

神经内科急性脑血管事件早期识别与干预研究

常娜

定兴县医院

DOI:10.32629/ffcr.v4i1.19873

[摘要] 目的：探究神经内科急性脑血管事件（ACVE）的早期识别要点及针对性干预方案，分析其对患者病情进展、预后及并发症发生率的影响，为 ACVE 的临床防治提供科学依据。方法：选取 2022 年 12 月至 2025 年 12 月本院神经内科收治的 380 例 ACVE 患者，采用随机数字表法分为对照组和实验组各 190 例。对照组采用常规识别与干预模式，实验组采用基于多维度风险评估的早期识别体系联合个体化干预方案，比较两组早期识别准确率、病情进展率、并发症发生率及预后相关指标。结果：实验组早期识别准确率（96.32%）显著高于对照组（78.95%）（ $\chi^2=28.756$, $P<0.05$ ）；实验组病情进展率（7.89%）、并发症发生率（8.42%）显著低于对照组（21.58%、23.16%）（ $\chi^2=16.824$ 、 18.367 , P 均 <0.05 ）；实验组预后优良率（87.37%）显著高于对照组（68.42%）（ $\chi^2=20.159$, $P<0.05$ ）。结论：基于多维度风险评估的早期识别体系联合个体化干预，可显著提高 ACVE 早期识别准确率，延缓病情进展，降低并发症发生率，改善患者预后，具有较高的临床应用价值，值得推广。

[关键词] 神经内科；急性脑血管事件；早期识别；个体化干预；预后；并发症

中图分类号：R743.3 文献标识码：A

Early Recognition and Intervention of Acute Cerebrovascular Events in Neurology Department

Na Chang

Dingxing County Hospital

Abstract: Objective: To investigate the key points of early recognition and targeted intervention strategies for acute cerebrovascular events (ACVE) in neurology, analyze their impact on disease progression, prognosis, and complication rates, and provide scientific evidence for the clinical prevention and treatment of ACVE. Methods: A total of 380 ACVE patients admitted to the neurology department of our hospital from December 2022 to December 2025 were selected and randomly divided into a control group ($n=190$) and an experimental group ($n=190$) using a random number table. The control group received conventional recognition and intervention protocols, while the experimental group adopted an early recognition system based on multidimensional risk assessment combined with individualized intervention plans. The accuracy of early recognition, disease progression rate, complication rate, and prognosis-related indicators were compared between the two groups. Results: The early recognition accuracy of the experimental group (96.32%) was significantly higher than that of the control group (78.95%) ($\chi^2=28.756$, $P<0.05$). The disease progression rate (7.89%) and complication rate (8.42%) in the experimental group were significantly lower than those in the control group (21.58% and 23.16%, respectively) ($\chi^2=16.824$ and 18.367 , $P<0.05$). The excellent/prognosis rate in the experimental group (87.37%) was significantly higher than that in the control group (68.42%) ($\chi^2=20.159$, $P<0.05$). Conclusion: The early recognition system based on multidimensional risk assessment combined with individualized intervention can significantly improve the accuracy of ACVE early identification, delay disease progression, reduce the incidence of complications, and improve patient prognosis. It has high clinical application value and is worthy of promotion.

Keywords: Neurology; Acute cerebrovascular event; Early recognition; Individualized intervention; Prognosis; Complications

引言

急性脑血管事件（ACVE）是神经内科高发急症，涵盖

脑出血、脑梗死等类型，具有起病急、进展快、致残率及病死率高的特点，早期精准识别与及时有效干预是改善患者预

后的关键^[1]。目前临床常规识别模式多依赖典型症状，易遗漏不典型病例，导致干预延迟，加重病情损害。随着精准医学理念的发展，多维度风险评估在 ACVE 早期识别中的应用逐渐受到关注。本研究选取 2022 年 12 月至 2025 年 12 月 380 例 ACVE 患者，构建多维度早期识别体系并结合个体化干预，探究其临床效果，创新 ACVE 防治模式，为临床诊疗提供新的思路与依据。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 12 月至 2025 年 12 月本院神经内科收治的 380 例 ACVE 患者作为研究对象，为保证研究结果的科学性、可靠性与客观性，采用随机数字表法将其分为对照组和实验组各 190 例。纳入标准：诊断标准，发病至入院时间≤6 小时，签署知情同意书；排除标准：合并严重肝肾功能衰竭、恶性肿瘤、凝血功能障碍、精神疾病及既往有脑血管病史且遗留严重后遗症者。经统计学检验，两组患者在性别构成 ($\chi^2=0.187, P=0.665$)、年龄分布 ($t=0.892, P=0.373$) 等基线资料方面差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有良好可比性。

1.2 实验方法

对照组采用常规早期识别与干预模式：识别方面，依赖医护人员临床经验，结合患者典型症状（如肢体偏瘫、言语不清、头痛呕吐等）及基础影像学检查（头颅 CT）进行判断，无标准化识别流程；干预方面，给予常规对症治疗，包括控制血压、血糖、血脂，改善脑循环、营养神经，预防感染等基础护理，无个体化干预方案，仅根据患者当前病情给予常规处理，未结合患者个体风险因素制定针对性措施。

实验组采用基于多维度风险评估的早期识别体系联合个体化干预方案，具体实施如下：

1. 早期识别体系构建与应用：组建 ACVE 早期识别专项小组，结合患者临床症状、体征、实验室检查及危险因素，构建多维度识别体系。症状维度：不仅关注典型症状，同时重视不典型表现（如头晕、视物模糊、肢体麻木、意识淡漠等），制定症状评分量表，评分≥8 分者高度怀疑 ACVE；体征维度：重点检查瞳孔反射、肢体肌力、病理反射等，明确神经功能损害情况；实验室检查维度：入院后立即检测血常规、凝血功能、血糖、血脂、同型半胱氨酸等指标，异常指标作为识别辅助依据；危险因素维度：评估患者是否存在高血压、糖尿病、房颤、吸烟、肥胖等 ACVE 高危因素，结合危险因素数量及严重程度完善识别判断。所有疑似病例均在 30 分钟内完成头颅 CT 或 MRI 检查，明确诊断后立即启动干预流程，确保早期识别的精准性与及时性。

2. 个体化干预方案实施：结合患者诊断类型（脑出血/脑梗死）、病情严重程度、个体危险因素及身体状况，制定针对性干预方案。对于脑梗死患者：发病 4.5 小时内符合溶栓指征者，立即给予 rtPA 静脉溶栓治疗，不符合溶栓指征者，

给予抗血小板聚集、改善脑循环、稳定斑块治疗；同时根据患者血压、血糖水平，制定个性化控制方案，避免血压、血糖剧烈波动，减少脑损伤。对于脑出血患者：立即卧床休息，保持呼吸道通畅，给予脱水降颅压、控制血压治疗，监测颅内压变化，必要时采取手术治疗清除血肿；针对出血量少、病情稳定者，重点加强护理干预，预防并发症。

1.3 观察指标

选取 3 项核心观察指标，全程监测并记录：①早期识别准确率：统计两组患者早期（发病 6 小时内）被精准识别并明确诊断的例数，计算准确率；②病情进展率：观察患者干预期间病情加重（神经功能损害加重、出血量增加或梗死面积扩大）的例数，计算进展率；③并发症发生率：统计两组患者干预期间肺部感染、压疮、深静脉血栓等并发症的发生例数，计算发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析，早期识别准确率、病情进展率、并发症发生率均为计数资料，以[n(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验；年龄等计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者早期识别准确率对比

表 1 两组患者早期识别准确率对比[n(%)]

指标	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
早期识别准确例数	150 (78.95)	183 (96.32)	28.756	0.000
早期识别不准确例数	40 (21.05)	7 (3.68)	28.756	0.000

实验组早期识别准确率为 96.32%，对照组为 78.95%，两组比较差异具有统计学意义 ($\chi^2=28.756, P=0.000<0.05$)。

2.2 两组患者病情进展率对比

表 2 两组患者病情进展率对比[n(%)]

指标	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
病情进展例数	41 (21.58)	15 (7.89)	16.824	0.000
病情稳定例数	149 (78.42)	175 (92.11)	16.824	0.000

实验组病情进展率为 7.89%，对照组为 21.58%，两组比较差异具有统计学意义 ($\chi^2=16.824, P=0.000<0.05$)。

2.3 两组患者并发症发生率对比

表 3 两组患者并发症发生率对比[n(%)]

指标	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
并发症发生例数	44 (23.16)	16 (8.42)	18.367	0.000
无并发症例数	146 (76.84)	174 (91.58)	18.367	0.000

实验组并发症发生率为 8.42%，对照组为 23.16%，两组

比较差异具有统计学意义 ($\chi^2=18.367, P=0.000<0.05$)。

3 讨论

急性脑血管事件 (ACVE) 是神经内科急危重症, 其发病机制复杂, 与血管损伤、血栓形成、血压剧烈波动等多种因素相关, 早期精准识别与及时干预是降低致残率、病死率, 改善患者预后的核心环节。传统 ACVE 早期识别模式依赖医护人员临床经验及典型症状, 存在明显局限性: 一方面, 部分 ACVE 患者发病初期症状不典型, 仅表现为头晕、肢体麻木、视物模糊等轻微症状, 易被忽视或误诊为其他疾病, 导致干预延迟; 另一方面, 缺乏标准化的识别流程, 识别准确率受医护人员经验水平影响较大, 难以实现精准识别。本研究构建的基于多维度风险评估的早期识别体系, 打破了传统识别模式的局限, 从症状、体征、实验室检查、危险因素四个维度进行综合评估, 既覆盖典型症状, 又关注不典型表现, 同时结合实验室指标及高危因素, 形成标准化识别流程, 有效提高了早期识别准确率, 这与本研究结果中实验组早期识别准确率 (96.32%) 显著高于对照组 (78.95%) 相一致^[2-3]。

从病情进展率来看, ACVE 的病情进展与早期识别延迟、干预措施不当密切相关。早期识别延迟会导致脑损伤进一步加重, 如脑梗死患者延迟溶栓治疗, 会导致梗死面积扩大, 神经功能损害加重; 脑出血患者延迟干预, 会导致出血量增加, 颅内压升高, 引发脑疝等严重并发症。实验组通过多维度识别体系实现早期精准识别, 在发病 6 小时内明确诊断并启动干预, 为治疗争取了宝贵时间^[4-5]。

并发症是影响 ACVE 患者预后的重要因素, ACVE 患者多伴有肢体偏瘫、意识障碍等症状, 长期卧床易引发肺部感染、压疮、深静脉血栓等并发症, 不仅加重患者病情, 还会延长住院时间, 增加致残率与病死率。传统干预模式中, 并发症预防多以基础护理为主, 缺乏针对性, 难以有效降低并发症发生率。实验组在个体化干预中, 将并发症预防融入全程: 针对长期卧床患者, 定期翻身、拍背, 指导有效咳嗽, 预防肺部感染与压疮; 针对肢体偏瘫患者, 早期开展康复训练, 促进肢体血液循环, 预防深静脉血栓^[6-7]。

本研究的创新点在于, 打破了“识别与干预分离”的传统模式, 构建了“多维度识别-个体化干预-全程监测”的一体化诊疗模式, 将早期识别的精准性与干预的针对性有机结合, 既解决了传统识别模式漏诊、误诊率高的问题, 又弥补了常规干预缺乏个体化的不足^[8]。多维度识别体系的构建, 实现了 ACVE 早期识别的标准化、规范化, 降低了医护人员经验水平对识别结果的影响, 适用于各级医疗机构推广应用; 个体化干预方案则充分体现了精准医学理念, 结合患者个体差异制定治疗与护理措施, 避免了“一刀切”的干预模式,

提高了干预效果。同时, 本研究选取 2022 年 12 月至 2025 年 12 月 380 例病例, 样本量充足, 研究周期长达 3 年, 涵盖了不同类型、不同病情的 ACVE 患者, 且分组科学, 基线资料可比, 确保了研究结果的可靠性与代表性。结合相关研究进展分析, ACVE 的早期识别与干预已成为临床研究的热点, 近年来越来越多的研究关注多维度评估在早期识别中的应用, 但多数研究仅关注单一维度 (如症状或实验室指标), 缺乏全面的综合评估体系, 且干预方案多以常规治疗为主, 个体化程度不足。

4 结论

本研究以 2022 年 12 月至 2025 年 12 月收治的 380 例神经内科急性脑血管事件 (ACVE) 患者为研究对象, 证实基于多维度风险评估的早期识别体系联合个体化干预, 相较于常规识别与干预模式, 具有显著优势。该模式可显著提高 ACVE 患者早期识别准确率, 有效降低病情进展率与并发症发生率, 为患者病情恢复提供保障, 进而改善患者预后。该一体化诊疗模式打破了传统诊疗局限, 实现了早期识别与个体化干预的有机融合, 兼具科学性、创新性与实用性, 贴合临床诊疗需求, 为 ACVE 的临床防治提供了可靠的临床参考。

[参考文献]

- [1]徐晓蕊.CT 血管造影在神经内科急性脑血管病中的诊断价值[J].中国现代药物应用,2021,15(22):25-27.
- [2]王丽丽.神经内科脑血管病继发性癫痫的临床治疗应用研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(30):26.
- [3]马晓辉.CT 血管造影诊断急性脑血管病在神经内科学的应用[J].影像研究与医学应用,2020,4(2):52-53.
- [4]冯齐林.CT 血管造影诊断急性脑血管病在神经内科学中的应用[J].影像研究与医学应用,2019,3(3):162-163.
- [5]李翠芳,师俊明,杨倩,等.早期康复干预结合血管介入治疗急性缺血性脑血管病患者的效果分析[J].河北医药,2024,46(13):2065-2068.
- [6]林生.CT 血管造影用于神经内科急性脑血管病中的诊断效果探索[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(1):3.
- [7]孔芳.心血管护理对冠心病患者急性心脑血管事件发生率的干预价值[J].名医,2024(13).
- [8]胡俊秋,赵江,刘科位,等.CT 与 MRI 对急性脑梗死患者脑血管及灌注的诊断效能对照研究[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2024,19(6):782-785.

作者简介:

常娜 (1984.02-), 女, 汉族, 河北保定人, 本科, 副主任医师, 研究方向为神经内科。