提出了缺血性卒中患者的早期处理指南。

通过发表缺血性卒中的诊断和紧急处理原则,急性、亚急性期的神经科和内科并发症的处理原则,本指南为一线医生提供可用且更新的诊疗建议。这些医生包括全科医生、急诊科医生、神经科医生以及其他为急诊科以及入院后 24—48 小时内患者提供服务的医生。

防止卒中复发也是急性期治疗的一部分,如针对短暂性脑缺血发作(TIA)和其他有高危因素患者的预防性药物或手术治疗。

在制订本指南的过程中,专业组应用了循证医学的原则以及被美国心脏协会(AHA)其他专业组采用的证据推荐强度分级(表 1)。如果专业组认为,现有证据支持或者不支持使用某一特殊的干预措施,那么将建议使用或者不使用该特殊治疗。如果证据还不确定,那么专业组就不作特别的建议。在某些情况下,如果一种特殊干预措施还没有基于临床研究的支持证据,但却代表着目前习惯性的临床实践,专业组就会提出建议并且同时说明该建议仅基于习惯性的临床实践。另外,为了评估脑成像的研究状况,专业组使用的证据等级评定是根据美国神经病学治疗与技术分会(American Academy of Neurology Therapeutics and Technology Subcommittee)制订的诊断性试验证据质量分级(表 2)改编而来的。

1 快速诊断和评价

初诊评价的首要目的是证实患者的功能缺损是缺血性卒中所致,而不是其他系统或其他神经系统疾病尤其是颅内出血所致。其次,有助于及时使用溶栓药物做紧急治疗。再次,进行诊断性试验以筛查卒中急性期的内科或神经系统并发症。最后,初诊鉴别能提供病史资料和其他信息以用于确定卒中的血管分布区域,并且提供其可能的病理生理学或病因学线索。这些资料对于作出进一步的合理治疗以预防卒中再发是必需的。

作者单位:100068 北京,北京博爱医院。作者简介:张小年(1978-),男,浙江台州市人,医学博士,主要研究方向:神经康复及睡眠神经生理。

表 1 证据等级

证据等级	
I 级	证据来自假阳性率和假阴性率较低的随机对照研究
II 级	证据来自假阳性率和假阴性率较高的随机对照研究
III级	证据来自非随机的同期对照的队列研究
IV级	证据来自非随机的历史对照的队列研究
V 级	证据来自系列的个案报道
推荐强度	
A 级	有 I 级证据的支持
B 级	有 II 级证据的支持
C 级	仅有 III级、IV级或 V 级证据的支持

表 2 放射性诊断研究的证据质量分级

证据分级	
A 级	证据来自一项大范围可疑人群的前瞻性研究,使用“金标准”来诊断病例,使用盲法来评定结果,并且能有适合的试验来评价诊断的准确性。
B 级	证据来自一项小范围可疑人群的前瞻性研究,或者一项设计良好的大范围确诊(通过“金标准”)人群的回溯性研究,并有大范围的人群作对照,而且试验已通过评价并有适合的试验来评价诊断的准确性。
C 级	证据仅来自一项回顾性研究,其中确诊人群或者对照组是小范围的,应用盲法评定结果。
D 级	证据来自任何未经盲法评定结果的研究或者仅来自专家的意见或描述性的系列病例报道(未设对照)。
推荐强度	
I 级	在一定条件下,对于特定人群确定有效/可预测或者确定无效/不可预测。
II 级	在一定条件下,对于特定人群可能有效/可预测或者可能无效/不可预测。
III级	在一定条件下,对于特定人群也许有效/可预测或者也许无效/不可预测。
IV级	证据不充分或者有矛盾。直至目前为止,该试验/预测功能未被证实。

1.1 病史和体格检查 获取病史以及进行全面的内科和神经系统体格检查能迅速为急诊的鉴别诊断提供依据。有选择的诊断性试验能为临床鉴别提供辅助依据。

临床医生必须首先判定患者神经功能缺损的病因。卒中患者通常有突发或者急性发作的局灶性神经系统症状的病史。一些患者可能有阶梯式或渐进性恶化、缓解与加重交替的症状。多数患者无意识障碍,但是大脑半球大面积梗死、基底动脉阻塞或者小脑卒中出现水肿导致脑干受压的患者,其意识水平可能下降。大约 25 % 的患者出现头痛。脑干或小脑卒中可能出现恶心和呕吐。

表 3 列举了缺血性卒中患者常见的神经系统异常表现。卒中的诊断通常是较为容易的,临床医生对于卒中的诊断准确性(某一诊断与公认“标准”的符合程度)也通常是较高的。一项研究表明,急诊科医生对 176 例陆续就诊的卒中患者能正确诊断 152 例(敏感性 86.4 %),对 1835 例非卒中患者正确排除卒中 1818 例(特异性 99.1 %)。然而,临床诊断中的错误还是难免的。

表 3 缺血性卒中患者常见的神经系统异常表现	
左侧(优势)半球—大面积或部分皮质梗死	
失语	
右侧偏瘫	
右侧感觉减退	
右侧空间忽视	
右侧同向性偏盲	
右侧共轭凝视受损	
右侧(非优势)半球—大面积或部分皮质梗死	
左侧偏瘫	
左侧感觉减退	
左侧空间忽视	
左侧同向性偏盲	
左侧共轭凝视受损	
深部(皮质下)半球或者脑干	
偏瘫(单纯运动性卒中)或感觉减退(单纯感觉性卒中)	
构音困难,包括构音困难-笨拙手综合征	
共济失调—偏瘫	
无认知、语言或视觉的异常	
脑干	
四肢运动或感觉丧失	
交叉症状(同侧面部和对侧肢体)	
共轭凝视不良	
眼震	
共济失调	
构音困难	
吞咽困难	
小脑	
同侧肢体共济失调	
共济失调步态	

陆续就诊的 821 例被初诊为脑卒中的患者中,有 13 % 后来被确诊为其他疾病。某些疾病表现与卒中相似。经常混淆的诊断包括未被发现的癫痫发作、意识

模糊状态、晕厥、中毒或代谢性疾病包括低血糖、脑部肿瘤以及硬膜下血肿。这些类似卒中表现的疾病通常累及全身而不仅仅只有神经系统症状,且常常能通过标准的实验室检查迅速鉴别(表 4),但也有例外。

表 4 鉴别疑似急性缺血性卒中患者试验

所有患者
头颅 CT(在有条件的医疗中心可考虑头颅 MRI)
心电图
血糖
水电解质
肾功能检查
全血计数,包括血小板计数
凝血酶原时间/国际标准化比值(INR)
活化的部分凝血酶原激酶时间
有选择的患者
肝脏功能检查
毒物筛查
血酒精浓度测定
妊娠试验
氧饱和度或者动脉血气检查(如果怀疑缺氧)
胸部 X 线照相(如果怀疑肺部疾病)
腰椎穿刺(如果怀疑蛛网膜下腔出血而 CT 未显示出血征象)
脑电图(如果怀疑癫痫发作)

对缺血性或出血性卒中的鉴别尤为重要,因为两者的处理显著不同。研究显示,病史特点和体格检查有助于鉴别缺血性和出血性卒中。例如,研究发现,如果患者存在至少以下 1 个表现,那么发生颅内出血的可能性是缺血的两倍以上,这些表现包括:送达时已经昏迷、呕吐、严重的头痛、正在接受华法令治疗、收缩压 > 220 mm Hg 或者非糖尿病患者的血糖水平 > 170 mg/dL。如果缺少这些表现,那么颅内出血的几率减少约 1/3。根据这些研究,已经制订出一些量表用于鉴别缺血性或出血性卒中。而仅根据临床特征作出的诊断仍可能出现错误,且准确度水平还不足以指导治疗方案,因为临床表现会有重叠。为鉴别缺血性和出血性卒中或其他可能类似卒中的大脑结构损害,脑成像检查是必需的。

根据临床特征作出的解剖学定位有助于确定缺血性损伤的血管分布区域。大脑中动脉分布区域的卒中可能为心脏栓子、颈动脉阻塞、动脉夹层动脉瘤或者局部动脉血栓形成所致。小的皮质下或脑干梗死的发生机制各种各样,不一定是局部的小血管病变所致。当考虑使用溶栓药物治疗时,一些特殊的病史特征就非常重要,其中症状的起始时间是最关键的。起始时间定为患者被确认无症状的最后时间。因为缺血性卒中经常不伴有疼痛,所以多数患者没有被疾病发作所惊醒。因此,如果患者在唤醒的时候有卒中症状,那么

起始时间就定为患者在就寝前最后被确知无症状的时间。如果患者开始时症状轻微,在随后数小时内症状加重,那么症状首先出现的时间被定为起始时间。相反,如果患者的症状完全缓解以后(TIA),接着发生第二个事件,那么新症状的出现时间被定为起始时间。

其他重要的信息还包括所有最近发生的内外科或神经系统疾病,如外伤、出血、手术、心肌梗死或者以前的卒中。而且还要询问患者的用药情况,尤其是口服抗凝和抗血小板药物的情况。如果患者出现意识模糊、失语或者意识不清,从其家属、朋友或者医疗急救服务人员那里可获取有用的信息。也可以电话联系到患者的同事、店主、管家或其他目击者,他们可能提供有关卒中起始时间的信息。

应该特别注意患者的生命体征,其能为卒中的病因和诊断提供线索。严重的心律不齐可能提示有房颤,血压严重升高可能提示高血压性脑病或者增加了原发颅内出血的可能性,发热可能提示卒中的感染性

病因或者继发于神经系统疾病的急性并发症。另外,全身的体检还包括对损伤体征和对心血管系统的评估,同时还要注意到溶栓药物治疗的特殊禁忌症,如临床活动性出血。

根据神经系统检查来判定卒中的严重程度是一个有力的诊断指示指标。目前已经制订了数个可信并且证实有效的评分系统,每一个都有其重点和局限性。在这些量表中,国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)已经在美国得到广泛应用(表 5)。NIHSS 初评得分能提供重要的诊断信息。大约 60%—70%基础 NIHSS 得分 <10 的缺血性卒中患者在 1 年以后仍预后良好;相比之下,基础 NIHSS 得分 >20 的患者仅有 4%—16%在 1 年后仍预后良好。同时 NIHSS 得分有助于鉴别那些溶栓治疗中存在很大颅内出血风险的患者。在 rtPA 的 NINDS 试验中,那些 NIHSS 得分达到或超过 20 的患者,颅内出血率约 17%,而得分 <10 的患者出血率仅为 3%。

表 5 国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)

测试项目	内容	反应与得分	测试项目	内容	反应与得分
1 A	意识水平	0—觉醒 1—嗜睡 2—昏睡/反应迟钝 3—昏迷/无反应	6	运动功能(下肢) a.左侧 b.右侧	0—没有偏移 1—5 秒之内出现偏移 2—10 秒之内出现回落 3—不能抵抗重力运动 4—无任何运动
1 B	定向力问题(两个)	0—正确回答两个 1—正确回答一个 2—两个问题均不能正确回答	7	肢体共济失调	0—无共济失调 1—一个肢体共济失调 2—两个肢体共济失调
1 C	对指令反应(两个)	0—正确执行两个指令 1—正确执行一个指令 2—两个指令均不能正确执行	8	感觉	0—无感觉减退 1—轻度感觉减退 2—重度感觉减退
2	凝视	0—正常的水平运动 1—部分凝视麻痹 2—完全凝视麻痹	9	语言	0—正常 1—轻度失语 2—重度失语 3—缄默状态或者完全性失语
3	视野	0—无视野缺损 1—部分偏盲 2—完全偏盲 3—双侧偏盲	10	发音清晰度	0—正常 1—轻度构音障碍 2—重度构音障碍
4	面部运动	0—正常 1—轻微面瘫 2—部分面瘫 3—完全的一侧麻痹	11	感觉缺失或疏忽症	0—不存在 1—轻度(失去一种感觉形式) 2—重度(失去两种感觉形式)
5	运动功能(上肢) a.左侧 b.右侧	0—没有偏移 1—5 秒之内出现偏移 2—10 秒之内出现回落 3—不能抵抗重力运动 4—无任何运动			

(待续)
(收稿日期:2003-10-28)