庆祝元旦主题班会PPT(6)

元旦是一年的首日（1月1日）。“元”含有第一和开始之意，“旦”则是一轮红日从地面开始升起。“元”和“旦”和在一起，就是要人们以蓬勃朝气来迎接崭新的一年。这一天，我国城市和农村，都张灯结彩，披上了节日的盛装。

由于元旦是在民国年间才诞生的，并是由春节演化而来，所以，在中国刚刚开始庆祝元旦时，其庆祝的风俗习惯当然大都是类似于春节，或者说是春节的缩小版。毕竟元旦不是我国的传统节日，虽然沿用了部分传统的庆祝方式：如燃放炮竹、杀三生、敬鬼神、拜祭先人等，到了现代，元旦的庆祝习俗就更简单了。

传说故事

传说在4000多年前远古的尧舜盛世之时，尧天子在位时勤政于民为百姓办了很多好事，很受广大百姓爱戴，但因其子无才不太成器，他没把“天子”的皇位传给自己的儿子，而是传给了品德才能兼备的舜。尧对舜说：“你今后一定要把帝位传交好，待我死后也可安心瞑目了。”后来舜把帝位传给了治洪水有功的禹，禹亦像舜那样亲民爱民为百姓做了很多好事，都十分受人爱戴。后来人们把尧死后，舜帝祭祀天地和先帝尧的那一天，当作一年的开始之日

- 把正月初一称为“元旦”，或“元正”，这就是古代的元旦。历代皇朝都在元旦举行庆贺典仪祈祀等活动，如祭诸神祭先祖，写门对挂春联，书写福字、舞龙灯，民间也逐渐形成祭神佛、祭祖先、贴春联、放鞭炮、守岁、吃团圆饭以及众多的“社火”等娱乐欢庆活动。晋代诗人辛兰曾有《元正》诗：“元正启令节，嘉庆肇自兹。咸奏万年觞，小大同悦熙。”记述元旦庆贺情景。

"元旦"和"春节"一样吗?

阳历一月一日定为“元旦”，

农历正月初一称为“春节”.

xxjxsj.cn

元旦知识知多少?

xxjcsj.cn

"元旦"中的"元"是指什么?
"旦"是指什么?

中国元旦历来指的是农（夏、阴）历正月初一。“元旦”的“元”，指开始，是第一的意思，凡数之始称为“元”；“旦”，象形字，上面的“日”代表太阳，下面的“一”代表地平线。“旦”即太阳从地平线上冉冉升起，象征一日的开始。人们把“元”和“旦”两个字结合起来，就引申为新年开始的第一天。

xxjxsj.cn

中国元旦有多少年的历史?

中国的元旦，据传说起于三皇五帝的之一，距今已有5000多年的历史。

xxjxsj.cn

关于元旦的古诗

元日

（北宋）王安石

爆竹声中一岁除，
春风送暖入屠苏。
千门万户曈曈日，
总把新桃换旧符。

《青玉案.元夕》

宋　辛弃疾

东风夜放花千树，更吹落、星如雨，
宝马雕车香满路。
凤箫声动，玉壶光转，一夜鱼龙舞。
蛾儿雪柳黄金缕，笑语盈盈暗香去。
众里寻他千百度，蓦然回首，
那人却在，灯火阑珊处。

《守岁》

唐 杜甫

守岁阿戎家，椒盘已颂花。
盍簪喧枥马，列炬散林鸦。
四十明朝过，飞腾暮景斜。
谁能更拘束？烂醉是生涯。

开心送祝福

教师俱乐部
www.910club.cn

- 希望同学们在新的一年，刻苦努力，不辜负老师和家长的嘱咐、不辜负这个美好的时代。
- 希望同学们今天都比昨天过得更有意义；
- 希望同学们每天进步、快乐不只是一点点！
- 希望同学们像一朵朵鲜艳的花，在新的一年里开得更加灿烂。
- 希望同学们把在2016年收获的一点一滴带到崭新的2017年，把精彩和欢乐带到2017年！

新年新气象,在新的一年即将到来之际，向老师们和同学们送上新年的祝福：祝老师们在新的一年工作顺利，幸福安康。祝同学们在新的一年学习进步，更上一层楼。

xxjxsj.cn

第二十三章颅内和椎管内血管性疾病

脑血管疾病的发病率和死亡率都很高，严重地威胁着人类健康,它与恶性肿瘤和冠心病构成人类死亡的三大疾病。有些脑血管疾病,如颅内动脉瘤、脑血管畸形、脑卒中需外科手术治疗。

第一节　自发性蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血（subarachnoid hemorrhage,SAH)是各种原因引起的脑血管突然破裂，血液流至蛛网膜下腔的统称．它并非一种疾病，而是某些疾病的临床表现．分为自发性和外伤性两类．本节仅述自发性蛛网膜下腔出血，占急性脑血管意外的15%.

病因

- 颅内动脉瘤和脑（脊髓） 血管畸形，以前者多见．其他病因有动脉硬化、脑底异常血管网症（烟雾病）、颅内肿瘤卒中、血液病、动脉炎、脑膜炎及抗凝治疗的并发症，但均少见。

临床表现

- 出血症状　发病前多数病人有情绪激动、用力、排便、咳嗽等诱因。发病突然、剧烈头痛、恶心呕吐、面色苍白、全身冷汗。一过性意识障碍多见，严重者呈昏迷状态，甚至出现脑疝而死亡。20%出血后有抽搐发作。脑膜刺激征明显，常在蛛网膜下腔出血后1~2天内出现。颅内动脉瘤在首次破裂出血后，如未及时适当治疗，部分病人可能会再次或三次出血。死于再出血者占本病的1/3

临床表现

- 脑神经损害 以一侧动眼神经麻痹常见，占6%~20%，提示存在同侧颈内动脉—后交通动脉瘤或大脑后动脉动脉瘤
- 偏瘫 在出血前后出现偏瘫和轻瘫者约占20%。
- 视力视野障碍 蛛网膜下腔出血可沿视神经鞘延伸，眼底检查可见玻璃体膜下片块状出血，发病后一小时内即可出现，这是有力的诊断依据。出血量大时，血液浸入玻璃体内，引起视力障碍。当视交叉、视束或视放射受累时产生双颞侧偏盲或同向偏盲。
- 约1%的颅内动静脉畸形和颅内动脉瘤可出现颅内杂音。部分病人发病后数月可有低热。

自发性朱网膜下腔出血的鉴别诊断

	动脉瘤	动静脉畸形	动脉硬化	烟雾病	脑瘤卒中
发病年龄	40-60岁视	35岁以下	50岁以上	青少年多见	30-60岁
出血前症状	无症状，少数动眼神经麻痹	常见癫痫发作	高血压史	可见偏瘫	颅压高和病灶症状
血压	正常或增高	正常	增高	正常	正常
复发出血	常见且有规律	年出血率2%	可见	可见	少见
意识障碍	多较严重	较重	较重	有轻有重	较重
脑神经麻痹	II-VI脑神经	无	少见	少见	颅底肿瘤常见
偏瘫	少见	较常见	多见	常见	常见
眼症状	可见玻璃体出血	可有同向偏盲	眼底动脉硬化	少见	视乳头水肿
脑血管造影	动脉瘤和血管痉挛	动静脉畸形	脑动脉粗细不均	脑底动脉异常血管团	有时可见肿瘤染色
CT检查	蛛网膜下腔高密度	增强可见AVM影	脑萎缩或梗死灶	脑室出血铸形或梗死灶	增强后可见脑瘤影

诊断

- 头颅CT 显示脑沟与脑池密度增高。颈内动脉瘤破裂出血以大脑外侧裂最多。大脑中动脉瘤破裂血液积聚患侧外侧裂池，也可流向环池、纵裂池。基底动脉瘤破裂后，血液主要积聚于脚间池与环池附近。
- 头颅MRI 发病后一周内的急性SAH在MRI很难查出。核磁共振血管造影（MRA）是非创伤性的脑血管成像方法，对头颈及颅内血管性疾病可作为诊断的筛选手段。

诊断

- 脑血管造影 是确定SAH病因的必须手段，应视为常规检查。数字减影血管造影（DSA）对脑血管病有较高的诊断价值。
- 腰椎穿刺 对CT已确诊的SAH不需再做腰穿检查。因伴有颅内压增高的SAH，可能会诱发脑疝。如为动脉瘤破裂造成的SAH，腰穿有导致动脉瘤再次破裂出血的危险。

治疗

- 一般性治疗 出血急性期，病人应绝对卧床休息，可应用止血剂、止痛、镇静剂，保持大便通畅。伴有颅内压增高，应用甘露醇脱水治疗。
- 尽早病因治疗 如开颅动脉瘤夹闭或脑肿瘤切除等。

第二节 颅内动脉瘤

- 颅内动脉瘤系颅内动脉壁的囊性膨出，是造成蛛网膜下腔出血的首位原因。在脑血管意外中，仅次于脑血栓和高血压脑出血，位居第三。本病好发于40-60岁中老年人，青少年少见.

病因

- 病因　尚不十分清楚．动脉壁先天缺陷学说认为，颅内Wills环的动脉分叉处的动脉壁先天性平滑肌缺乏。动脉壁后天性退变学说则认为，颅内动脉粥样硬化和高血压，使动脉内弹力板发生破坏，逐渐膨出形成囊性动脉瘤。此外身体的感染病灶如细菌性心内膜炎、肺部感染等，感染性栓子脱落，侵蚀脑动脉壁而形成感染性动脉瘤；头部外伤也可导致动脉瘤形成。

第二节 颅内动脉瘤

- 病理　组织学检查发现动脉瘤壁仅存一层内膜，缺乏中层平滑肌组织，弹性纤维断裂或消失。
- 分类　依动脉瘤位置将其分为：①颈内动脉系统动脉瘤，约占颅内动脉瘤的90%，包括颈内动脉-后交通动脉瘤，前动脉-前交通动脉瘤，中动脉瘤；②椎基底动脉系统动脉瘤，约占颈内动脉瘤的10%，，包括椎动脉瘤、基底动脉瘤和大脑后动脉瘤。依动脉瘤直径将其分为：直径小于0.5cm属于小型，直径在0.6-1.5cm为一般型，直径在1.6-2.5cm属于大型，直径大于2.5cm为巨大型。直径小的动脉瘤出血几率大。

临床表现

- 动脉瘤出血症状　中小型动脉瘤未破裂出血，临床可无任何症状。一旦破裂出血，临床表现严重的蛛网膜下腔出血，发病急剧，病人剧烈头痛。频繁呕吐；颈强直，克氏征阳性；也可出现意识障碍，甚至昏迷。

- 局灶症状　动眼神经麻痹常见于颈内动脉-后交通动脉瘤和大脑后动脉的动脉瘤，表现为单侧眼睑下垂、瞳孔散大、内收、上、下视不能，直、间接对光反射消失。大脑中动脉的动脉瘤出血如形成血肿，或其他部位动脉瘤出血后，脑血管痉挛脑梗死，病人可出现偏瘫，运动性或感觉性失语。

动脉瘤出血后分级

- 动脉瘤出血后分级　为便于判断病情，选择造影和手术时机，评价疗效，国际常采用Hunt五级分类法：

  一级　无症状，或有轻微头痛和颈强直

  二级　头痛较重，颈强直，除动眼神经　等脑神经麻痹外，无其他神经症状

  三级　轻度意识障碍，躁动不安和轻度脑症状

  四级　半昏迷、偏瘫，早期去脑强直和自主神经障碍

  五级　深昏迷，去脑强直，濒危状态

诊断

- 确定有无蛛网膜下腔出血。出血急性期，CT确诊SAH阳性率极高，安全迅速可靠。出血一周后，CT不易诊断。腰椎穿刺可能诱发动脉瘤破裂出血，故一般不再作为确诊SAH的首选。

诊断

- 直径小于1.0cm的动脉瘤，CT不易查出。直径大于1.0cm，注射造影剂后，CT扫描可以检出。MRI优于CT，动脉瘤内可见流空。MRA可提示不同部位动脉瘤，常用于颅内动脉瘤筛选。三维CT（3D-CT)。
- 脑血管造影是确诊颅内动脉瘤必须的方法，对判明动脉瘤的位置、形态、内径、数目、血管痉挛和确定手术方案都十分重要。

诊断

- 病情在三级以下，脑血管造影应尽早进行，三级和三级以上病人可待病情稳定后，再行造影检查。及早造影明确诊断，尽快手术夹闭动脉瘤，可以防止动脉瘤再次破裂出血。首次造影阴性，可能因脑血管痉挛而动脉瘤未显影，高度怀疑动脉瘤者，应在三月后重复造影。

治疗

- 颅内动脉瘤应手术治疗，采取保守治疗约70%病人死于动脉瘤再出血。显微手术使动脉瘤的手术死亡率已降至2%以下。

治疗

- 手术时机选择 病情一、二级病人，应尽早造影，争取在一周内手术。病情属三级及三级以上，提示出血严重，可能有脑血管痉挛和脑积水，此时手术危险性较大，待数日病情好转后再进行手术。

治疗

- 手术时机选择 病情一、二级病人，应尽早造影，争取在一周内手术。病情属三级及三级以上，提示出血严重，可能有脑血管痉挛和脑积水，此时手术危险性较大，待数日病情好转后再进行手术。

治疗

- 手术方法 开颅夹闭动脉瘤是最理想的方法，为首选。因它既不阻断载瘤动脉，又完全彻底消除动脉瘤。孤立术是在动脉瘤两端夹闭载瘤动脉，在位能证明脑的侧支供血良好情况时应慎用。动脉瘤壁加固术疗效不肯定应尽量少用。临床不适宜手术，导管技术可达部位的动脉瘤，可选气囊，弹簧圈栓塞的介入治疗。

治疗

- 围手术期治疗　动脉瘤破裂后，病人应绝对卧床休息，尽量减少不良的声、光刺激，最好将病人置于ICU监护。便秘者应给缓泻剂。维持正常血压，适当镇静治疗。合并脑血管痉挛，早期可试用钙离子拮抗剂等扩血管治疗。

治疗

- 为预防动脉瘤破口处凝血块溶解再次出血，采用较大剂量的抗纤维蛋白的溶解剂，如氨基已酸，以抑制纤维蛋白溶解酶原的形成，但审功能障碍者慎用，副作用有血栓形成可能等。

第三节颅内和椎管内动静脉畸形

- 属先天性中枢神经系统血管发育异常，分为五种类型 ①动静脉畸形 (arteriovenous malformations,AVM)；②海绵状血管瘤 ③毛细血管扩张;④静脉畸形;⑤静脉曲张;

一、颅内动静脉畸形

- 颅内动静脉畸形是一团发育异常的病态脑血管，其体积可随人体发育而成长。由一支或几支弯曲扩张的动脉供血和静脉引流而形成的一个血管团，小的直径不及1cm，大的可达10cm。畸形血管团内有脑组织，其周围脑组织因缺血而萎缩，呈胶质增生带，有时伴陈旧性出血。

临床表现

1.出血　畸形血管团破裂可导致脑内、脑室内或蛛网膜下腔出血，出现意识障碍，头痛呕吐等症状，但小的出血临床症状不明显。出血多发生在脑内，有1/3引起蛛网膜下腔出血，占蛛网膜下腔出血的9%，仅次于颅内动脉瘤。

临床表现

- 2.抽搐　成人21%-67%以抽搐为首发症状，一半以上发生在30岁前,多见于额颞部AVM。额部AVM多发生抽搐大发作，顶部以局限性发作为主。AVM发生抽搐与脑缺血、病变周围进行性胶质细胞增生，以及出血后的含铁血黄素刺激大脑皮层有关。早期抽搐可服药控制发作，但最终药物治疗无效，抽搐很难控制。

临床表现

3.头痛　一般AVM病人曾有头痛史.头痛可呈单侧局部，也可全头痛，间断性或迁延性。头痛可能与供血动脉、引流静脉以及窦的扩张有关，有时与AVM小量出血、脑积水和颅内压增高有关。

临床表现

4.神经功能缺损　未破裂出血的AVM中，有4%-12%有急性或进行性神经功能缺损。脑内出血可致急性神经功能缺损。由于AVM盗血作用或合并脑积水，病人神经功能缺损呈进行性，表现为运动、感觉、视野以及语言功能障碍。

5.儿童大脑大静脉畸形也称大脑大静脉动脉瘤，可导致心衰和脑积水。

诊断

- 头颅CT 加强扫描AVM表现为混杂密度区，大脑半球中线结构无移位。
- 头颅MRI 病变内高速血流表现为流空现象
- 脑血管造影是确诊本病的必须手段。
- 脑电图检查 患侧大脑半球病变区及其周围可出现慢波或棘波。

治疗

- 手术切除　为治疗该病最根本方法，不仅能杜绝病变再出血，还能阻止畸形血管盗血现象，从而改善脑血流。对于AVM形成血肿的病人，有条件者应在术前完成脑血管造影，以明确畸形血管情况。病人已发生脑疝，无条件行血管造影，可紧急开颅手术，先清除血肿降低颅压，抢救生命，待二期手术再切除畸形血管。未行血管造影贸然切除畸形血管是危险的。

治疗

- 对于脑深部重要功能区如脑干、间脑等部位的AVM，不适宜手术切除。手术切除后残存的AVM，直径小于3cm，可考虑行伽马刀或X-刀治疗，使畸形血管内皮缓慢增生，血管壁增厚，形成血栓而闭塞。
- 介入神经放射治疗　术前　　1-2周应用IBCA胶、球囊栓塞巨大动静脉畸形令其体积缩小，为手术切除提供条件。
- 各种治疗后都应复查脑血管造影，了解畸形血管是否消失。

二、脊髓血管畸形

- 本病少见，男多于女，80%病人发病年龄在 20-40岁之间，主要为AVM，其次为脊髓内海绵状血管瘤。
- 临床表现　1脊髓受压：因动脉血不经毛细血管网直接进入静脉引起静脉压增高，远侧静脉血流淤滞，血管扩张迂曲，压迫脊髓或神经根。2 出血：病变血管破裂引起脊髓蛛网膜下腔出血或脊髓内血肿。

脊髓血管畸形

- 诊断　脊髓碘油造影可见迂曲扩张的蚓状充盈缺损或造影剂在椎管内梗阻。AVM在MRI为流空的血管影，有时为异常条索状等T2信号。合并出血时，病变中混有不规则点片状短T1高强度信号。
- 治疗　手术切除为主。

第四节　脑底异常血管网症

- 脑底异常血管网症又称烟雾病(moyamoya disease),因颈内动脉颅内起始段狭窄或闭塞，脑底出现异常的小血管团，在脑血管造影上形似烟雾而得名。
- 病因　本病可继发于钩螺旋体脑动脉炎、脑动脉硬化、脑动脉炎及放射治疗后。但绝大部分原发脑底异常血管网病因尚不清楚。可能由脑动脉先天发育不良，或由变态反应性炎症所致。

脑底异常血管网症

- 病理 脑底动脉环主干动脉管腔狭窄或闭塞，有血栓形成，其管壁内弹力层短裂、曲折、增厚，中层平滑肌明显变薄。外膜无明显改变。脑底动脉及深穿支代偿性增生，交织成网，形成丰富的侧枝循环呈异常网状血管。同时颅内、外动脉广泛的异常沟通。增生的异常血管网管壁菲薄，管腔扩张，甚至形成粟粒状囊性动脉瘤，可破裂出血。

临床表现

- 儿童和青壮年多见。性别无明显差别，可表现为缺血或出血性脑卒中。
- 脑缺血　儿童和青少年多见。常有短暂性脑缺血发作先兆，可反复发作，逐渐肢体偏瘫。也可左右两侧肢体交替出现偏瘫，或伴失语、智力减退等。有些病人有头痛或癫痫发作。

临床表现

- 脑出血 发病年龄晚于缺血组。由于异常血管网上的粟粒性囊状动脉瘤破裂，引起蛛网膜下腔出血、脑出血以及脑室内出血（脑室铸型）。发病急，病人表现头痛、呕吐、意识障碍或伴偏瘫。

诊断

- 脑血管造影可确诊，其特殊表现为颈内动脉床突上段狭窄或闭塞；在基底节部位纤细的异常血管网，呈烟雾状；广泛的血管吻合，如大脑后动脉与胼周动脉吻合网，颈外动脉与颞动脉吻合。

诊断

- 头部CT可显示脑梗死、脑萎缩或脑(室)内出血或蛛网膜下腔出血。
- 头颅MRI表现为脑梗死、脑软化、脑出血和脑萎缩。MRA提示脑血管异常，也可见烟雾状的脑底异常血管网征象。

治疗

- 由于病因不清，尚无特殊治疗方法。对脑缺血的病人，可给予扩张血管剂等治疗。病因明确的继发性脑底异常血管网，针对病因治疗。

治疗

- 急性脑内出血造成脑压迫者，应紧急手术清除血肿。单纯脑室内出血铸型，可行侧脑室额角穿刺引流。对血肿吸收后继发脑积水，可行脑室-腹腔分流术。

治疗

- 外科治疗如颞浅动脉-大脑中动脉吻合术、颞肌(或颞浅动脉)贴敷术等对再建血运,改善神经功能损害有帮助。颈上交感神经节切除及颈动脉周围交感神经剥离术，可促使脑血流量增加。

第五节 颈动脉海绵窦瘘

- 颈动脉海绵窦瘘(carotid-cavernous)多因头部外伤引起，常合并颅底骨折；少数继发于硬脑膜动静脉畸形或破裂的海绵窦动脉瘤。

临床表现

外伤性颈动脉海绵窦瘘可在伤后立即发生，也可几周后发生，男性多见。

1. 颅内杂音　为连续如机器轰鸣般的声音，心脏收缩时加重，常影响睡眠。用听诊器可在额部和眶部听到。以指压患侧颈总动脉，杂音减低或消失。

临床表现

2. 突眼　眼球突出，数日内即非常显著，后停止进展。结膜常充血水肿，眼睑充血、肿胀，下睑结膜常因水肿而外翻。有时眶部及额部静脉怒张，并有搏动。如不及时治疗，一侧海绵窦瘘经海绵间静脉窦使对侧海绵窦扩张，引起双侧突眼。

临床表现

3.眼球搏动　因心脏搏动时血液经颈内动脉传至扩张的眼静脉所致.在眼球侧方较其前方更易触及.以指压患侧颈总动脉,眼球搏动减弱或消失。

4. 眼球运动障碍　第III、IV、VI对脑神经麻痹，患侧眼球运动障碍，甚至眼球固定。

临床表现

- 5 三叉神经　第一支常受侵犯，引起额部、眼部疼痛和角膜感觉减退。
- 6 眼底征象　视乳头水肿，视网膜血管扩张，静脉尤甚，有时视网膜出血。病史长者，视神经进行性萎缩，视力下降甚至失明。

诊断

- 应与眶内、鞍旁肿瘤及海绵窦动脉瘤相鉴别。经股动脉插管全脑血管造影，可见颈内动脉与海绵窦产生短路，压迫健侧颈内动脉，可发现漏口。颈内动脉床突上段、大脑中动脉和大脑前动脉不易充盈，而海绵窦、蝶顶窦和眼静脉等则在动脉期显影并扩张。

治疗

- 目的在于保护视力，消除颅内杂音，防止脑梗死和鼻出血。

  1.首选介入放射治疗 经导管将气囊或弹簧圈等栓塞材料放置在瘘口处，封闭瘘口，可消除头颅杂音，使眼球回纳，恢复眼球运动。对复发者可再次治疗。

治疗

- 2.带线肌瓣颈内动脉栓塞术(又称放风筝法)和开颅铜丝导入海绵窦手术，目前临床已较少应用。

第六节　脑卒中的外科治疗

一.缺血性脑卒中的外科治疗

脑的供应动脉狭窄或闭塞可引起缺血性脑卒中，严重者可引起死亡。缺血性脑卒中的发病率高于出血性脑卒中，约占脑卒中总数的60-70%。颈内动脉和椎动脉都可出现闭塞和狭窄，年龄多在40岁以上，男性多于女性。

临床表现

1、短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack，TIA) 颈内动脉表现为，突然肢体运动和感觉障碍、失语，单眼短暂失明等，少有意识障碍。椎动脉缺血表现为，眩晕、耳鸣、听力障碍、复视、步态不稳和吞咽困难等。症状持续时间短，可反复发作，甚至一天数次或数十次。可自行缓解，不留后遗症。脑内无明显梗塞灶。

临床表现

2、可逆性缺血性神经功能障碍(reversible ischemic neurological deficit，RIND) 与TIA基本相同,但神经功能障碍持续时间超过24小时,有的病人可达数天或数十天,最后逐渐完全恢复.脑部可有小的梗死灶，大部分为可逆性病变.

3、完全性卒中 症状较TIA和RIND严重，不断恶化，常有意识障碍。脑部出现明显的梗死灶。神经功能障碍长期不能恢复。

诊断

- 脑血管造影显示不同部位脑动脉狭窄、闭塞或扭曲。颈动脉起始端狭窄、闭塞或扭曲。
- 头颅CT和MRI　急性脑缺血发作24-48小时后，CT可显示缺血病灶。MRA提示动脉系统的闭塞和狭窄。

诊断

- 颈动脉B型超声检查和经颅多普勒超声探测

  可作为诊断颈内动脉起始段和颅内动脉狭窄、闭塞的筛选手段。

- 脑血流量测定 xe133清除法局部脑血流测定，可显示不对称性脑灌注，提示局部脑缺血性病变。

外科治疗

- 颈动脉内膜切除术 适用于颈内动脉颅外段严重狭窄（狭窄程度超过50%），狭窄部位在下颌骨角以下，手术可及者。完全性闭塞24小时以内亦可考虑手术，闭塞超过24-48小时，已发生脑软化者，不宜手术。
- 颅外-颅内动脉吻合术 对预防TIA发作效果较好。可选用颞浅动脉-大脑中动脉吻合，枕动脉-小脑后下动脉吻合，枕动脉-大脑后动脉吻合术等。

二、出血性脑卒中的外科治疗

- 出血性脑卒中多发于50岁以上高血压动脉硬化病人，男多于女，是高血压病致死的主要原因。出血是因粟粒状微动脉瘤破裂所致，多位于基底节壳部，可向内扩展至内囊部。随着出血量的增多形成血肿，破坏脑组织，其周围脑水肿压迫临近组织，甚至发生脑疝。出血沿神经束扩散使其分离，导致神经纤维的生理性传导中断，这种功能障碍在超早期清除血肿后可能得以恢复。

诊断

- 既往有高血压动脉硬化史，突然意识障碍和偏瘫，应及时行头颅CT检查，以便鉴别脑出血或脑梗死。CT对急性脑出血的定位准确，表现为高密度影区，出血可破入脑室。

诊断

- 出血性脑卒中可分为三级：I级，轻型，病人意识尚清或浅昏迷，轻偏瘫；II级，中型，完全昏迷，完全性瘫痪；两侧瞳孔等大或仅轻度不等；III型，重型，深昏迷，完全性瘫痪及去脑强直，双瞳散大，生命体征明显紊乱。

外科治疗

- 手术目的在于清除血肿，解除脑疝，可降低病死率和病残率。对于III级病例，出血破入脑室者及内侧型脑内血肿，手术效果不佳，可先保守治疗；虽有血肿，但病人神志清楚，病情无进行型恶化者，不宜手术；此外年龄过大，有系统型疾病，如心、肺、肝、肾功能不全，亦不宜手术治疗。