

缺血性卒中患者的早期处理指南(五)

周维金 张小年 卢海涛 编译

[关键词] 缺血性脑卒中;诊疗;标准

中图分类号:R743.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2004)05-0310-03

[本文著录格式] 周维金,张小年,卢海涛.缺血性卒中患者的早期处理指南(五)[J].中国康复理论与实践,2004,10(5):310-312.

(接第2期)

4 外科治疗

4.1 手术治疗 手术治疗方法包括颈动脉内膜切除术及颅外、颅内动脉旁路术。

结论:急诊手术治疗缺血卒中的有效性或安全性均无确切资料。根据动脉内膜切除术治疗缺血性卒中安全性和有效性的资料还不足以推荐使用(Ⅴ级证据)。外科手术治疗可能有严重危险性,且不利于改善患者预后。

作者单位:100068 北京市,北京博爱医院。作者简介:周维金(1943-),男,江苏扬州市人,主任医师,主要研究方向:神经内科与神经康复。

推荐:除应用于研究以外,由于急诊动脉内膜切除术或其他外科手术缺少安全性和有效性的证据,缺血性卒中的患者不推荐使用(Ⅲ级)。

4.2 血管内治疗 血管内治疗是为促进或增加血管再通而设计的介入神经放射技术,包括直接机械的气囊血栓导管成型术、大脑中动脉血栓机械去除术、为恢复动脉开放于闭塞动脉硬化病灶下放置血管内支架、血栓切除吸出术、栓子激光辅助溶栓术、电子辅助的多普勒溶栓术、静脉内或动脉内给予糖蛋白Ⅱb/Ⅲa抑制剂以增加血栓溶解效果。

结论:尽管未设对照组的报道表明血管内物理方法治疗急性缺血性卒中可能有效,但该类方法的安全性和有效性尚无对照研究资料。

推荐:由于血管内治疗的安全性和有效性缺少证据,因而除用于研究外,多数急性缺血性卒中患者不推荐应用这类方法(C级)。

5 神经保护剂

有关各种假定“神经保护剂”的许多临床实验已经完成,这些实验的结果均为阴性且令人失望。尼莫地平及氟苯利嗪的实验结果阴性(I级证据);NMDA受体拮抗剂阿替加奈(apitiganel)、YM90K因副作用大而未得出结论(I、II级证据),芦贝鲁唑(lubeluzole)临床实验结果也是阴性(I、II级证据);谷氨酸盐拮抗剂噻福太(selfotel)、GABA促效剂氯美噻唑(clomethiazole)、甘氨酸拮抗剂gavesinel的实验结果也均为阴性(I、II级证据)。起初的研究证实,胞磷胆碱可以改善卒中结果,但后来的实验却为阴性(I级证据)。实验提示,镁制剂有神经保护作用,且比较安全。由于担心安全性和有效性,神经生长因子的临床实验未能完成(I级证据)。神经节苷脂的实验结果也是阴性(I级证据)。脂质过氧化物抑制剂甲磺酸酯替拉扎特(tirilazad mesylate)用于大脑局灶缺血的动物模型的结果显示,可减少存活脑组织的损伤(VI级证据),但前瞻性研究显示,小剂量无效,而大剂量则因担心安全性而终止实验(I级证据)。低体温是有前途的神经保护方式,正在进行急性卒中临床应用实验。

结论:重要的工作仍然是通过动物模型筛选具有神经保护作用的药物。许多神经保护剂的实验正在进行中,不论单用或与溶栓剂及其他药物联用,期望结果能够证实神经保护剂的有效性和安全性。

推荐:至今,尚无公认的神经保护剂能够推荐用于治疗急性缺血性卒中。

6 住院和并发症的治疗

多数情况下,卒中患者应该住院。住院治疗早期监护目的为:①观察病情变化,以便及时给予内科或外科治疗;②便于采用内科或外科方法以帮助改善卒中结果;③预防亚急性并发症;④拟定长期治疗计划,预防卒中再发;⑤采用康复及良好支持疗法以恢复神经功能。

欧洲的几项研究证实,综合卒中单元可以降低卒中死亡率,其益处可与静脉应用rtPA相比。卒中单元如何构成并无严格规定。一般而言,经过评估的卒中单元布局便于工作,配备的工作人员包括医师、护士和康复人员等一组有经验的专业人员。这个单元有监测能力,通过密切观察神经系统症状或其他并发症,能够开展综合治疗。其优点是,这一专门化治疗单元适合于多数患者,无论卒中患者的病程长短或神经系统损害的严重程度如何。而美国多数卒中单元的住院时间比欧洲短得多,多数并不进行综合康复治疗。

6.1 一般护理 入院后最初24小时内应经常评估患者神经系统状态和生命体征,多数患者应卧床休息,一旦病情稳定就开始活动。在转换成坐位或站位时应密切观察神经系统症状是否加重。瘫痪肢体关节充分的被动活动在最初的24小时内就可以开始。经常翻身,使用压力可变的坐垫,密切监测皮肤等都是重要的内容。早期活动的好处在于预防肺炎、深静脉血栓、压疮等严重并发症,还可以减少静止不动所导致的痉挛、畸形和压迫性麻痹。

6.2 营养法 卒中后可能发生的营养不良可阻碍恢复,因此,保证营养供给是重要的。有证据表明,营养补充能改善卒中预后,但尚未进行最后实验。脑干梗死、多发卒中、大脑半球大灶梗死、意识程度降低都会增加误吸的危险,异常恶心反射、自动咳嗽反射、发声困难、颅神经麻痹都是这一危险的征兆。吞咽障碍增加卒中死亡率,故在允许患者进食或饮水之前应评估吞咽能力。吞咽后湿声、口唇闭合不全、NIHSS分增高都是吸入危险的独立指征,床边水吞咽试验是有用的筛查试验。以后如有必要,可进行改良的电子荧光内镜钡吞咽检查。需要时可插入鼻胃管或鼻十二指肠管以供喂食并便于给药。很少需要静脉高营养。一些研究提示,如长期需要,经皮放置胃内管优于鼻胃管喂饲(II级证据)。

6.3 感染 肺炎是卒中死亡的重要原因。如果卒中后出现发热,应及时检查有无肺炎,并尽早采取抗感染措施。泌尿系统感染在卒中患者中的发生率约5%。为了治疗尿潴留或尿失禁,有时需要留置膀胱导管;但由于其增加感染机会,应尽可能避免使用。酸化尿或采用间歇导尿可降低感染危险性,并有助于避免预防性抗感染治疗。抗胆碱能药物可帮助膀胱功能恢复。

6.4 静脉血栓 肺栓塞约占卒中患者死亡原因的10%,在卒中患者中发生率约1%。通过体积描记器的诊断检查,严重的患者近端深静脉血栓占1/3—1/2。高龄、静止不动、下肢瘫痪、心房纤颤是深静脉血栓危险性增加的原因。研究证实,皮下注射肝素或低分子肝素和肝素类似物(I级证据)以及使用压力交替的长统袜(II级证据)可有效预防静脉血栓;阿司匹林也有效(I级证据)。

6.5 监护之后 病情稳定后,在适当时候可以开始康复、远期并发症的预防、家庭支持和抑郁症的治疗。此外,应评估患者发生卒中最可能的原因,采用药物或外科治疗以预防再发缺血性卒中。

推荐:推荐采用综合的专门化卒中监护单元(卒中单元),结合综合康复(A级)。

极力推荐早期活动、预防卒中的亚急性并发症如吸入、营养不良、肺炎、深静脉血栓、肺栓塞、压疮、畸形

及挛缩(B 级和 C 级)。

极力推荐皮下注射抗凝剂(A 级)或者使用间歇外压或长统袜,不能使用抗凝剂者则使用阿司匹林(A 级和 B 级),以预防静止不动患者发生深静脉血栓。

极力推荐使用抗生素治疗感染并发症(A 级);极力推荐同时治疗存在的内科疾病(A 级)。

7 急性神经系统并发症的治疗

卒中最重要的神经系统并发症有:①脑水肿和颅内压增高,可导致脑疝形成和脑干受压;②癫痫;③出血型梗死。

7.1 脑水肿和颅内压增高 处理脑水肿的目的是:①降低颅内压;②维持适当的脑灌注,避免脑缺血加重;③预防脑疝形成引起继发性脑损伤。治疗方法包括适当的液体限制(低渗液,如 5%葡萄糖注射液可加重脑水肿)(III—V 级证据),处理低氧血症、高碳酸血症和体温过高等使颅内压增高的因素,床头抬高 20°—30°,避免应用有扩张脑血管作用的降压药(III—V 级证据)。

加强通气几乎能立即发挥作用,PCO₂ 每降低 5—10 mmHg 就可以降低颅内压 25%—30%(III—V 级证据)。加强通气只是一种权宜措施,由于通气增强可导致血管收缩而加重缺血,故需维持适当的脑灌注。

常规剂量或大剂量皮质类固醇已经完成临床实验,但未发现能改善卒中结果(I 级证据)。此外,用皮质类固醇治疗的患者并发感染更常见。呋喃苯胺酸或甘露醇治疗卒中后脑水肿的实验尚未证明有改善卒中结果的价值(III—V 级证据)。巴比妥酸盐可用于降低颅内压,但是未能显示治疗益处(II 级证据)。低温也能用于治疗颅压增高,现正进行临床实验。

如有脑积水,采用脑室内导管脑脊液引流能迅速降低颅内压。大脑半球大范围梗死患者,为控制颅内压和预防脑疝则可应用部分颅骨切除术或颞叶切除术(III—V 级证据)。小脑大范围梗死引起脑积水和脑干受压,采用脑室造口(引流)术和枕骨下颅骨切除术似乎有效(III—V 级证据)。

7.2 癫痫发作 卒中后第 1 天癫痫发作率为 4%—43%(III—V 级证据)。至今,尚无卒中后给予预防抗惊厥剂效用的资料。

7.3 出血型梗死 一些研究提示,几乎所有梗死都有点状出血,约 5%的梗死会自然发生有症状的出血转型或症状明显的血肿。各种抗血栓剂的使用,尤其抗凝剂和溶栓剂,增加了严重出血转型的可能。早期应用阿司匹林也可能轻度增加出血危险性。出血性梗死的处理取决于出血量及其症状。

推荐:不推荐应用皮质类固醇治疗缺血性卒中的

脑水肿和颅内压增高(A 级)。

推荐应用渗透疗法和加强通气治疗颅内压增高,包括脑疝形成综合征继发引起的病情加重(B 级)。

脑脊液引流术等外科方法可用于脑积水继发的颅内压增高的治疗(C 级)。

推荐应用外科减压法治疗大范围小脑梗死所致的脑干受压和脑积水(C 级)。

外科减压法可挽救大脑半球大范围梗死患者的生命,但存活者留有严重的神经系统损害(C 级)。

再发癫痫发作与其他急性神经疾病并存时应该治疗(C 级);无癫痫发作则不推荐预防性应用抗惊厥剂。

8 总结

急性缺血性卒中的治疗涉及面很广,特殊治疗方法的指征则需视每个患者的情况而定。可靠证据表明,采用适当治疗可以改善卒中预后,减少死亡和残疾。下述几点可为临床卒中患者的早期治疗提供指导。

急性缺血性卒中患者应该立即评定和治疗。应该按危及生命的急症处理卒中,推荐地区性促进卒中治疗组织方案,让更多卒中患者得到治疗。

紧急评定的主要目的在于确定是否是缺血性卒中,是否可以静脉用 rtPA 治疗。

紧急治疗应该包括保护气道、呼吸和循环(生命支持),谨慎地降压。

缺血性卒中发病 3 小时内,经过严格选择,符合 NINDS 选择标准者,极力推荐静脉给予 rtPA(0.9 mg/kg,最大剂量 90 mg)。治疗期应严密观察和细心处理。链激酶或其他溶栓剂不能安全代替 rtPA。

经动脉给予溶栓剂的患者数日渐增加,卒中发病 3 小时后仍有望接受该治疗方法。但患者的选择标准及其治疗作用还未完全确定。

紧急应用抗凝剂还不能肯定可以减少早期卒中复发的危险性或改善预后。由于脑出血危险性增加,中等严重程度卒中者并不推荐常规使用抗凝剂。由于阿司匹林有一定的安全性和效果,在发病 48 小时内可以开始使用。

还没有公认的神经营养剂可用于治疗急性缺血性卒中。

多数患者可以接受包括综合康复在内的综合卒中单元治疗,根据卒中的病因制定内科和外科治疗方案,以减少卒中复发,制定康复计划及出院后治疗计划。

(原文见:Adams HP, Adams RJ, Brott T, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke. Stroke, 2003, 34:1056—1083.)

(续完)

(收稿日期:2003-10-28)