

中风抢救，为啥CT是“黄金1小时”的关键

◎柏乡县中心医院 孙林涛

当“脑卒中”（也就是我们常说的“中风”）这个生命警报突然拉响，每一秒都关系着患者的生死，也决定着他们未来的生活质量。医学界把中风发病后的最初几小时，尤其是“黄金1小时”，看作是改变患者命运的关键窗口。在这场和时间的赛跑里，CT（计算机断层扫描）检查扮演着没人能替代的核心角色，堪称抢救链条上的“生命裁决者”。这到底是为什么呢？

CT：分清“脑梗”和“脑出血”的“生命裁判”

中风有两种最危险的“类型”，治疗方式却天差地别：

缺血性脑卒中（俗称“脑梗”）：大约占有中风的80%，是因为脑血管被血栓堵住，脑组织没法获得血液和氧气，慢慢坏死；

出血性脑卒中（俗称“脑出血”或“蛛网膜下腔出血”）：大约占20%，是脑血管突然破裂，血液流进脑组织或脑组织间隙，对周围组织造成压迫。

关键点在于：这两种中风的治疗原则完全相反！

脑梗的核心治疗是“通血管”：要尽快用药物溶解血栓（溶栓），或者用机械方式取出血栓（取栓），让血流重新通畅；

脑出血的核心治疗是“止出血”：要控制出血、降低颅内压力、防止再次出血，而且绝对不能溶栓——溶栓药会让出血更严重，可能直接导致灾难性后果。

CT的核心价值在这时凸显：它能快速区分两种中风。CT对急性期出血（尤其是脑实质出血和蛛网膜下腔出血）极为敏感，血液在图像上呈高密度“亮白色”，发病后短时间内即可显影；若未发现出血

灶，结合症状，医生便能高度怀疑脑梗，为后续溶栓或取栓治疗提供依据。没有CT，一旦误给脑出血患者用溶栓药，后果严重。因此，CT是明确中风类型、制定抢救方案的“基石”。

“黄金1小时”：每分每秒都在流失的神经细胞

脑组织一旦缺血缺氧，神经细胞会以惊人的速度死亡——每分钟大约有190万个神经元凋亡，根本等不起。

静脉溶栓（常用药物是阿替普酶）：医学界公认的黄金时间窗是发病后4.5小时内，而且用药越早，效果越好。研究显示，发病1.5小时内溶栓的患者，获得良好恢复的概率，比3~4.5小时内溶栓的患者高出约75%；

动脉取栓：主要针对脑血管大血管闭塞的情况，时间窗通常是6~24小时（具体需要严格通过影像评估），但同样遵循“越快越好”的原则——每延迟30分钟开始治疗，患者获得良好功能恢复的可能性就会下降10%以上。

需要特别说明的是，“黄金1小时”不是说治疗必须在1小时内完成，而是指从患者发病后到达医院急

诊，到完成CT扫描、明确诊断，要尽量在60分钟内搞定！这是启动后续正确治疗的前提，原因有两个：

为决策留时间：CT结果出来后，医生需要快速评估患者是否符合溶栓/取栓条件（比如脑梗范围、出血风险等）、和家属沟通治疗方案、准备药物或安排手术室，这些都需要时间；

最大化治疗获益：只有尽快明确诊断，才能确保患者在4.5小时的溶栓黄金时间窗（甚至更短的最佳时间）内用上药，或在取栓时间窗内开始手术。研究表明，把“患者进门到开始溶栓”的时间从60分钟缩短到45分钟，每治疗100名患者，就能多挽救4人免于残疾或死亡。

CT能扛起“黄金1小时”的重任

在中风抢救的“分秒必争”中，CT能成为核心检查项目，靠的是它独特的优势正好契合抢救需求：

速度极快：一次针对头部的非增强CT扫描（也就是“平扫”），通常几分钟就能完成，是目前区分出血和脑梗最快的影像学检查方法，完全能跟上“黄金1小时”的节奏；

普及率高：绝大多数具备中风救治能力的医院（包括很多县级医院）都配备了CT设备，患者能快速找到可检查的地方，不像MRI（磁共振成像）那样普及率低；

操作相对简单：CT检查过程快，对患者的配合度要求也不高——就算是病情危重、没法长时间保持不动的患者，也能完成检查。

可能有人会问，MRI在检测早期脑梗和某些类型出血时，是否比CT更敏感？的确如此，但MRI检查耗时长，对患者配合度要求高，设备普及和急诊可用性也不如CT。在“黄金1小时”内，CT凭借快速、易获取的特性，成为首选。☺