

脑中风的原因,脑动脉硬化、狭窄程度,有时可诊断脑动静脉畸形(瘘)、脑动脉炎继发脑底异网形成及颅内较大动脉瘤与颅内侧支循环代偿情况等。

⑧无论任何年龄段发现引起脑中风的任何脑血管病,都应及时、尽快就医到有诊断与手术、介入治疗条件的医疗单位就诊,也建议院前救护转送单位也遵循“就近后送到有条件救治脑中风的医院”。因为引发脑中风的脑血管病救治时间性很关键,尤其急性大血管闭塞引起的急性大范围脑缺血的救治只 3~4 小时的黄金时间窗,在时间窗内如能得到合适有效救治,可以完全或部分避免发生脑梗死,提高治愈率。

⑨脑血管病早期诊断、早期治疗多数会避免发生脑出血或脑缺血,甚至是灾难性脑出血与缺血。这是降低脑中风发生及死亡率的关键。因此,临床怀疑有脑血管病应尽量行头、颈部彩色超声多普勒检查,进一步做头颈部 CTA 与诊断金标准的 DSA 检

查,并用动态 DSA、3D-DSA、4D-DSA 做到精准诊断,从而指导精准治疗。

⑩脑中风发生后,病人多伴有意识、语言及有神经功能、大小便障碍,在重症监护治疗室或康复病房应提倡尽早配合昏迷促醒、语言功能、肢体功能与大小功能训练等康复治疗。让病人尽早清醒、被动运动如“踝泵”训练可以降低并发症发生率与死亡率。

总之,坚持“预防为主”,尽早采取综合措施预防引起脑中风的脑血管病发生率,万一发生,早期诊断,尽快治疗,把引起出血或缺血性脑中风的脑血管病在其引发脑出血与缺血前进行治疗,现有治疗方法基本可以做到有效治疗,狠抓两个方面预防可以达到降低我国脑中风死亡率高的目标。让我们全体卫生工作者与病人齐心协力为实现这一目标而努力。

(2022-04-15 收稿)

建议急诊时把“脑梗死”诊断改为 “某血管或部位急性脑缺血”

马廉亭

【关键词】脑梗死;急性缺血性;诊断

【文章编号】1009-153X(2022)05-0426-02

【文献标志码】C

【中国图书资料分类号】R 743

急性“脑卒中”或称“脑中风”,分出血性与缺血性,都是严重的脑血管病。出血性包括高血压性脑出血、动脉瘤破裂出血、脑动静脉畸形(瘘)破裂出血、脑动脉炎继发脑底异常血管网症出血、外伤性出血等;缺血性脑卒中包括脑动脉粥样硬化性狭窄、斑块形成或闭塞缺血,心源性菌栓、血栓脱落,空气栓、癌栓或骨折脂肪栓逆入堵塞脑血管缺血,非特异性脑动脉炎继发血管狭窄或闭塞缺血等。

急性脑卒中多突发意识、言语障碍、大小便失禁,偏瘫、癫痫发作等急性起病。病人到急诊室,应分秒必争简单了解病史、体格检查,尽快完成头颅 CT 检查。如 CT 未见出血,有条件者尽快完成头、颈

部 CTA,了解堵塞的血管及部位,立即行静脉溶栓治疗,并决定是否需行急诊介入取栓,如需介入取栓,则边静脉溶栓边准备送入导管室取栓,力争在最短时间开通堵塞血管,恢复脑血液供给。

在急诊时,往往把“缺血性脑卒中”统统诊断为“脑梗死”,这种诊断称呼不完全符合病人实际情况。

因为脑是血液供应极其丰富的器官,人脑占体重的 2%~3%,但脑血液供应占心脏搏出量的 15%~20%,每分钟全脑血流量为 700~770 毫升,约每分钟 50~55 毫升/100 克脑组织,而脑内又无氧与葡萄糖储备,因此,脑完全缺血缺氧超过 5 分钟就可造成不可逆性脑损害。急性大面积缺血性脑卒中,抢救治疗的黄金时间窗仅有 3~4 小时,超过黄金时间即使恢复脑血液供给,多数会导致过度灌注脑水肿、甚至脑出血而危及病人生命。如果病人能在救治黄金时间窗内到达医院,又得到了及时溶栓、取栓开通了血管供血,就有可能完全不发生脑梗死或仅发生部分脑