中国急性期缺血性脑卒中诊治指南 2014【精简版】

中华医学会神经病学分会

中华医学会神经病学分会脑血管病学组

项目	次级子项目	内容
院前处理		对突然出现症状疑似脑卒中（症状见下方）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，C 级证据）。 若患者突然出现以下任一症状时应考虑脑卒中的可能： • 一侧肢体（伴或不伴面部）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； • 双眼向一侧凝视； • 一侧或双眼视力丧失或模糊； • 眩晕伴呕吐； • 既往少见的严重头痛、呕吐 • 意识障碍或抽搐。
急诊室处理		按诊断步骤（是否为卒中→是缺血性还是出血性卒中→是否适合溶栓治疗）对疑似脑卒中患者进行快速诊断，尽可能在到达急诊室后 60min 内完成脑 CT 等基本评估并做出治疗决定（Ⅰ级推荐）。
卒中单元		收治脑卒中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接受治疗（Ⅰ级推荐，A 级证据）。
急性期诊断与治疗		
一、评估与诊断		对所有疑似脑卒中患者应进行头颅平扫 CT/MRI 检查（Ⅰ级推荐）。 在溶栓等治疗前，应进行头颅平扫 CT/MRI 检查，排除颅内出血（Ⅰ级推荐）。 应进行血液学、凝血功能和生化检查（Ⅰ级推荐）。 所有脑卒中患者应进行心电图检查（Ⅰ级推荐），有条件时应持续心电监测（Ⅱ级推荐）。 用神经功能缺损量表评估病情程度（Ⅱ级推荐）。 应进行血管病变检查（Ⅱ级推荐），但在起病早期，应尽量避免因此类检查而延误溶栓时机。 根据上述规范的诊断流程进行诊断（Ⅰ级推荐）。
二、一般处理	呼吸与吸氧	• 必要时吸氧，应维持氧饱和度＞94%。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。 • 无低氧血症的患者不需常规吸氧。
	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，根据病情，有条件时进行持续心电监护 24h 或以上，以便早期发现阵发性心房纤颤或严重心律失常等心脏病变；避免或慎用增加心脏负担的药物。
	体温控制	• 对体温升高的患者应寻找和处理发热原因，如存在感染应给予抗生素治疗。 • 对体温＞38℃的患者应给予退热措施。

guide.medlive.cn

	血压控制	• 准备溶栓者，血压应控制在收缩压＜180mmHg、舒张压＜110mmHg。 • 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、高血压脑病的患者，可予降压治疗，并严密观察血压变化。可选用拉贝洛尔、尼卡地平等静脉药物，避免使用引起血压急剧下降的药物。 • 卒中后若病情稳定，血压持续≥140mmHg/90mmHg，无禁忌症，可于起病数天后恢复使用发病前服用的降压药物或开始启动降压治疗。 • 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。可静脉输注 0.9%氯化钠溶液纠正低血容量，处理可能引起心输出量减少的心脏问题。
	血糖	• 血糖超过 10mmol/L 时可给予胰岛素治疗。应加强血糖监测，血糖值可控制在 7.7-10mmol/L。 • 血糖低于 3.3mmol/L 时，可给予 10%-20%葡萄糖口服或注射治疗。目标是达到正常血糖。
	营养支持	• 正常经口进食者无需额外补充营养。 不能正常经口进食者可鼻饲，持续时间长者可行胃造口管饲补充营养。
三、特异性治疗	改善脑血循环	1. 溶栓 （1）静脉溶栓 • 对缺血性脑卒中发病 3h 内（Ⅰ级推荐，A 级证据）和 3-4.5h（Ⅰ级推荐，B 级证据）的患者，应根据适应证和禁忌证严格筛选患者，尽快静脉给予 rtPA 溶栓治疗。使用方法：rtPA 0.9mg/kg（最大剂量为 90mg）静脉滴注，其中 10%在最初 1 分钟内静脉推注，其余持续滴注 1h，用药期间及用药 24h 内应严密监护患者（Ⅰ级推荐，A 级证据）。 • 如没有条件使用 rtPA，且发病在 6h 内，可严格选择患者考虑静脉给予尿激酶。使用方法：尿激酶 100 万-150 万 IU，溶于生理盐水 100-200ml，持续静脉滴注 30 分钟，用药期间应如严密监护患者（Ⅱ级推荐，B 级证据）。 • 不推荐在临床试验以外使用其他溶栓药物（Ⅰ级推荐，C 级证据）。 • 溶栓患者的抗血小板或特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗者，应推迟到溶栓 24h 后开始（Ⅰ级推荐，B 级证据）。 （2）血管内介入治疗 • 静脉溶栓是血管再通的首选方法（Ⅰ级推荐，A 级证据）。静脉溶栓或血管内治疗都应可能减少时间延误（Ⅰ级推荐，B 级证据）。 • 发病 6h 内由大脑中动脉闭塞导致的严重卒中且不适合静脉溶栓的患者，经过严格选择后可在有条件的医院进行动脉溶栓（Ⅰ级推荐，B 级证据）。 • 由后循环大动脉闭塞导致的严重卒中且不适合静脉溶栓的患者，经过严格选择后可在有条件的单位进行动脉溶栓，虽目前有在发病 24h 内使用的经验，但也应尽早进行避免时间延误（Ⅲ级推荐，C 级证据）。

guide.medlive.cn

		• 机械取栓在严格选择患者的情况下单用或药物溶栓合用可能对血管再通有效（Ⅱ级推荐，B 级证据）。但临床效果还需更多随机对照试验验证。对静脉溶栓禁忌的部分患者使用机械取栓可能是合理的（Ⅱ级推荐，C 级证据）。 • 对于静脉溶栓无效的大动脉闭塞患者，进行补救性动脉溶栓或机械取栓（发病 8h 内）可能是合理的（Ⅱ级推荐，B 级证据）。 • 紧急动脉支架和血管成型术的获益尚未证实，应限于临床试验的环境下使用（Ⅲ级推荐，C 级证据）。
		2.抗血小板 • 对于不符合溶栓适应证且无禁忌证的缺血性脑卒中患者应在发病后尽早给予口服阿司匹林 150-300mg/d（Ⅰ级推荐，A 级证据）。急性期后可改为预防剂量（50-150mg/d），详见《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014》。 • 溶栓治疗者，阿司匹林等抗血小板药物应在溶栓 24h 后开始使用（Ⅰ级推荐，B 级证据）。 • 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（Ⅲ级推荐，C 级证据）。
		3.抗凝 • 对大多数急性缺血性脑卒中患者，不推荐无选择地早期进行抗凝治疗（Ⅰ级推荐，A 级证据）。 • 关于少数特殊患者的抗凝治疗，可在谨慎评估风险/效益比后慎重选择（Ⅳ级推荐，D 级证据）。 • 特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗的患者，应在 24h 后使用抗凝剂（Ⅰ级推荐，B 级证据） • 对缺血性卒中同侧颈内动脉有严重狭窄者，使用急性抗凝的疗效尚待进一步研究证实（Ⅲ级推荐，B 级证据）。 • 凝血酶抑制剂治疗急性缺血性卒中的有效性尚待更多研究进一步证实。目前这些药物只在临床研究环境中或根据具体情况个体化使用（Ⅲ级推荐，B 级证据）。
		4.降纤 • 对不适合溶栓并经过严格筛选的脑梗死患者，特别是高纤维蛋白血症者可选用降纤治疗（Ⅱ级推荐，B 级证据）。
		5. 扩容 • 对一般缺血性脑卒中患者，不推荐扩容（Ⅱ级推荐，B 级证据）。 • 对于低血压或脑血流低灌注所致的急性脑梗死如分水岭梗死可考虑扩容治疗，但应注意可能加重脑水肿、心功能衰竭等并发症。此类患者不推荐使用扩血管治疗（Ⅲ级推荐，C 级证据）。
		6.扩张血管 • 对一般缺血性脑卒中患者，不推荐扩血管治疗（Ⅱ级推荐，B 级证据）。
		7.其他改善脑血循环的药物 • 在临床工作中，依据随机对照试验结果，个体化应用丁基苯酞、人尿激肽原酶（Ⅱ级推荐，B 级证据）。

	神经保护	• 神经保护剂的疗效与安全性尚需开展更多高质量临床试验进一步证实（Ⅰ级推荐，B 级证据）。 • 缺血性脑卒中起病前已服用他汀的患者，可继续使用他汀（Ⅱ级推荐，B 级证据） • 上述一些有随机对照试验的药物在临床实践中应根据具体情况个体化使用（Ⅱ级推荐，B 级证据）。
	其他疗法	• 高压氧和亚低温的疗效和安全性还需开展高质量的随机对照试验证实。
	中医中药	• 中成药和针刺治疗急性脑梗死的疗效尚需更多高质量随机对照试验进一步证实。建议根据具体情况结合患者意愿决定是否选用针刺（Ⅱ级推荐，B 级证据）或中成药治疗（Ⅲ级推荐，C 级证据）。
四、急性期并发症的处理	脑水肿与颅内压增高	卧床，床头可抬高至 20°-45°。避免和处理引起颅内压增高的因素，如头颈部过度扭曲、激动、用力、发热、癫痫、呼吸道不通畅、咳嗽、便秘等（Ⅰ级推荐，D 级证据）。 可使用甘露醇静脉滴注（Ⅰ级推荐，C 级证据）；必要时也可用甘油果糖或速尿等（Ⅱ级推荐，B 级证据）。 对于发病 48 小时内，60 岁以下的恶性大脑中动脉梗死伴严重颅内压增高患者，可请脑外科会诊考虑是否行减压术（Ⅰ级推荐，B 级证据），60 岁以上患者手术减压可降低死亡和严重残疾，但独立生活能力并未显著改善，因此应更加慎重，可根据患者年龄及患者/家属对这种可能结局的价值观来选择是否手术（Ⅲ级推荐，C 级证据）。 对压迫脑干的大面积小脑梗死患者可请脑外科会诊协助处理（Ⅰ级推荐，B 级证据）。
	梗死后出血（出血转化）	• 症状性出血转化：停用抗栓（抗血小板、抗凝）治疗等致出血药物（Ⅰ级推荐，C 级证据）；与抗凝和溶栓相关的出血处理等可参见脑出血指南。 • 何时开始抗凝和抗血小板治疗：对需要抗栓治疗的患者，可于症状性出血转化病情稳定后 10d-数周后开始抗栓治疗，应权衡利弊；对于再发血栓风险相对较低或全身情况较差者，可用抗血小板药物代替华法林。
	癫痫	• 不推荐预防性应用抗癫痫药物（Ⅳ级推荐，D 级证据）。 • 孤立发作一次或急性期癫痫发作控制后，不建议长期使用抗癫痫药物（Ⅳ级推荐，D 级证据）。 • 卒中后 2-3 个月再发的癫痫，建议按癫痫常规治疗进行长期药物治疗（Ⅰ级推荐，D 级证据）。 • 卒中后癫痫持续状态，建议按癫痫持续状态治疗原则处理（Ⅰ级推荐， D 级证据）。
	吞咽困难	• 建议于患者进食前采用饮水试验进行吞咽功能评估（II 级推荐，B 级证据）。 • 吞咽困难短期内不能恢复者可早期安置鼻胃管进食（II 级推荐，B 级证据），吞咽困难长期不能恢复可行胃造口进食（III 级推荐，C 级证据）。
	肺炎	• 早期评估和处理吞咽困难和误吸问题，对意识障碍患者应特别注意预防肺炎（Ⅰ级推荐，C 级证据）。

医脉通 medlive.cn
guide.medlive.cn

		• 疑有肺炎的发热患者应给予抗生素治疗，但不推荐预防性使用抗生素（II 级推荐，B 级证据）。
	排尿障碍与尿路感染	• 建议对排尿障碍进行早期评估和康复治疗，记录排尿日记（II 级推荐，B 级证据）。 • 尿失禁者应尽量避免留置尿管，可定时使用便盆或便壶，白天每 2h1 次，晚上每 4h1 次（I 级推荐，C 级证据）。 • 尿潴留者应测定膀胱残余尿，排尿时可在耻骨上施压加强排尿。必要时可间歇性导尿或留置导尿（IV 级推荐，D 级证据）。 • 有尿路感染者应给予抗生素治疗，但不推荐预防性使用抗生素（I 级推荐，D 级证据）。
	深静脉血栓形成和肺栓塞	• 鼓励患者尽早活动、抬高下肢；尽量避免下肢（尤其是瘫痪侧）静脉输液（I 级推荐）。 • 对于发生 DVT 及肺栓塞高风险且无禁忌者，可给予低分子肝素或普通肝素，有抗凝禁忌者给予阿司匹林治疗（I 级推荐，A 级证据）。 • 可联合加压治疗（长筒袜或交替式压迫装置）和药物预防 DVT，不推荐常规单独使用加压治疗；但对有抗栓禁忌的缺血性卒中患者，推荐单独应用加压治疗预防 DVT 和肺栓塞（I 级推荐，A 级证据）。 • 对于无抗凝和溶栓禁忌的 DVT 或肺栓塞患者，首先建议肝素抗凝治疗，症状无缓解的近端 DVT 或肺栓塞患者可给予溶栓治疗（IV 级推荐，D 级证据）。
五、早期康复		• 卒中后在病情稳定的情况下应尽早开始坐、站、走等活动。
六、早期开始二级预防		• 急性期卒中复发的风险很高，卒中后应尽早开始二级预防。