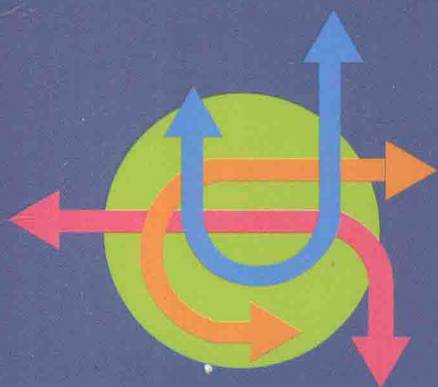




The Neurology Volume

Interpretation of Clinical Pathway

临床路径释义

INTERPRETATION OF CLINICAL PATHWAY

神经内科分册

王拥军 主编

 中国协和医科大学出版社

2015年版

临床路径释义

神经内科分册

主 编 王拥军



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床路径释义·神经内科分册/王拥军主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2015. 7
ISBN 978-7-5679-0320-3

I. ①临… II. ①王… III. ①临床医学-技术操作规程 ②神经系统疾病-诊疗-技术操作规程 IV. ①R4-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 077412 号

临床路径释义·神经内科分册

主 编: 王拥军
责任编辑: 许进力

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/16 开
印 张: 14
字 数: 360 千字
版 次: 2015 年 7 月第 1 版 2015 年 7 月第 1 次印刷
定 价: 48.00 元

ISBN 978-7-5679-0320-3

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

《临床路径释义》丛书指导委员会名单

主任委员 马晓伟

副主任委员 (按姓氏笔画排序)

王 辰	王 杉	王宁利	王拥军	母义明	石远凯	申昆玲
孙 琳	刘志红	孙颖浩	张力伟	张宗久	李立明	李单青
吴孟超	邱贵兴	陈香美	陈赛娟	郑 捷	郎景和	杨慧霞
顾 晋	赵玉沛	俞光岩	郝希山	钟南山	胡盛寿	钱家鸣
高润霖	黄晓军	曹雪涛	葛立宏	曾益新	韩德民	詹启敏
樊代明	霍 勇					

委 员 (按姓氏笔画排序)

马晓伟	王 兴	王 辰	王 杉	王宁利	王拥军	王宝玺
王建祥	支修益	宁 光	母义明	石远凯	申昆玲	孙 琳
吕传真	刘又宁	刘志红	许国铭	那彦群	孙颖浩	李立明
李单青	李仲志	吴孟超	邱贵兴	沈 颖	张为远	张学军
张宗久	张振忠	陈香美	陈赛娟	郑 捷	郎景和	顾 晋
赵 平	赵玉沛	俞光岩	赵明钢	赵继宗	胡大一	胡盛寿
姜保国	郝希山	钟南山	胡盛寿	钱家鸣	高润霖	黄晓军
曹雪涛	葛立宏	梁明会	曾益新	韩德民	詹启敏	樊代明
黎晓新	霍 勇					

指导委员会办公室

主 任 李大川 焦雅辉 王海涛

秘 书 胡瑞荣 俞桑丽

《临床路径释义》丛书编辑委员会名单

主任委员

赵玉沛 中国医学科学院北京协和医院

副主任委员

于晓初 中国医学科学院北京协和医院

袁 钟 中国医学科学院北京协和医学院

高文华 中国医学科学院北京协和医院

王海涛 中国医学科学院北京协和医学院

刘爱民 中国医学科学院北京协和医院

委 员

俞桑丽 中国医学科学院北京协和医学院

韩 丁 中国医学科学院北京协和医院

王 怡 中国医学科学院北京协和医院

吴欣娟 中国医学科学院北京协和医院

孙 红 中国医学科学院北京协和医院

李志远 中国医学科学院阜外心血管病医院

李 琳 中国医学科学院阜外心血管病医院

李庆印 中国医学科学院阜外心血管病医院

郝云霞 中国医学科学院阜外心血管病医院

王 艾 中国医学科学院肿瘤医院

何铁强 中国医学科学院肿瘤医院

徐 波 中国医学科学院肿瘤医院

李 睿 中国医学科学院血液病医院

马新娟 中国医学科学院血液病医院

吴信凤 中国医学科学院皮肤病医院

曹春燕 中国医学科学院皮肤病医院

《临床路径释义·神经内科分册》编审专家名单

编写指导专家委员会 (按姓氏笔画排序)

王拥军	首都医科大学附属北京天坛医院
吕传真	复旦大学附属华山医院
周 东	四川大学华西医院
赵仲波	复旦大学附属华山医院
胡学强	中山大学附属第三医院
贾建平	首都医科大学宣武医院
崔丽英	中国医学科学院北京协和医院
董 强	复旦大学附属华山医院
蒲传强	中国人民解放军总医院

主 编 王拥军

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 柠	福建医科大学附属第一医院
王 群	首都医科大学附属北京天坛医院
王化冰	首都医科大学附属北京天坛医院
王伊龙	首都医科大学附属北京天坛医院
王春娟	首都医科大学附属北京天坛医院
吉训明	首都医科大学宣武医院
许予明	郑州大学第一附属医院
李子孝	首都医科大学附属北京天坛医院
杨中华	首都医科大学附属北京天坛医院
张在强	首都医科大学附属北京天坛医院
张星虎	首都医科大学附属北京天坛医院
陈启东	首都医科大学附属北京天坛医院
赵 钢	第四军医大学西京医院
赵性泉	首都医科大学附属北京天坛医院
胡 波	华中科技大学附属协和医院
徐安定	暨南大学附属第一医院
郭 力	河北医科大学第二医院
谢 鹏	重庆医科大学附属第一医院
缪中荣	首都医科大学附属北京天坛医院
樊东升	北京大学第三医院

参编人员名单 (按姓氏笔划排序)

马越涛 邵晓秋 李志梅

总 序

作为公立医院改革试点工作的重要任务之一，实施临床路径管理对于促进医疗服务管理向科学化、规范化、专业化、精细化发展，落实国家基本药物制度，降低不合理医药费用，和谐医患关系，保障医疗质量和医疗安全等都具有十分重要的意义，是继医院评审、“以病人为中心”医院改革之后第三次医院管理的新发展。

临床路径是应用循证医学证据，综合多学科、多专业主要临床干预措施所形成的“疾病医疗服务计划标准”，是医院管理深入到病种管理的体现，主要功能是规范医疗行为、增强治疗行为和时间计划、提高医疗质量和控制不合理治疗费用，具有很强的技术指导性。它既包含了循证医学和“以病人为中心”等现代医疗质量管理概念，也具有重要的卫生经济学意义。临床路径管理起源于西方发达国家，至今已有 20 余年的发展历史。美国、德国等发达国家以及我国台湾、香港地区都已经应用了大量常见病、多发病的临床路径，并取得了一些成功的经验。20 世纪 90 年代中期以来，我国北京、江苏、浙江和山东等部分医院也进行了很多有益的尝试和探索。国内外的实践证明，实施临床路径管理，对于规范医疗服务行为，促进医疗质量管理从粗放式的质量管理，进一步向专业化、精细化的全程质量管理转变具有十分重要的作用。

经过一段时间临床路径试点工作，对适合我国国情的临床路径管理制度、工作模式、运行机制以及质量评估和持续改进体系进行了探索。希望通过《临床路径释义》一书，对临床路径相关内容进行答疑解惑及补充说明，帮助医护人员和管理人员准确地理解、把握和正确运用临床路径，起到一定的作用。

马晓伟

序 言

自 2009 年国家卫生和计划生育委员会发布“神经内科临床路径”及 2012 年《临床路径治疗药物释义·神经内科分册》出版后,也已过去数个年头。一方面,随着诸多大型临床研究结果公布、神经影像学技术以及神经免疫技术的飞速发展,我们对神经系统疾病规律的了解日益深入;另一方面,从四年实行《临床路径》的经验中,我们也得出更多对于规范化诊断和治疗的新体会。因此,为了切合实际地执行神经内科常见疾病的规范化诊疗,更好地帮助临床路径在各个层面及医疗机构中的运行,规范医疗行为,我们按照卫计委的要求组织了《临床路径释义·神经内科分册》的编写和修订。

临床路径是国家及医疗管理机构对医师的医疗行为,医疗机构的医疗质量管理进行评价的标准和依据。临床路径为大多数常见病提供规范化诊断步骤,合理化治疗方案,这样,不仅缩小了不同层次医疗机构和医师之间的诊疗水平差距,同时最大化国家医疗投入与疾病诊疗的效益比,都起了至关重要的作用。

对于临床医护人员而言,临床路径相当于“行为规范”。目前的“大数据”时代,并不是每一个医师有机会学习并理解每一个医疗行为背后蕴含的大量研究数据,而临床路径恰恰弥补了这一点。本版临床路径释义是由国内神经内科各亚专业方向的权威专家讨论执笔,综合了最新的循证依据和最优化的临床流程,为一线医护人员提供的是最为规范、精简、易懂、实用的诊疗步骤,具有非常强的可操作性;另外,临床路径的实行及数据反馈,也有利于将来制定更适合中国国情的医疗管理和防治方针。

临床上,大多数患者经过“临床路径式”的规范化治疗而最终获益。但临床实践仍具有个体的差异性、疾病的复杂性,因此临床医师仍需要根据患者个体化特点进行个体化的临床救治。

2009 年版“神经内科临床路径释义”共有 6 个常见疾病,分别是:短暂性脑缺血发作、脑出血、吉兰-巴雷综合征、多发性硬化、癫痫及重症肌无力。本版除了更新了上述 6 种常见疾病的诊疗,纳入了最新指南及临床研究的结果,对“疾病编码”和“检索方法”进行了补充,并将“给药方案”具体细化,易于临床操作;另外扩展并更新至 14 个疾病,新增了病毒性脑炎、成人全面惊厥性癫痫持续状态、肌萎缩侧索硬化症、急性横贯性脊髓炎、颈动脉狭窄、颅内静脉窦血栓形成、视神经脊髓炎、亚急性脊髓联合变性等 8 种常见疾病的诊疗流程。本版编者根据目前国际趋势、国内条件及实际临床情况,制定了本版《临床路径释义·神经内科分册》,以帮助每一位神经内科医师掌握上述常见疾病的诊疗流程,运用最优化的临床方案来指导临床实践,更好地提高临床医疗服务质量。

复旦大学附属华山医院神经内科
上海市神经内科医疗质量控制中心
董强 教授

前 言

开展临床路径工作是我国医药卫生改革的重要举措。临床路径在医疗机构中的实施为医院管理提供标准和依据，是医院管理的抓手，是实实在在的医院内涵建设的基础，是一场重要的医院管理革命。

为更好地贯彻国务院办公厅医疗卫生体制改革的有关精神，帮助各级医疗机构开展临床路径管理，保证临床路径试点工作顺利进行，自 2011 年起，受国家卫生和计划生育委员会委托，中国医学科学院承担了组织编写《临床路径释义》的工作。

在医院管理实践中，提高医疗质量、降低医疗费用、防止过度医疗是世界各国都在努力解决的问题。重点在于规范医疗行为，抑制成本增长与有效利用资源。研究与实践证实，临床路径管理是解决上述问题的有效途径，尤其在整合优化资源、节省成本、避免不必要检查与药物应用、建立较好医疗组合、提高患者满意度、减少文书作业、减少人为疏失等诸多方面优势明显。因此，临床路径管理在医改中扮演着重要角色。2011 年 1 月，卫生部公布的《2011 年卫生工作要点》中特别把“继续制定常见病、多发病临床路径，增加实施病种数量，扩大临床路径实施覆盖面”作为一项公立医院的改革任务来布置。2015 年 2 月，国家卫计委发布《关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》，明确要求两年后，所有三级医院和 80% 的二级医院均要实行临床路径管理。实现患者明白就诊，至 2017 年底，所有三级医院和 80% 的二级医院实行临床路径管理，三级医院 50% 的出院患者和二级医院 70% 的出院患者按照临床路径管理。

到目前为止，临床路径试点工作已进行一段时间，对绝大多数医院而言，这是一项有挑战性的工作，不可避免地会遇到若干问题，既有临床方面的问题，也有管理方面的问题，最主要是对临床路径的理解一致性问题。这就需要统一思想，在实践中探索解决问题的最佳方案。临床路径释义是对临床路径的答疑解惑及补充说明，目的是帮助试行临床路径医疗单位的医护人员和管理人员，能够准确地理解、把握和正确运用临床路径，解读每一个具体操作流程，合理配置医疗资源规范医疗行为，提高医疗质量，保证医疗安全。

本书由王拥军教授等数位知名专家亲自编写审定。编写前，各位专家认真研讨了临床路径在试行过程中各级医院所遇到的有普遍性的问题，在专业与管理两个层面，从医师、护士、患者多个角度进行了释义和补充，供临床路径管理者和实践者参考。

对于每个病种，我们补充了“疾病编码”和“检索方法”两个项目，将临床路径表单细化为“医师表单”、“护士表单”和“患者表单”，并对临床路径及释义中涉及的“给药方案”进行了详细地解读，即细化为“给药流程图”、“用药选择”、“药学提示”、“注意事项”、“参考文献”。

疾病编码可以看做适用对象的释义，兼具标准化意义，使全国各医疗机构能够有统一标准，明确进入临床路径的范围。对于 2009 版临床路径公布时个别不准确的编码我们也给予了修正和补充。例如，原临床路径文件中的“肝硬化腹水”，其 ICD-10 编码“K74 伴有 R18”。这组编码虽然表明肝硬化腹水，但它把一些特定病因的肝硬化腹水排除在外，因此在释义中给予修改，增加了特定病因的肝硬化腹水编码，使其更加准确。增加“检索方法”是为了使医院运用信息化工具管理临床路径时，可以全面考虑所有因素，避免漏检、误检数据。这样医院检索获取的数据能更完整，也有助于卫生行政部门的统计和考核。

依国际惯例，表单细化为“医师表单”、“护士表单”和“患者表单”，责权分明，便于使用。这些仅为专家的建议方案，具体施行起来，各医疗单位还需根据实际情况修改。

根据最新公布的《医疗机构抗菌药物管理办法》，2009 年路径中设计的抗生素均应按照要求进行调整，本书中为叙述简洁，我们在附录中统一进行了说明。

实施临床路径管理意义重大，但也艰巨而复杂。在组织编写这套释义的过程中，我们对此深有体会。因时间和条件限制，书中不足之处难免，欢迎同行诸君批评指正。

编 者
2015 年 5 月

目 录

第一章 短暂性脑缺血发作临床路径释义	(1)
一、短暂性脑缺血发作编码	(1)
二、临床路径检索方法	(1)
三、短暂性脑缺血发作临床路径标准住院流程	(1)
四、短暂性脑缺血临床路径给药方案	(6)
五、推荐表单	(8)
第二章 脑出血临床路径释义	(15)
一、脑出血编码	(15)
二、临床路径检索方法	(15)
三、脑出血临床路径标准住院流程	(15)
四、脑出血临床路径给药方案	(22)
五、推荐表单	(24)
第三章 吉兰-巴雷综合征临床路径释义	(31)
一、吉兰-巴雷综合征编码	(31)
二、临床路径检索方法	(31)
三、吉兰-巴雷综合征临床路径标准住院流程	(31)
四、吉兰-巴雷综合征临床路径给药方案	(35)
五、推荐表单	(36)
第四章 多发性硬化临床路径释义	(50)
一、多发性硬化编码	(50)
二、临床路径检索方法	(51)
三、多发性硬化临床路径标准住院流程	(51)
四、多发性硬化临床路径给药方案	(55)
五、推荐表单	(56)
第五章 癫痫临床路径释义	(63)
一、癫痫临床路径编码	(63)
二、临床路径检索方法	(63)
三、癫痫临床路径标准住院流程	(63)
四、癫痫临床路径给药方案	(68)

五、推荐表单	(72)
第六章 重症肌无力临床路径释义	(79)
一、重症肌无力编码	(79)
二、临床路径检索方法	(79)
三、重症肌无力临床路径标准住院流程	(79)
四、重症肌无力临床路径给药方案	(84)
五、推荐表单	(86)
第七章 病毒性脑炎临床路径释义	(93)
一、病毒性脑炎编码	(93)
二、临床路径检索方法	(93)
三、临床路径标准住院流程	(93)
四、病毒性脑炎临床路径给药方案	(97)
五、推荐表单	(99)
第八章 成人全面惊厥性癫痫持续状态临床路径释义	(116)
一、成人全面惊厥性癫痫持续状态编码	(116)
二、临床路径检索方法	(116)
三、成人全面惊厥性癫痫持续状态临床路径标准住院流程	(116)
四、成人全面惊厥性癫痫持续状态临床路径给药方案	(120)
五、推荐表单	(122)
第九章 肌萎缩侧索硬化临床路径释义	(130)
一、肌萎缩侧索硬化编码	(130)
二、临床路径检索方法	(130)
三、肌萎缩侧索硬化临床路径标准住院流程	(130)
四、肌萎缩侧索硬化临床路径给药方案	(134)
五、推荐表单	(135)
第十章 急性横贯性脊髓炎临床路径释义	(143)
一、急性横贯性脊髓炎编码	(143)
二、临床路径检索方法	(143)
三、急性横贯性脊髓炎临床路径标准住院流程	(143)
四、急性横贯性脊髓炎临床路径给药方案	(147)
五、推荐表单	(148)
第十一章 颈动脉狭窄临床路径释义	(157)
一、颈动脉狭窄编码	(157)
二、临床路径检索方法	(157)
三、颈动脉狭窄临床路径标准住院流程	(157)

四、颈动脉狭窄临床路径给药方案	(162)
五、推荐表单	(164)
第十二章 颅内静脉窦血栓形成临床路径释义	(171)
一、颅内静脉窦血栓形成编码	(171)
二、临床路径检索方法	(171)
三、颅内静脉窦血栓形成临床路径标准住院流程	(171)
四、颅内静脉窦血栓形成临床路径给药方案	(176)
五、推荐表单	(177)
第十三章 视神经脊髓炎临床路径释义	(185)
一、视神经脊髓炎编码	(185)
二、临床路径检索方法	(185)
三、临床路径标准住院流程	(185)
四、视神经脊髓炎临床路径给药方案	(188)
五、推荐表单	(190)
第十四章 亚急性脊髓联合变性临床路径释义	(197)
一、亚急性脊髓联合变性编码	(197)
二、临床路径检索方法	(197)
三、临床路径标准住院流程	(197)
四、亚急性脊髓联合变性临床路径给药方案	(200)
五、推荐表单	(201)

第一章 短暂性脑缺血发作临床路径释义

一、短暂性脑缺血发作编码

短暂性脑缺血发作（TIA）是指伴有局灶症状的短暂的脑血液循环障碍，以反复发作的短暂性失语、瘫痪或感觉障碍为特点，症状和体征在 24 小时内消失。一过性脑缺血发作是指颈内动脉或椎-基底动脉缺血导致的相应区域一过性局灶性脑或视网膜功能障碍，每次发作持续数分钟，通常在 30 分钟内完全恢复，但常有反复发作。超过 2 小时常遗留轻微神经功能缺损表现或影像学显示脑组织缺血征象。传统的 TIA 定义时限为 24 小时内恢复。

释义

■ 2009 年美国心脏协会/美国卒中协会公布短暂性缺血发作的最新定义：短暂性局灶脑、脊髓或视网膜缺血引起的神经功能障碍发作，且无急性脑梗死。本路径考虑该最新定义和临床实际操作可行性，根据医疗机构现有条件，不包括脊髓缺血发作患者，可采用两种定义结合的方式，或者按照两种不同定义标准进入路径：

标准 1：传统 TIA 定义，即基于时间为标准的定义，在没有明确神经影像检查条件下，以实现不超过 24 小时为标准。

标准 2：基于组织学标准的 TIA 定义，即符合 TIA 临床表现，但影像学未发现急性梗死表现。

■ 疾病名称及编码：椎-基底动脉系统 TIA（ICD-10：G45.0），颈内动脉系统 TIA（ICD-10：G45.1）。

二、临床路径检索方法

G45.0 或 G45.1。

三、短暂性脑缺血发作临床路径标准住院流程

（一）适用对象

第一诊断为短暂性脑缺血发作：椎基底动脉综合征（ICD-10：G45.0），颈动脉综合征（大脑半球）（ICD-10：G45.1）。

释义

■ 本路径适用于第一诊断为短暂性脑缺血发作，即椎基底动脉综合征和颈动脉综合征，前者是指后循环短暂性脑缺血发作，后者是指前循环短暂性脑缺血发作。影像学检查发现脑梗死灶者，则不在此路径范围内。

（二）诊断依据

根据《临床诊疗指南——神经病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2007）。

1. 起病突然，迅速出现局灶性神经系统症状和体征。
2. 神经系统症状和体征多数持续十至数十分钟，并在1小时内恢复，但可反复发作。
3. 神经影像学未发现任何急性梗死病灶。

释义

■ TIA 一般突发起病，临床表现局灶性神经功能缺损，如偏瘫、偏身感觉障碍、失语或者意识障碍等，可以反复发作，多持续数分钟到数十分钟，大多数在1小时内恢复，最长不超过24小时。根据美国心脏协会/美国卒中学会2009年最新的定义，时间不是诊断TIA的主要依据，诊断最重要的依据是：没有形成脑梗死，影像学检查（MRI+DWI）无新发梗死灶（即DWI表现高信号，相应的ADC值减低）。

（三）治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南——神经病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2007）。

1. 进行系统的病因学检查，制订治疗策略。
2. 抗血小板聚集治疗。
3. 频发短暂脑缺血发作者应予抗凝治疗。
4. 病因、危险因素、并发症的治疗。
5. 明确有血管狭窄并达到手术标准者予手术治疗。

释义

■ 重视明确TIA病因，根据病因制订相应治疗方案。TIA的病因学检查包括：①颅内外大血管检查，如经颅多普勒（TCD）、颈部血管超声、磁共振血管造影（MRA）或者CT血管造影（CTA）等均可选择进行，如果存在责任大血管狭窄，或者因锁骨下动脉狭窄导致锁骨下动脉盗血综合征引起后循环TIA，可考虑行介入或者手术治疗。②可行TCD微栓子监测，了解有无不稳定斑块脱落的证据。若有，应给予稳定斑块或者手术或介入治疗。③进行超声心动图检查，了解有无心脏瓣膜病及附壁血栓证据。④积极寻找原因不明的栓子来源。

■ 根据Chance研究的方案，对于发病24小时内具有中高危卒中风险（ABCD2评分 ≥ 4 ）的非心源性TIA患者，应首剂给予氯吡格雷300mg+阿司匹林75~300mg，以后每天给予氯吡格雷75mg+阿司匹林75mg，21天后更改为阿司匹林75mg或者氯吡格雷75mg单药抗血小板治疗。如果延长联合用药的时限，阿司匹林和氯吡格雷联合用药不应超过90天。

■ 非心源性TIA患者都应给予抗血小板治疗，可选择的药物包括阿司匹林或氯吡格雷。服用阿司匹林期间发生的TIA患者，没有证据显示增加阿司匹林的剂量或者更换抗血小板药物能够使这些患者获益。

■ 合并阵发性、持续性或永久性心房颤动（房颤）的TIA患者应该给予华法林治疗，目标国际标准化比值（INR）2.5（2~3）；合并冠状动脉病、急性冠脉综合征或放置支架的TIA患

者可以考虑口服抗凝剂（华法林或新型抗凝剂）基础上增加抗血小板治疗；不适宜抗凝治疗的房颤患者首先应选择阿司匹林单药治疗，其次也可选择阿司匹林加氯吡格雷治疗。有条件者可以选用新型抗凝剂，如阿哌沙班、达比加群或利伐沙班等。

■ 病因治疗应在积极寻找病因基础上进行。危险因素控制包括控制高血压、糖尿病、高脂血症、高同型半胱氨酸血症等。

■ 必要时可以使用改善微循环药物，如前列地尔、贝前列素钠等，以改善缺血部位供血。

■ TIA 患者发病数天后血压 $\geq 140/90$ mmHg 时应启动降压治疗，发病前长期抗高血压治疗者应于发病几天后重启抗高血压治疗。抗高血压治疗的目标应该个体化，大部分患者血压应该控制在 $140/90$ mmHg 以内。

■ 所有 TIA 患者都应进行糖尿病筛查，包括空腹血糖、糖血红蛋白（HbA_{1c}）或糖耐量试验，并按照相应指南控制血糖。

■ 动脉粥样硬化性 TIA 患者应该使用高强度他汀治疗，如阿托伐他汀 $40 \sim 80$ mg 或瑞舒伐他汀 20 mg；其他原因 TIA 患者应该遵循 2013 美国心脏协会（AHA）/美国心脏病学会（ACC）降低成人动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）胆固醇治疗指南的建议，并定期监测肝功能和肌酸激酶（CK）。

■ 应该提倡健康的生活方式，合理运动，避免酗酒，适度减低体重，戒烟。

（四）标准住院日为 5~7 天。

释义

■ 要求进入 TIA 路径的患者住院日为 5~7 天，如果进入路径后出现了各种并发症或并发症，则转出路径。

（五）进入路径标准

1. 第一诊断必须符合短暂性脑缺血发作：椎基底动脉综合征（ICD-10: G45.0），颈动脉综合征（大脑半球）（ICD-10: G45.1）疾病编码。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入临床路径。

释义

■ 所有进入路径患者必须符合第一诊断为 TIA，患者可以同时合并脑卒中常见的危险因素，如高血压、糖尿病、高脂血症、陈旧冠心病等，其中高血压和糖尿病需要住院期间控制良好，难以控制的高血压和血糖升高不能进入路径，存在心绞痛或者新发心肌梗死不进入路径。另外，合并存在各种恶性肿瘤，严重心、肝、肾功能不全，肺炎，深静脉血栓等不能进入此路径。

（六）住院后的检查项目

1. 必须检查的项目

- （1）血常规、尿常规、便常规。
- （2）肝肾功能、电解质、血糖、血脂、血沉、凝血功能、抗“O”、抗核抗体、ENA、类风湿因子、纤维蛋白原水平、C反应蛋白、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等）。
- （3）X线胸片、心电图。
- （4）脑MRI或CT，颈动脉血管超声。

释义

■ 推荐对因短暂性脑缺血发作入院患者结合医疗机构具体条件做以上检查项目，其中对于脑MRI或者CT的选择，为了明确诊断，除外新发脑梗死的存在，尽可能完善脑MRI+弥散D2权重像（DWI）检查。

2. 根据具体情况可选择的检查项目：经胸超声心动图、经食管超声心动图、主动脉弓CT、24小时或长程（大约30天）心电监测、24小时血压监测、血同型半胱氨酸、抗凝血酶Ⅲ等易栓症检测项目、TCD、TCD微栓子监测、TCD发泡试验、CTA、MRA或DSA、灌注CT或灌注MRI、下肢动静脉彩超以及肺CTA等。

释义

■ 尽管是根据患者情况选择检查项目，但是因为TIA明确病因非常重要，所以尽量完成MRA、CTA或数字减影脑血管造影（DSA）中的一项，对于明确颅内血管病变情况很有帮助，也有助于进一步治疗方案的选择。疑诊心源性TIA的患者，建议完善超声心动图检查；对于青年患者，需要完善血同型半胱氨酸、红细胞沉降率（血沉）、抗“O”、抗核抗体、ENA和类风湿因子检查；疑诊凝血机制异常导致的TIA时，完善血抗凝血酶Ⅲ等易栓症检查；疑诊原因不明栓子者建议完善经胸超声心动图、经食管超声心动图、主动脉弓CT、24小时或长程（大约30天）心电监测、TCD发泡试验、下肢静脉彩超和肺CTA等检查。

（七）选择用药

1. 抗凝药物：排除抗凝治疗禁忌证后可给予，①肝素加华法林；②单独口服华法林；③单独用低分子肝素。

释义

■ TIA患者不常规推荐抗凝治疗，应根据病因和患者具体情况个体化决定。存在明确的心脏瓣膜病或者考虑心源性因素导致的TIA时，如果无抗凝禁忌证，可根据具体情况给予抗凝治疗。也可以选用新型抗凝剂如阿哌沙班、达比加群或利伐沙班等。