

10·29 世界卒中日

警惕卒中症状 尽早识别救治

分秒“B”争 救治大脑

脑卒中的预防

□ 王震

养成健康的生活方式，定期进行脑卒中危险因素筛查，做到早发现、早预防、早诊断、早治疗，就可以有效地防治脑卒中。对脑卒中的预防遵循三级预防策略：

一级预防就是指在脑卒中还未发生，对存在的将来可能导致脑卒中发生的危险因素进行防控。脑卒中是可防可控的。可干预的危险因素包括高血压、糖尿病、血脂异常、房颤、吸烟、酒精摄入、不合理膳食、超重或肥胖、运动缺乏、心理因素等。一级预防分为药物预防和非药物预防两种方式。非药物预防主要指养成良好的生活习惯和行为习惯，主要包括：①清淡饮食，控制高

脂、高盐、高糖摄入，多食新鲜蔬菜水果，保持大便通畅；②坚持体育锻炼，强度因人而异，量力而行，避免久坐；③适度节制饮食，合理减重，控制体重；④戒烟限酒；⑤防止过度劳累；⑥注意气候变化；⑦保持情绪稳定；⑧定期进行健康体检，发现问题早防早治。

以下这几个时刻容易发生脑卒中，必须特别注意预防：①情绪过度兴奋时；②从暖和房间突然到寒冷空间时；③上厕所用力时；④职场压力过大或过劳时；⑤冬天洗澡时；⑥夏天运动大量出汗时。药物预防主要是以阿司匹林为代表的药物。阿司匹林具有抗血小板聚集的作用，血小板聚集是脑卒中发生的

关键环节。因此，阿司匹林被广泛用于糖尿病、高血压和高血脂等导致血管已经发生严重动脉硬化狭窄超过50%的患者的日常预防中。但阿司匹林是一把双刃剑，既有助于预防血栓形成，也有可能增加出血风险，如消化道出血、脑出血等，特别是60岁以上老年人更应谨慎使用。是否要用阿司匹林应由医生全面细致评估后决定。另外，不同的患者还使用其他药物预防，如患者有房颤血栓，则要用抗凝药物如华法林。

二级预防是指已经发生过脑卒中如何防止卒中的再次发作，其主要措施有两个，一是控制危险因素，另一个是可靠持续的药物治疗。二级预防提倡

“双有效”，即有效药物、有效剂量，吃不停是脑卒中二级预防的禁忌。应着重注意以下几个方面：①合理使用抗高血压药物，血压应控制在140/80mmHg以下；②服用抗血小板药物，首选阿司匹林，如存在阿司匹林抵抗，可选用其他抗血小板药物如氯吡格雷等；③服用调血脂药物，常用他汀类药物，至于血脂降低多少，要看个体差异，并听从医嘱；④控制糖尿病，血糖应控制在正常范围内；⑤戒烟限酒，虽是老生常谈，只要是脑卒中患者，都应贯彻到底；⑥积极运动，以不太剧烈的有氧运动为宜；⑦合理饮食，控制体重。

三级预防指对已患脑卒中的患者，加强康复护理，改善症状，防止病情加重。

(作者为如东县人民医院暨南通大学附属如东医院神经外科副主任、南通市卒中协会中西医结合专业委员会委员)

今年世界卒中日的主题是“警惕卒中症状，尽早识别救治”，国家卫生健康委脑防委提出的口号是“识别卒中早一秒，挽救大脑恢复好”，中国卒中协会制定的口号“分秒‘B’争，救治大脑”。

脑卒中救治是一场大脑与时间的赛跑，特别是缺血性卒中的救治对患者从发病到血管再通的时间有着严格的限制，越早得到规范治疗，越有可能减轻对大脑的永久性损害。如果卒中症状能够被早期识别，患者在发病4.5小时之内被及时送达有救治脑卒中患者能力的卒中中心医院，得到规范的血管再通治疗，多数可以明显恢复，甚至完全恢复，健康良好的生活质量也将得到挽救。因此，及时发现脑卒中的早期症状极其重要，越早发现，越早诊治，治疗和康复效果也就越好。患者家属往往是卒中发作后的第一发现人，首先应当学会及时识别卒中发作症状，在“4.5小时黄金时间”内将患者送往医院抢救。

脑卒中的症状主要包括突然出现的口眼歪斜、言语不利、一侧肢体无力或不灵活、行走不稳、剧烈头痛、恶心呕吐、意识障碍等。根据“中风120”“BE FAST”口诀识别脑卒中早期症状简便有效。

“中风120”口诀简单形象，富有

中国特色，方便老百姓记忆，把数字变成行动，减少脑卒中患者院前延误时间。如何应用“中风120”口诀快速识别脑卒中呢？“1”看1张脸：不对称，口角歪斜；“2”查2只胳膊：平行举起，单侧无力；“0”（聆）听语言：言语不清，表达困难。如出现上述三个症状之一，就应立即拿起电话拨打120，通过救护车将患者尽快送往医院。

由于脑结构的复杂性，大脑、小脑等不同部位血管闭塞表现的症状不同，中国卒中协会今年又发布了识别脑卒中早期症状的“BE FAST”口诀，在“中风120”三步识别法的基础上又增加了两个待识别症状：身体难平衡、眼睛看不清。这两个症状的增加可以使公众在家自我识别卒中率由原来的70%提高到超过90%。“BE FAST”口诀前5个字母各代表一个早期症状，最后1个字母是提醒一旦发现卒中症状，就要马上拨打急救电话，立刻就医。

“B”——Balance（难平衡），平衡或协调能力丧失，突然出现行走困

脑卒中的识别

□ 沈建

难；“E”——Eyes（看不清），突发的视力变化，视物困难；

“F”——Face（面不正），面部不对称，口角歪斜；

“A”——Arms（臂不平），手臂突然无力感或麻木感，通常出现在身体一侧；

“S”——Speech（语不灵），说话含混、不能理解别人的语言；

“T”——Time 是指时间，上述症状提示可能出现卒中，请勿等待症状自行消失，立即拨打120获得医疗救助。

秋冬时节，也是脑卒中的高发季节。通过上面简单快捷的识别方法，来辨别脑卒中的预警信号，与死神赛跑及时就医，争得治疗时间窗，获得及时对症的诊治。（作者为如东县人民医院暨南通大学附属如东医院神经外科副主任、南通市卒中协会出血性卒中微创治疗专业委员会委员、神经外科专业委员会委员）



脑卒中的识别

卒中的外科治疗

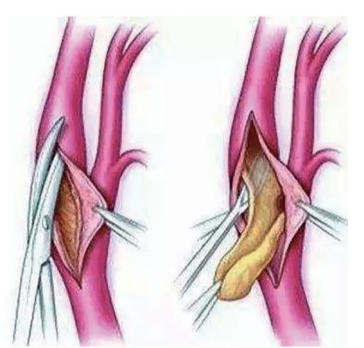
□ 余晓春

卒中分为缺血性卒中和出血性卒中。前者根据病情可分为短暂性脑缺血发作、可逆性神经功能障碍、进展性卒中和完全性卒中，后者主要指脑出血和蛛网膜下腔出血。脑出血约占所有卒中15%，占所有住院卒中10%~30%，我国比例更高。

一、缺血性卒中的外科治疗

1. 颅外动脉狭窄可选用的手术

(1) 颈动脉狭窄是导致脑卒中的常见病因之一，自20世纪90年代开始，颈动脉内膜切除术即被视作治疗颈动脉狭窄、预防脑卒中的金标准，美国每年完成10~15万例的手术量。主要适用于6个月内有过非致残性缺血性卒中或一过性脑缺血症状（包括大脑半球事件或一过性黑朦），无创性成像证实颈动脉狭窄超过70%或血管造影发现狭窄超过50%，以及颈动脉狭窄程度>70%的无症状者。但在中国，颈动脉内膜切除术尚未真正普及，主要原因不在手术技术本身，而是患者和医师的理念，以致很多患者错过了合理治疗的机会。



颈动脉内膜切除术

(2) 动脉纤维肌肉发育不良症受累动脉以颅外动脉最多，无症状者无需手术，症状严重者可进行血管成形术、自体大隐静脉或人造血管移植。

(3) 颅外动脉完全闭塞者可行动脉旁路术或Fogarty导管取栓术。

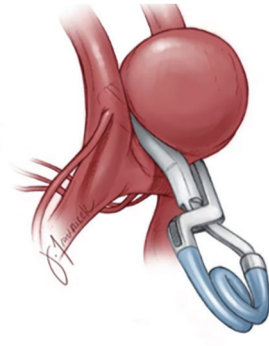
2. 颅内动脉的狭窄可选用的手术 颅内动脉中重度狭窄是急性缺血性脑梗死的主要原因，外科治疗主要指颅外-颅内动脉吻合术、大网膜颅

内移植术、颞肌脑表面贴附术，以提高脑血流量，改善神经功能，并增强脑组织对再次发生脑梗死的耐受性。

3. 大面积脑梗死的外科治疗

对于虽经药物治疗却在发病后48小时内出现神经功能恶化的单侧大脑中动脉脑梗死患者，或因脑干受压而出现神经功能恶化的小脑梗死患者，均应考虑行去骨瓣减压术及硬膜扩张术以挽救生命。

二、出血性卒中的外科治疗对于昏迷、大血肿(30ml以上)致中线移位或颅内压增高的幕上脑出血患者，以及伴有神经功能进行性恶化或脑干受压和(或)脑积水的幕下脑出血患者，可手术血肿清除。手术方式目前主要有穿颅血肿清除术、钻颅血肿清除术、锥颅血肿清除术、锁孔血肿清除术、内镜血肿清除术等，都很微创、安全、有效，并可联合注入尿激酶或阿替普酶促进血块的溶化、排空。如东县人民医院(南通大学附属如东医院)神经外科较早开展穿颅血肿清除术，不开颅清血肿，目前技术水平在国内处于领



颅内动脉瘤夹闭术

卒中的溶栓治疗

蒋晓明

供和氧供，从而恢复全部或部分功能。静脉溶栓治疗是目前实现血管再通的重要方法。溶栓治疗简单来说就是通过药物把堵住脑血管的血栓溶解掉，使血管恢复通血，从而拯救未死亡的脑细胞。目前国内常用的溶栓药物有阿替普酶和尿激酶，阿替普酶是国

内外使用时间最久、效果最好的药物。脑梗死患者要在发病后4.5小时的时间窗内尽快送达医院，医生诊断和治疗也需要时间，更应分秒必争，时间就是大脑，必须赶在脑组织发生坏死之前进行溶栓，越早溶栓，获益越大。总体来说，脑梗死溶栓获益是风

险的10倍，每溶栓100个患者，有32个患者获益，3个转归较差(2个恶化、1个重症或死亡，但不增加患者死亡率)。(作者为如东县人民医院暨南通大学附属如东医院神经外科副主任、南通市卒中协会出血性卒中微创治疗专业委员会委员、秘书)

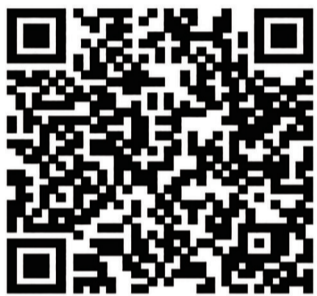
10月29日是第16个世界卒中日，今年的宣传主题是：警惕卒中症状，尽早识别救治。

脑卒中俗称“中风”，是一种急性脑血管疾病，是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致脑组织损伤的一组疾病。脑卒中具有发病率高、致残率高、死亡率高、复发率高和经济负担高的“五高”特点，是威胁我国国民健康的主要慢性非传染性疾病之一。根据《中国脑卒中防治报告2019》，2018年我国居民因脑血管病致死比例超过20%，这意味着每5位死亡者中至少有1人死于卒中。目前，脑血管病已成为我国国民第一位死亡原因，我国脑卒中的死亡人数约占全球脑卒中死亡人数的三分之一。

脑卒中发病急、病情进展迅速、后果严重，可导致肢体瘫痪、语言障碍、吞咽困难、认知障碍、精神抑郁等危害，给个人、家庭和社会带来沉重的疾病负担。据全球疾病负担研究估计，随着人口老龄化的日益加剧，我国已成为脑卒中终生风险最高和疾病负担最重的国家，高达39.3%。当一个家庭有人脑卒中，受苦的不止患者本人，整个家庭都会受到重大影响。社会上有“一人中风，全家发疯”“一人瘫痪，全家瘫痪”的说法。很多脑卒中患者背后，都有一个不堪重负的家庭，脑卒中不但为患者身心带来巨大的痛苦，而且也给整个家庭带来沉重的负担。

时间就是大脑，时间就是生命。及时发现脑卒中的早期症状极其重要，越早发现，越早治疗，效果也就越好。患者在发病后立即送达有救治能力的医院，得到规范的治疗，可增加恢复的机会，提高生活质量。

如东县人民医院(南通大学附属如东医院)神经外科1994年开展颅内血肿清除术，2004年开展神经介入诊治术，2015年开展动脉取栓术等临床新技术，并达到国内先进水平，现为全国颅内血肿微创穿刺清除技术协作医院、国家级防治卒中中心、中国卒中中心联盟单位、江苏省卒中急救地图成员单位。为贯彻落实《国家卫生健康委脑卒中防治工程委员会关于开展2021年世界卒中日暨第11届全国卒中宣传周系列活动的通知》精神，有效预防和控制脑卒中高危因素，提高群众脑卒中识别能力，减少因卒中导致的残疾、死亡发生，如东县人民医院(南通大学附属如东医院)神经外科联合南通市卒中协会暨出血性卒中微创治疗专业委员会，10月29日将在南通市、如东县河口镇举行义诊、讲座、咨询等系列系列活动。



中风防治知识码上读

卒中的介入治疗

□ 何建军

脑卒中的血管内介入治疗主要包括动脉溶栓、桥接、取栓、血管成形和支架术等，限于篇幅关系，今天着重谈谈动脉取栓治疗。

在2014年以前，急性脑梗死的特异性治疗措施是静脉溶栓治疗，但因为溶栓时间窗为发病后4.5小时以内，且有一些禁忌证，真正能够接受静脉溶栓治疗的急性脑梗死患者在欠发达地区只有3%左右，发达国家和地区最高也不足20%，而且即使接受恰当溶栓治疗的患者有效率也只有大约1/3。

动脉取栓于2015年被确定为急性大血管闭塞性缺血性卒中患者恢复血管再通的首选、高效、安全的方法，也被称为金标准。治疗方式是通过腿部或手部血管微创穿刺，使用导管装置到达病变，采取支架、导管、球囊或药物来开通堵塞的动脉，从而恢复大脑血流，保护可挽救的脑组织免受永久性损伤。动脉取栓的方法是直观的，也是卒中治疗历史上最大的进步，极大地改变了急性脑梗死治疗的状况，把急性脑梗死的再灌注率从20%提升到80%以上。

如东县人民医院(南通大学附属如东医院)神经外科自2015年在国内较早开展动脉取栓治疗以来，无论是治疗数量还是质量，在长三角地区同级医院中均名列前茅，被誉为“如东模式”。

今年5月15日，血管和介入神经病学学会取栓使命组织(MT2020)宣布首届“世界卒中取栓日”，旨在提高公众对动脉取栓治疗脑梗死的认识，并向全球发出行动呼吁。动脉取栓是与时间赛跑的紧急治疗，可在脑梗死症状出现后24小时内实施。通过急诊取栓，大多数符合条件的脑梗死患者能够减少长期瘫痪，并可挽救生命。目前，在全球有数百万符合动脉取栓但不能接受急诊取栓治疗的脑梗死患者。MT2020的目标是每2年将全球每个地区的急诊取栓率提高1倍，并为此发出以下行动呼吁：①各国政府和卫生政策制定者，合理分配资源，建立区域动脉取栓系统，实施区域紧急转运协作，将符合条件的患者转运到有能进行动脉取栓的医院；②提高公众对脑梗死急诊取栓的认识；③增加动脉取栓操作方面有经验的医生人数。

尽快恢复血管再通是动脉取栓治疗是否能够有效的关键，一般6~8小时是取栓治疗的极限手术时间，越快越好。动脉取栓的时间性是非常重要的，脑血流被阻断后，脑细胞每分钟死亡大约190万个。因此，进行动脉取栓千万不可以为了去大医院而耽误时间，应按照就近原则，到有取栓能力的最近的医院救治，以免延误时机。(作者为如东县人民医院暨南通大学附属如东医院神经外科主任医师、介入中心副主任、南通市卒中协会理事、神经介入专业委员会副主任委员)



颅内动脉取栓术