

· 病例报道 ·

全科医生对轻型脑卒中的早期评估、干预及转诊 1例报道

韩佳炜 李琰华

轻型脑卒中是指轻度神经功能障碍、美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)评分 <3 分、持续时间 >24 h的缺血性脑卒中,被认为是临床上发病率高、需要紧急干预的“卒中预警”事件^[1,2]。中国每年发生的脑卒中事件中约有30%是轻型脑卒中,且逐年增加。无症状或轻微症状的脑卒中患者往往因为症状不典型而被忽略,很少被送至卒中单元,因未进行早期干预而极易出现进展,导致不良风险以及死亡率的增加^[3]。当轻型脑卒中患者就诊全科医学科时,全科医生需要对其进行精确的早期识别、干预,并且快速转诊,使患者得到及时治疗,减少复发风险,降低致残率。本文通过报道全科医学科收治的1例轻型脑卒中患者,阐述全科医生对轻型脑卒中的早期评估、干预及转诊的重要性。现报道如下。

1 临床资料

患者男性,84岁,因“反复右上肢麻木5 d,突发行走不稳1 h”收住入院。患者5 d前无明显诱因下出现右上肢麻木,每次持续1~2 min,活动后可缓解,无头晕,无口角歪斜,无乏力,未重视,未就诊,5 d来上述症状反复发作。1 h前患者行走时突发步态不稳,伴身体前倾,摔倒2次,当时无四肢麻木,无头晕,无视物旋转,无口角歪斜,遂至我院门诊就诊,查头颅CT提示:左侧基底节区陈旧性腔梗,双侧侧脑室旁及半卵圆中心缺血性改变,诊断为短暂性脑缺血发作,为进一步治疗,门诊拟短暂性脑

缺血发作收住入院。既往有高血压病史30余年,平素血压控制可。入院查体:体温38.0℃,脉搏109次/分,呼吸21次/分,血压142/84 mmHg。神志清,精神软,口齿清,双眼球运动无障碍,双瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,右侧眼裂较左侧小,右侧鼻唇沟变浅,伸舌右偏,口角向左侧偏斜,听力粗测正常,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心率109次/分,心律齐,未闻及病理性杂音,腹软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未及,墨菲氏征阴性,双肾区无叩击痛,四肢肌力V级,肌张力无殊,双侧腱反射对称++,双巴氏征阴性,深浅感觉无殊,共济运动可,脑膜刺激征阴性。辅助检查:常规CT提示:左侧基底节区陈旧性腔梗,双侧侧脑室旁及半卵圆中心缺血性改变。诊断为缺血性脑卒中,结合接诊时NIHSS评分(1~2分),考虑患者处于缺血性脑卒中早期,症状会出现进展,要求其住院治疗。完善相关检查:颅脑平扫(见封三图3):右侧半卵圆中心急性脑梗塞。左侧基底节区陈旧性病灶。双侧侧脑室周围缺血灶。老年性脑改变。头颅CT血管造影(见封三图4):①右侧颈内动脉C2~C6段闭塞,左侧颈内动脉C4~C6段钙化及非钙化斑块,管腔重度变窄。②双侧椎动脉V4段钙化斑块,管腔轻度变窄。③颅内动脉硬化。治疗上先予厄贝沙坦片150 mg口服,每日一次控制血压,阿托伐他汀钙片40 mg口服,每晚一次稳定斑块,阿司匹林肠溶片0.1 g口服,每日一次联合硫酸氢氯吡格雷片75 mg口服,每日一次抗血小板治疗。

入院5 d后,患者出现吞咽困难,诉饮水时有水从口角漏出,口齿含糊,感颈部酸痛,左侧肢体乏力明显,行走困难,持物不稳,反应稍迟缓。查体:体温37.6℃,脉搏85次/分,呼吸19次/分,血压144/79 mmHg。神志清,精神软,口齿不清,双眼球运动

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.004.026

基金项目:浙江省医药卫生科研项目(2020KY675)

作者单位:310053 浙江杭州,浙江中医药大学第二临床医学院(韩佳炜);浙江中医药大学附属第二医院全科医学科(李琰华)

通讯作者:李琰华,Email:liyanhua330@163.com

无障碍,双瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,右侧眼裂较左侧小,左侧鼻唇沟变浅,伸舌左偏,口角向右侧偏斜,左侧面部浅感觉消失,右侧正常,听力粗测正常,双肺呼吸音粗,可闻及少许啰音,心率85次/分,心律齐,未闻及病理性杂音,腹软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未及,墨菲氏征阴性,双肾区无叩击痛,骶尾部压痛,右侧肢体肌力V级,左侧肢体肌力IV级,肌张力无殊,双侧腱反射对称++。深浅感觉对称无殊,共济运动可,脑膜刺激征阴性,左侧巴氏征阳性,右侧巴氏征阴性。辅助检查:颅脑平扫(见封三图5):右侧半卵圆中心急性脑梗塞,左侧基底节区陈旧性病灶,双侧侧脑室周围缺血灶,老年性脑改变。颈部CT血管造影(见封三图6):右侧颈内动脉C1~C5段闭塞,血栓形成考虑。颈部动脉硬化:两侧椎动脉V4段多发局限性钙化斑块形成,管腔轻度狭窄;两侧颈内动脉C3~C6段多发局限性钙化斑块形成,管腔轻中度狭窄。脑血管灌注CT特殊三维成像(见封三图7):右侧大脑半球大面积异常灌注,符合脑梗死前期II~III期表现(部分脑梗死)。NIHSS评分:9~10分。ABCD-2评分为6分,ABCD-3-I评分为10分,评估患者仍处于高危复发风险状态。患者及家属要求转院手术治疗,目前患者仍在后续随访中。

2 讨论

目前对于轻型脑卒中的定义尚无明确,Fischer等^[4]认为每个NIHSS项目中得分 ≤ 1 分且意识正常或者NIHSS得分 ≤ 3 分的患者,具有最佳的短期和中期结果,可被定义为轻型脑卒中,该定义被广泛接受。轻型脑卒中患者往往会因为症状不明显或者症状的快速改善,未被送至卒中单元,而选择全科就诊。但有专家发现,在中国,轻型脑卒中患者存在很大的早期复发和预后不良风险^[5]。一项研究表明,轻型脑卒中后复发的风险在90d内高达12%,超过50%的复发事件发生在第一周^[6]。因此,当该类患者首诊于全科医学科时,作为全科医生,应迅速进行早期评估和紧急积极干预。

根据2018年美国心脏学会(American heart association, AHA)和美国卒中学会(American stroke association, ASA)联合颁布的急性缺血性脑卒中的早期管理指南^[7],在接诊急性缺血性脑卒中患者时,使用NIHSS量表作为卒中严重程度评定量表是I级推荐。而在风险评估方面,ABCD评分系列是目前评估轻型脑卒中进展风险的良好预测工具。Amarenco

等^[2]认为,对ABCD-2评分为4分或以上的患者进行紧急评估和采取干预措施会使早期复发性卒中的患者大约减少20%。但是,ABCD-2评分缺少影像学表现。Erdur等^[8]认为严重的颈内动脉狭窄会使轻型脑卒中患者处于复发高风险状态。姬海超等^[9]通过前瞻性队列研究发现,超过25%的轻型脑卒中患者存在转归不良,有症状的大血管重度狭窄或闭塞是其转归不良的独立危险因素。另一研究表明轻型脑卒中患者的不良预后与患者患有心房颤动以及颈内动脉的严重狭窄或闭塞相关^[10]。因此,在ABCD-2评分的基础上加入影像学表现,即ABCD-2-DI评分,能更有效地评估轻型脑卒中的早期进展风险,指导专科医生的合理治疗决策以及提高非专科医生对轻型脑卒中的认识^[11]。随着研究进展,有学者将颈动脉狭窄50%以上(2分)或和头颅磁共振DWI相异常(2分)纳入评分标准,形成更为准确的ABCD-3-I评分,预测能力大大提升^[12,13]。但由于影像学检查的专业性以及时间要求,ABCD-3-I评分很难在国内一些不具备相关条件的基层医疗机构实现普及。因此,ABCD-2评分具有使用简便、判断迅速、准确性高的优点以及无需专科知识的要求,更适合帮助全科医生在接诊该类患者时迅速做出判断,采取进一步治疗方案,提高患者的治愈率,降低复发风险和致残率。

轻型脑卒中的早期干预包括溶栓治疗和药物治疗。根据2018年AHA/ASA颁布的早期管理指南^[7],对于发病在3h和4.5h内符合其他标准的轻型脑卒中患者,使用静脉溶栓可能是合理的,但应将治疗风险与获益进行权衡。Brown等^[14]研究发现,与未接受溶栓治疗的患者相比,接受溶栓治疗的轻型脑卒中患者更有可能获益。但有研究表明,由于静脉溶栓会增加颅内出血的风险,对于常规治疗转归良好的轻型脑卒中患者来说,可能获益不会明显^[11]。在药物干预治疗方面,AHA/ASA颁布的早期管理指南^[7]指出轻型脑卒中患者应在24h内开始使用双重抗血小板治疗(阿司匹林+氯吡格雷)治疗21d,对于症状持续长达90d的早期二级预防有益,并且可以使用中等强度的他汀类药物进行治疗。有研究表明,与单用阿司匹林治疗相比,阿司匹林与氯吡格雷的联合治疗可降低轻型脑卒中患者复发风险并且不引起出血事件^[15]。随着研究的进展,有专家在联合治疗的时间上有了新的划分,认为短期(≤ 3 个月)阿司匹林与氯吡格雷的联合治疗

能明显减少复发率和降低出血风险,而长期(≥ 1 年)的联合治疗不仅不会降低复发风险还会导致出血^[16]。另外,中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南^[17]推荐:对于近期发生短暂性脑缺血发作或6个月内发生缺血性脑卒中合并同侧颈动脉颅外段严重狭窄(70%~99%)的患者,可依据个体化情况进行颈动脉内膜切除成形术或颈动脉血管成形和支架置入术治疗。

脑卒中作为一种慢性疾病,长期的药物治疗是必要的。但是有学者发现,目前我国缺血性脑卒中患者二级预防用药欠规范,普遍存在依从性差的问题^[18]。因此,作为一名全科医生,需要与专科医生共同协作,加强患者及家属对相关疾病和用药知识的教育,增强患者用药的积极性以及家属对患者用药的重视,提高患者用药依从性和健康水平。本次研究该患者初发症状轻微,进展迅速,属于轻型脑卒中的典型案例。但不足的是由于该患者最终选择外院进行外科手术治疗,具体的手术方案及治疗经过不详,此外,脑卒中功能恢复时间长,获益程度存在不确定性,所以需要长期跟踪随访。

综上所述,轻型脑卒中的发生率正在逐年增加,当全科医生碰到类似患者时,应及时进行判断,通过NIHSS量表进行评估,在排除脑出血及其他禁忌证的情况下,应尽早转至卒中单元进行溶栓治疗。不接受溶栓治疗的患者需在24 h内给予阿司匹林和氯吡格雷联合治疗,并可按需增加他汀类药物。与此同时,可通过ABCD-2评分对患者的复发风险和转归进行一定的预测及评估,对于高风险患者可转至专科治疗。颈内动脉严重狭窄或闭塞、有手术指证的患者可经患者或家属同意后转至外科手术治疗。在后续长期随访中关注患者的药物依从性,加强康复训练,最大程度的提高患者生活质量。

参考文献

- 1 短暂性脑缺血发作中国专家共识组. 短暂性脑缺血发作与轻型卒中抗血小板治疗中国专家共识(2014年)[J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(10): 33.
- 2 Amarenco P, Lavallee PC, Labreuche J, et al. One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke[J]. N Engl J Med, 2016, 374(16): 1533-1542.
- 3 Laurencin C, Philippeau F, Blanc-Lasserre K, et al. Thrombolysis for acute minor stroke: outcome and barriers to management. results from the resuval stroke network[J]. Cerebrovasc Dis, 2015, 40(1-2): 3-9.
- 4 Fischer U, Baumgartner A, Arnold M, et al. What is a minor stroke?[J]. Stroke, 2010, 41(4): 661-666.
- 5 Wu L, Wang A, Wang X, et al. Factors for short-term outcomes in patients with a minor stroke: results from China National Stroke Registry[J]. BMC Neurol, 2015, 15: 253.
- 6 Wang Y, Wang Y, Zhao X, et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack[J]. N Engl J Med, 2013, 369(1): 11-19.
- 7 Furie KL, Jayaraman MV. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke[J]. Stroke, 2018, 49(3): 509-510.
- 8 Erdur H, Scheitz JF, Ebinger M, et al. In-hospital stroke recurrence and stroke after transient ischemic attack: frequency and risk factors[J]. Stroke, 2015, 46(4): 1031-1037.
- 9 姬海超, 闫福岭, 时蒙蒙, 等. 轻型缺血性卒中患者转归不良的预测因素: 前瞻性队列研究[J]. 国际脑血管病杂志, 2014, 22(5): 365-370.
- 10 罗名雅. 轻型卒中与非轻型卒中的相关危险因素及预后分析[D]. 吉林: 吉林大学, 2016.
- 11 钟秀玲, 刘勇林, 肖卫民, 等. 短暂性脑缺血发作及小卒中早期进展的风险评估[J]. 中华脑科疾病与康复杂志(电子版), 2014, 4(1): 8-12.
- 12 倪健强, 赵红如, 王辉, 等. 急性轻型卒中早期ABCD3-I评分与病情转归的关系[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(13): 2087-2090.
- 13 王悠, 罗勇. ABCD评分系列在TIA患者脑梗死风险预测中的应用进展[J]. 山东医药, 2017, 57(43): 100-103.
- 14 Brown TA, Luby M, Shah J, et al. Magnetic resonance imaging in acute ischemic stroke patients with mild symptoms: An opportunity to standardize intravenous thrombolysis[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2015, 24(8): 1832-1840.
- 15 Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2014, 45(7): 2160-2236.
- 16 Zhang Q, Wang C, Zheng M, et al. Aspirin plus clopidogrel as secondary prevention after stroke or transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis[J]. Cerebrovasc Dis, 2015, 39(1): 13-22.
- 17 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. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[S]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 258-273.
- 18 徐洁. 缺血性脑卒中及短暂性脑缺血发作患者二级预防药物依从性及药物疗效的研究[D]. 广东: 南方医科大学, 2016.

(收稿日期 2019-02-17)

(本文编辑 蔡华波)