



स्ट्रोक प्रोटोकॉल एसओपी (SOP) एवं डॉक्टरों द्वारा (STROKE) के प्रबंधन पर एसओपी (SOP)



अक्टूबर 2024



एएचपीआई वैज्ञानिक समिति द्वारा तैयार किया गया



स्ट्रोक प्रोटोकॉल एसओपी (SOP)

1. वे सभी रोगी जो लक्षण शुरू होने के 6 घंटे के भीतर स्ट्रोक के लक्षणों के साथ उपस्थित होते हैं

अस्पताल में ग्रीन कॉरिडोर

अस्पताल के प्रवेश द्वार पर पहुंचने पर, ड्यूटी पर तैनात सुरक्षाकर्मी एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वे तुरंत परिचारकों से रोगी की स्थिति के बारे में पूछताछ करते हैं। मान लीजिए कि आघात से संबंधित लक्षण बताए गए हैं (एक तरफ अचानक कमजोरी, बोलने में अचानक कठिनाई, चलने में अचानक कठिनाई, अचानक गंभीर सिरदर्द और अचानक दृष्टि हानि) और लक्षण की शुरुआत 6 घंटे के भीतर होती है। उस स्थिति में, वे यह सुनिश्चित करते हैं कि रोगी को तुरंत आपातकालीन कक्ष में ले जाया जाए, किसी भी नियमित औपचारिकताओं को दरकिनार करते हुए जो उपचार में देरी कर सकती हैं। स्ट्रोक के मामलों में यह त्वरित प्रतिक्रिया सर्वोपरि है, जहां जल्दी पता लगाने और हस्तक्षेप से परिणामों में काफी सुधार हो सकता है।

आपातकाल में

एक संदिग्ध आघात रोगी के आपातकालीन कक्ष में पहुंचने पर, ऑन-ड्यूटी डॉक्टर तुरंत रोगी की देखभाल करते हैं। वे आघात से संबंधित लक्षणों की पहचान करने पर ध्यान केंद्रित करते हुए रोगी की स्थिति का अच्छी तरह से आकलन करते हैं। जबकि ड्यूटी डॉक्टर एक संक्षिप्त चिकित्सा इतिहास एकत्र करता है और एक प्रासंगिक परीक्षा करता है (एनआईएचएसएस स्कोरिंग इस स्तर पर आयोजित नहीं की जाती है) ऑन-ड्यूटी नर्सिंग स्टाफ रोगी के महत्वपूर्ण संकेतों की जांच करता है, जिसमें शामिल हैं नाड़ी, रक्तचाप (BP) और यादृच्छिक रक्त शर्करा (RBS)।

स्थिति का सामना करना पड़ा और आपातकालीन प्रबंधन प्रोटोकॉल।

यदि संदिग्ध आघात रोगी होश में है, बीपी 210 mmHg से कम है, रक्त शर्करा 70 mg% से ऊपर है, और सामान्य रूप से सांस ले रहा है, तो हम देरी से बचने के लिए इस स्तर पर कोई उपचार नहीं देते हैं। हम तुरंत रोगी को सी. टी. कमरे में ले जाते हैं, जो आपातकालीन कमरे के पास भूतल पर मौजूद होता है, और स्ट्रोक (इस्केमिक/हेमोरेजिक) की प्रकृति की पहचान करने के लिए इसे कराते हैं। इस बीच, आपातकालीन ड्यूटी डॉक्टर ने ड्यूटी पर न्यूरोसर्जन को सूचित किया

यदि रोगी हाइपोग्लाइसीमिया (आरबीएस <70 mg%) में है तो हम पहले स्ट्रोक की नकल को खारिज करने के लिए अंतःशिरा 25% डेक्सट्रोज 100 mL देकर इसका इलाज करते हैं। यदि सुधार होता है, तो यह एक आघात नहीं है, और कॉल पर चिकित्सक को आगे के मूल्यांकन और उपचार प्रोटोकॉल के लिए सूचित किया जाता है।

यदि रोगी हाइपोटेंशन (सिस्टोलिक बीपी <90 mmHg, औसत धमनी दबाव <65 mmHg) में है, तो स्ट्रोक की संभावना कम हो जाती है, और हम पहले आई.वी. फ्लूइड्स और वैसोप्रेसर देकर रोगी को पुनर्जीवित करते हैं।



यदि रोगी हाइपोटेंशन (सिस्टोलिक बीपी <90 mmHg, औसत धमनी दबाव <65 mmHg) में है, तो स्ट्रोक की संभावना कम हो जाती है, और हम पहले आई.वी. फ्लूइड्स और वैसोप्रेसर देकर रोगी को पुनर्जीवित करते हैं।

कारण का पता लगाने के लिए चिकित्सक उसे आगे चिकित्सकीय रूप से मूल्यांकन करेगा।

यदि बीपी 210 mmHg से अधिक है, तो हम धीरे-धीरे 5 मिनट में लैबेटालोल का एक बोलस 4 एमएल इंजेक्शन देते हैं, रोगी को सीटी कमरे में स्थानांतरित करते हैं, और ड्यूटी पर न्यूरोलॉजिस्ट / न्यूरोसर्जन / स्ट्रोकलॉजिस्ट को सूचित करते हैं।

सामान्य नाड़ी, बीपी, और आरबीएस वाले रोगी में, जो स्ट्रोक के लक्षणों के साथ उपस्थित होते हैं, स्ट्रोक की संभावना संदिग्ध हो जाती है; यदि उनके पास अभी भी प्रभावित छोर में एक सकारात्मक बाबिंस्की सिग्न (Babinski sign) है, तो हम उन्हें स्ट्रोक के रूप में मानते हैं, हम एक स्ट्रोक की नकल करते हैं और स्ट्रोक को खारिज करने के लिए, हम उन्हें स्ट्रोक प्रोटोकॉल एमआरआई मस्तिष्क (टी2 T2 प्लेयरFLAIR, डीडब्ल्यूआई DW1, जीआरई GRE अनुक्रम) के लिए ड्यूटी स्टाफ के साथ एस्कॉर्ट करते हैं, और एमआरआई केंद्र को पूर्व जानकारी देते हैं ताकि उपचार में किसी भी देरी से बचा जा सके यदि वे स्ट्रोक निकले।

लक्षण शुरू होने के 6 घंटे के भीतर स्ट्रोक उपचार

6 घंटे के भीतर आघात का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि आघात रक्तस्रावी है या रक्तस्रावी। सीटी स्कैन पूरा होने तक, ड्यूटी पर न्यूरोसर्जन रोगी और परिचारकों के साथ आगे के उपचार प्रोटोकॉल को सूचित करने और चर्चा करने के लिए मौजूद रहता है। परिचारकों के साथ स्ट्रोक विशेषज्ञ की सूचित चर्चा के इस समय के दौरान, एक ऑन-ड्यूटी डॉक्टर एक आधारभूत तंत्रिका संबंधी स्थिति के लिए रोगी का एनआईएचएस (NIHS) स्कोरिंग करता है।

1a-Level of consciousness	0=Alert;keenly responsive
	1=Not alert;but arousable by minor stimulation
	2=Not alert ;requires repeated stimulation
	3=Unresponsive or respeonds only with reflex
1b-Level of conciousness questions:	0=Answer two questions correctly
what is your age?	1=Answer one question correctly
What is the month?	2=Answer neither questions correctly
1c- Level of consiouness commands:	0=Performs both tasks correctly
Open and close your eyes	1=Performs one task correctly
Grip and release your hand	0=Performs neither tasks correctly
2- best gaze	0= Normal
	1= partial gaze palsy
	2= Forced deviation
3- visual	0=no visual lost
	1= partial hemianopia
	2=complete heminaopia
	3=Bilateral hemianaopia
4- Facial palsy	0= Normal symmetric movements
	1= minor paralysis
	2=partial paralysis
	3=complete paralysis of one or both sides
5-Motor arm	0= No drift
left arm	1= Drift
Right arm	2= some effort against gravity
	3= no effort against gravity
	4= no movement
6-Motor leg	0= No drift
left leg	1= Drift
Right leg	2= some effort against gravity
	3= no effort against gravity
	4= no movement
7-Limb ataxia	0= Absent
left leg	1= present in one limb
Right leg	2= present in two limbs
8- Sensory	0=Normal; no sensory loss
	1=mild to moderate sensory loss
	2= severe to total sensory loss
9- Best Language	0=no aphasia; normal
	1=mild to moderate aphasia
	2= severe aphasia
	3=Mute; global aphasia
10-Dysthria	0=Normal
	1=Mild to moderate dysthria
	2=Severe dysthria
11- Extinction and inattention	0= No abnormalityy
	1= Visual , tactile, auditory, spial or personal inattention
	2+ profound hemi- inattention or extinction.
Score = 0-42	



1. यदि रोगी को इस्केमिक स्ट्रोक है-

हमने परिचरों को संभावित उपचार विकल्पों के बारे में सूचित किया और थ्रोम्बोलिसिस की सलाह दी।

सूचित सहमति के साथ, हमने आपातकालीन कक्ष में तुरंत थ्रोम्बोलिसिस शुरू कर दिया, बशर्ते कि किसी भी देरी से बचने के लिए कोई मतभेद न रहे।

2. मान लीजिए कि यह सीटी सार (CT HEAD) पर एक पैरेन्काइमल ब्लीड है-

उस स्थिति में, उपचार प्रोटोकॉल का उद्देश्य बीपी को 140 मिमी एचजी से कम करना और रोगी की स्थिति के अनुसार अन्य सहायक प्रबंधन करना है, जिसमें नियमित इंसुलिन इंजेक्शन के साथ एबीसी प्रबंधन, निर्जलीकरण, एंटीमेटिक्स, एनाल्जेसिक, लिपिड-कम करने वाले एजेंट और हाइपरग्लाइसेमिक रोगी में रक्त शर्करा नियंत्रण शामिल हैं।

3. मान लीजिए कि यह उच्च रक्तचाप वाले रक्तस्राव/संदिग्ध सेरेब्रल वेनस थ्रोम्बोसिस के लिए एक एसएएच/एटिपिकल स्थान है।

मस्तिष्क की सी. टी. एंजियोग्राफी धमनीविस्फार या संवहनी विकृति को देखने के लिए की जाती है, और सी. टी./एम. आर. वेनोग्राफी, वेनस थ्रोम्बोसिस देखने के लिए की जाती है।

थ्रोम्बोलिसिस प्रोटोकॉल

संकेत

पूर्ववर्ती परिसंचरण के लिए 4 और 1/2 घंटे के भीतर इस्केमिक स्ट्रोक और पोस्टीरियर परिसंचरण के लिए 6 घंटे।

आयु > 18 वर्ष

विरोधाभास

रक्तस्रावी आघात

प्राकृतिक छिद्रों से कोई भी सक्रिय रक्तस्राव (पिछले 21 दिनों के भीतर मौजूद या हुआ)

ज्ञात रक्तस्राव प्रवृत्ति

INR > 1.7/PT 15 सेकंड/रक्त पतले के साथ एंटीकोआगुलेंट पर

तीन महीने के भीतर हाल ही में महत्वपूर्ण आघात/सर्जरी

पिछले सात दिनों के भीतर एक नॉन कम्प्रेसिब्ले साइट पर धमनी पंचर

तीन महीने के भीतर हालिया स्ट्रोक/एमआई

इंट्रक्रैनियल नियोप्लाज्म/संवहनी घाव

जाँच-पड़ताल

एक इस्केमिक स्ट्रोक रोगी में जिसमें कोई अन्य सह-रुग्णता नहीं होती है और कोई पिछला उपचार नहीं होता है, हम केवल आरबीएस की जांच करते हैं और थ्रोम्बोलिसिस शुरू करते हैं; हालाँकि, उन लोगों में



जो एंटीप्लेटलेट और एंटीकोआगुलंट्स पर हैं, हम पहले थ्रोम्बोलिसिस से पहले पूर्ण रक्त गणना, पीटी(PT), aपीपीटी(aPTT) और आईएनआर(INR) की जांच करते हैं।

इलाज

हम थ्रोम्बोलिसिस के लिए इंजेक्शन आल्टेप्लेज़ का उपयोग करते हैं।

कुल खुराक = वजन 0.9 mg (Max. 90 mg).

10% को 1 मिनट से अधिक के बोलस के रूप में दिया जाता है और 1 घंटे से अधिक के "इंफ्यूजन" द्वारा आराम किया जाता है।

वैकल्पिक रूप से, हम इंजेक्शन टेनेक्टेप्लेस का भी उपयोग कर सकते हैं, जिसे 20 मिलीग्राम की अधिकतम खुराक के साथ 0.25 मिलीग्राम प्रति किलोग्राम की एकल 5-सेकंड अंतःशिरा बोलस वजन-आधारित खुराक के रूप में प्रशासित किया जाता है।

पोस्ट थ्रोम्बोलिसिस निगरानी:

पोस्ट-थ्रोम्बोलिसिस निगरानी में शामिल हैं:

- न्यूरोलॉजिकल गिरावट: पहले घंटे के लिए हर 15 मिनट की निगरानी करें, अगले 6 घंटे के लिए हर 30 मिनट और आठवें घंटे से हर घंटे जलसेक के 24 घंटे बाद तक।
- रक्तचाप: पहले घंटे के लिए हर 15 मिनट में हर 30 की निगरानी करें अगले 6 घंटों के लिए मिनट, और आठवें घंटे से 24 तक हर घंटे जलसेक के बाद घंटे।
- रक्तस्राव: प्रमुख और मामूली रक्तस्राव की जाँच करें।
- सीटी स्कैन या एमआरआई: 24 घंटे पहले फॉलो-अप सीटी स्कैन या एमआरआई प्राप्त करें
- एंटीकोआगुलंट्स या एंटीप्लेटलेट एजेंट शुरू करना।
- अतिसंवेदनशीलता: अतिसंवेदनशीलता के संकेतों के लिए निगरानी जारी रखें
- पहले 24 घंटों में धमनी पंचर या कैथेटर डालने से बचें।
- पहले 24 घंटों में एंटीकोग्लूएशन, एंटीप्लेटलेट थेरेपी से बचें

वर्तमान मार्गदर्शिकाएँ थ्रोम्बोलिटिक थेरेपी के बाद मरीजों की देखभाल के लिए 24 घंटे तक इंटेंसिव केयर यूनिट (आईसीयू) में निगरानी करने की सिफारिश करती हैं, हालांकि कुछ अध्ययनों ने आईसीयू मॉनिटरिंग को सवालित किया है।

संदिग्ध बड़े वाहिका अवरोध आघात में

हम रोगी को समझाते हैं, IV थ्रोम्बोलिसिस शुरू करते हैं, और चिकित्सा दल के साथ चल रहे थ्रोम्बोलिसिस वाले रोगी को एंडोवास्कुलर हस्तक्षेप के लिए सुसज्जित केंद्र में स्थानांतरित करते हैं।

2. वे सभी रोगी जो 6 घंटे के बाद स्ट्रोक के लक्षणों के साथ उपस्थित होते हैं/यदि लक्षण की शुरुआत/वेक-अप स्ट्रोक का समय अनिश्चित है

हम पहले इन रोगियों को एबीसी प्रबंधन के साथ स्थिर करते हैं और बीपी और आरबीएस की जांच करते हैं।

210 mmHG से ऊपर के बीपी को इंजेक्शन लैबेटालोल से नियंत्रित किया जाता है, और 200 से ऊपर के आरबीएस को इंजेक्शन नियमित इंसुलिन से नियंत्रित किया जाता है यदि रोगी का जीसीएस 15 है, तो हम उन्हें परफ्यूजन अध्ययन के साथ एमआरआई ब्रेन स्ट्रोक प्रोटोकॉल के लिए भेजते हैं; अन्य सभी में

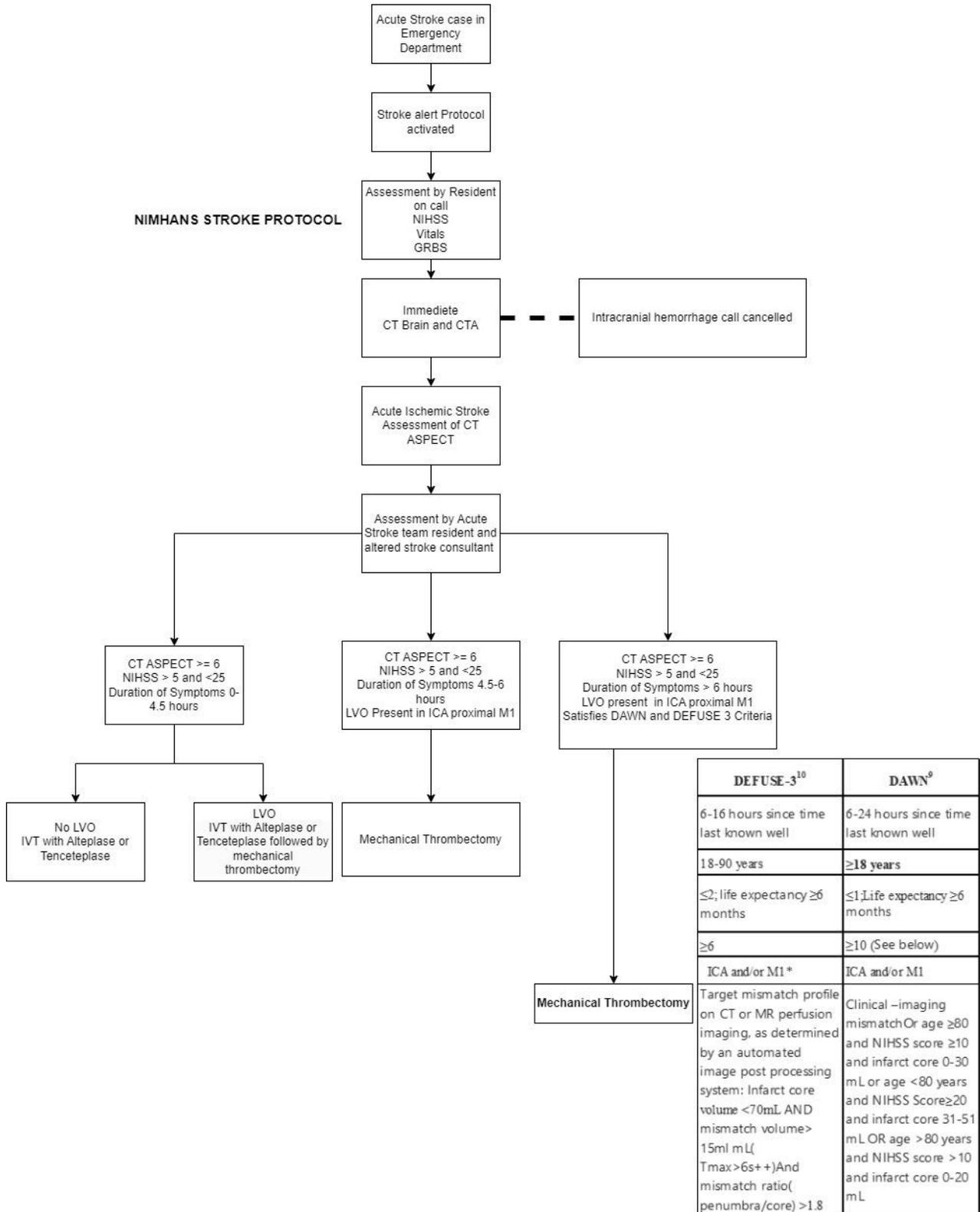


हम उन्हें NCCT Head के लिए भेजते हैं। एम. आर. आई. नैदानिक पुष्टि के बारे में बेहतर जानकारी देता है, विशेष रूप से इस्केमिक स्ट्रोक के लिए, और इसके विकास पर भविष्य की भविष्यवाणियाँ। अन्य सभी रोगी. में, हम पहले रक्तस्रावी आघात को खारिज करते हैं, और केवल नैदानिक अनिश्चितताओं के मामले में, हम एम. आर. आई. मस्तिष्क के लिए जाते हैं। 6 घंटे के बाद पेश होने वाले स्ट्रोक में, और परफ्यूजन अध्ययन पर संरक्षित पेनम्ब्रा वाले लोगों में, हम रोगी को एंडोवास्कुलर विकल्पों के बारे में सूचित करते हैं और यदि चाहें तो उन्हें स्थानांतरित करते हैं। देर से होने वाले इस्केमिक स्ट्रोक में (6 घंटे के बाद) जो या तो थ्रोम्बोलिसिस से इनकार करते हैं या थ्रोम्बोलिसिस के लिए उपयुक्त उम्मीदवार नहीं हैं, बीपी के लिए 210 मिमी एचजी तक कोई एंटीहाइपरटेंसिव नहीं दिया जाता है और रक्त शर्करा को 200 मिलीग्राम% से कम रखा जाता है। (managed with sliding scale or insulin infusion depending on the clinical scenario). रक्तस्रावी आघात में रक्तचाप को आदर्श रूप से 140 मिमी एचजी से नीचे रखने के लिए बोलस इंज लैबेटल और इसके इनफूशियन और आवश्यकतानुसार निकार्डिया और अर्कामाइन के साथ नियंत्रित किया जाता है। हालांकि, पहले 6 घंटों में 40 मिमी एचजी की कमी से 220 मिमी एचजी सिस्टोलिक बीपी वाले लोगों में बचा जाता है।

फॉलो-अप इमेजिंग प्रोटोकॉल

ब्लीड्स और बड़े इंफार्क्ट्स वाले मामलों में उनके विकास को निर्धारित करने और संभावित सर्जिकल रोगियों की नैदानिक गिरावट से पहले उनकी पहचान करने के लिए 24 घंटे के बाद एक रिपीट सीटी हेड किया जाता है। नैदानिक परिदृश्य के अनुसार, यह नैदानिक बिगड़ने वाले रोगियों में पहले भी किया जाता है।

NIMHANS STROKE PROTOCOL



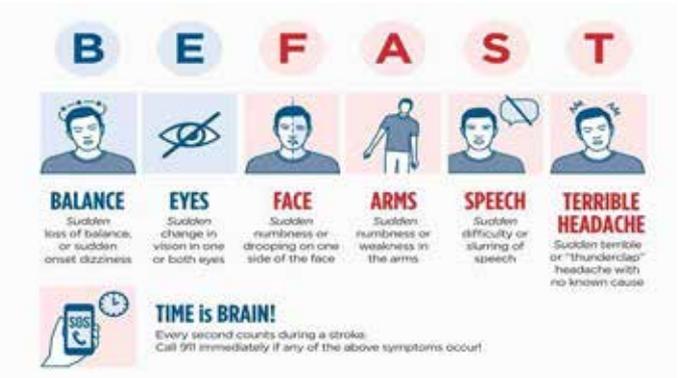


डॉक्टरों द्वारा स्ट्रोक (STROKE) के प्रबंधन पर एसओपी (SOP)

आपात स्थिति में तीव्र स्ट्रोक के मामले निम्नलिखित संकेतों और लक्षणों के साथ सामने आएं:

बी.ई.एफ.एस.टी (B.E.F.A.S.T) याद रखें

- शरीर संतुलन-Balance
- आँखें- Eyes
- चेहरा लटकना- Face drooping
- बांह की कमजोरी- Arm weakness
- बोलने में कठिनाई- Speech difficulty
- चिकित्सा देखभाल प्रदाता को कॉल करने का समय- Time to call medical care



अन्य संबंधित लक्षण

- अचानक भ्रम या समझने में परेशानी
- एक या दोनों आंखों में देखने में अचानक परेशानी
- अचानक चक्कर आना, संतुलन या समन्वय का नुकसान
- अचानक तेज सिरदर्द



स्ट्रोक अलर्ट प्रोटोकॉल को सक्रिय करने के लिए रेजिडेंट डॉक्टर/आपातकालीन चिकित्सा अधिकारी

निवासी चिकित्सक द्वारा मूल्यांकन

1. NIHSS - स्ट्रोक के बाद न्यूरोलॉजिकल कमी का आकलन और मात्रा निर्धारित करने के लिए नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ स्ट्रोक। (NIHSS प्रशिक्षण मुफ्त में ऑनलाइन उपलब्ध है)



[NIH Stroke Scale | National Institute of Neurological Disorders and Stroke](#)



सामान्य सीमा: 0 = कोई स्ट्रोक नहीं।

1-4 = मामूली स्ट्रोक।

5-15 = मध्यम स्ट्रोक।

15-20 = मध्यम/गंभीर।

एनआईएचएसएस स्कोर एक रोगी के लकवे के बाद उसके स्वास्थ्य की संभावना को मजबूती से पूर्वानुमानित करता है। एक स्कोर >20 मौत या गंभीर अक्षमता की उच्च संभावना की भविष्यवाणी करता है, जबकि एक स्कोर <6 जल्दी और अक्सर पूरी तरह से स्वास्थ्य वापसी की भविष्यवाणी करता है। ...

2. महत्वपूर्ण संकेतों की जाँच करें
3. जीआरबीएस (GRBS)- जनरल रैंडम ब्लड शुगर

जांच:

तत्काल सीटी ब्रेन (CT BRAIN)और सीटीए - कंप्यूटेड टोमोग्राफी एंजियोग्राफी (CTA)
(इंटरक्रैनील हैमरेज कॉल रद्द)

एक्यूट स्ट्रोक टीम डॉक्टर और स्ट्रोक सलाहकार द्वारा मूल्यांकन

तीव्र इस्केमिक स्ट्रोक के मामले में - सीटी ASPECTS का आकलन (ASPECTS- अल्बर्टा स्ट्रोक प्रोग्राम अर्ली सीटी स्कोर) एक मात्रात्मक स्कोर है जो पूर्वकाल परिसंचरण हाइपरक्यूट इस्केमिक स्ट्रोक में प्रारंभिक इस्केमिक परिवर्तनों की सीमा को मापता है)



[ASPECTS \(Alberta Stroke Program Early CT Score\) Measurement Using Hounsfield Unit Values When Selecting Patients for Stroke Thrombectomy \(ahajournals.org\)](http://ahajournals.org)

एक अच्छा ASPECTS स्कोर क्या है?

एक आदर्श ASPECTS स्कोर 10 है जब कोई भी महत्वपूर्ण संरचनाएं तीव्र इस्केमिक परिवर्तनों द्वारा शामिल नहीं हैं। लेकिन स्कोर ≤8 वाले रोगियों के पास उच्च परिणाम के लिए एक मौका है।

थ्रोम्बेक्टोमी के लिए पहलू स्कोर क्या है?

अमेरिकन हार्ट एसोसिएशन / अमेरिकन स्ट्रोक एसोसिएशन के दिशानिर्देशों के अनुसार, 6 ≥ पहलू वाले रोगियों को थ्रोम्बेक्टोमी उपचार के लिए प्राथमिकता दी जानी चाहिए। इसलिए,

अधिकांश यादृच्छिक परीक्षण आमतौर पर एक बहिष्करण मानदंड के रूप में ASPECTS \leq 5 का उपयोग करते हैं।



तीव्र स्ट्रोक का प्रबंधन स्थिति 1

CT ASPECT \geq 6

NIHSS $>$ 5 and $<$ 25

लक्षणों की अवधि 0-4.5 घंटे

यदि कोई एलवीओ का पता नहीं चला (बड़ी रक्त वाहिका रुकावट जैसे आंतरिक कैरोटिड धमनी की रुकावट और मध्य मस्तिष्क धमनी के समीपस्थ खंडों (एम 1, एम 2) का):

उपचार: आईवीटी (अंतःशिरा थ्रोम्बोलिसिस) अल्टेप्लेस या टेन्सेटेप्लेस के साथ

अगर एलवीओ (LVO) का पता चला

उपचार: अल्टेप्लेस या टेन्सेटेप्लेस (ALTEPLASE or TENECTEPLASE) के साथ आईवीटी (IVT) के बाद मैकेनिकल थ्रोम्बेक्टोमी

स्थिति 2

CT ASPECT \geq 6

NIHSS $>$ 5 and \leq 25

लक्षणों की अवधि 4.5- 6 घंटे

आईसीए (ICA) समीपस्थ एम 1 (ICA proximal M1) में मौजूद एलवीओ (LVO)

उपचार: मैकेनिकल थ्रोम्बेक्टोमी

स्थिति 3

CT ASPECT \geq 6

NIHSS $>$ 5 और \leq 25

लक्षणों की अवधि \geq 6 घंटे

आईसीए समीपस्थ एम 1 में मौजूद एलवीओ

DAWN और DEFUSE 3 मानदंडों को पूरा करता है

उपचार: मैकेनिकल थ्रोम्बेक्टोमी



DEFUSE-3 ¹⁰	DAWN ⁹
"6-16 घंटे हुए हैं जब समय को आखिरी बार स्वस्थ जाना गया था।"	"6-24 घंटे हुए हैं जब समय को आखिरी बार स्वस्थ जाना गया था।"
18-90 वर्ष	≥18 years
≤2; जीवन प्रत्याशा ≥6 महीने	≤1; जीवन प्रत्याशा ≥6 महीने
≥6	≥10 (नीचे देखिए)
आईसीए और/या एम1* ICA and/or M1*	आईसीए और/या एम1 ICA and/or M1
सीटी या एमआर परफ्यूज़निंग पर लक्ष्य बेमेल प्रोफ़ाइल, जैसा कि एक स्वचालित छवि पोस्टप्रोसेसिंग सिस्टम द्वारा निर्धारित किया गया है: रोधगलितांश कोर वॉल्यूम <70mL और बेमेल मात्रा > 15ml mL (Tmax>6s ++) और बेमेल अनुपात (पेनम्ब्रा / कोर) >1.8	नैदानिक इमेजिंग और बेमेल आयु <80 वर्ष और NIHSS स्कोर ≥10 और इंफार्क्ट कोर 0-30 एमएल या उम्र <80 वर्ष और NIHSS स्कोर ≥20 और रोधगलितांश कोर 31-51 एमएल या आयु ≥80 वर्ष और NIHSS स्कोर ≥10 और रोधगलितांश कोर 0-20 एमएल

मिनी स्ट्रोक (MINI STROKE) या 'क्षणिक इस्केमिक हमला (टीआईए-TIA)

- मिनी स्ट्रोक या 'क्षणिक इस्केमिक हमला (टीआईए-TIA)' मस्तिष्क रक्त वाहिकाओं का अस्थायी रुकावट है।
- लक्षण छोटी अवधि के लिए मौजूद हैं।
- यदि कोई उपचार नहीं दिया जाता है, तो रोगी स्थायी स्ट्रोक विकसित कर सकता है।
- मिनी स्ट्रोक एक आपातकालीन है और उचित उपचार स्ट्रोक को होने से रोक सकता है

संकेत और लक्षण, जांच और उपचार दिशानिर्देश स्ट्रोक के समान हैं

मुख्य तथ्य

- प्रारंभिक पहचान एक बड़ा अंतर बनाती है- **बी.ई.एफ.ए.एस.टी (B.E.F.A.S.T)** चेक
- विशिष्ट स्ट्रोक यूनिट देखभाल से अच्छे परिणाम की संभावना 14% तक बढ़ जाती है
- थ्रोम्बोलाइटिक थेरेपी अच्छे परिणाम की संभावना को 30% तक बढ़ा देती है
- थक्का पुनर्प्राप्ति (Clot retrieval) उपचार 50% तक अच्छे परिणाम की संभावना को बढ़ाता है
- उपचार प्रक्रिया में पुनर्वास (Rehabilitation) एक महत्वपूर्ण कदम है
- चार बचे लोगों में से एक को एक और स्ट्रोक होगा, इसलिए दवाओं द्वारा निवारक चिकित्सा और जोखिम कारकों को नियंत्रित करना बहुत महत्वपूर्ण है।

