

[文章编号] 1000-2200(2005)05-0396-03

·临床医学·

大面积脑梗死的临床特点和处理对策

刘晓林, 路屹

[摘要] 目的: 总结急性大面积脑梗死的临床特点及处理对策。方法: 回顾性分析 52 例急性大面积脑梗死的临床诊疗资料。结果: 52 例中病死 5 例, 病情恶化自动出院 4 例; 存活 43 例, 存活率 82.7%, 遗留偏侧瘫痪, 大多生活不能自理。结论: 大面积脑梗死意识障碍、偏瘫及侧视麻痹发生率高, 易继发出血性梗死, 并发症多, 预后差; 早期脱水降颅压, 防治脑疝是抢救的关键。

[关键词] 脑梗死; 断层摄影术, X 线计算机

[中国图书资料分类法分类号] R 743.33 [文献标识码] A

Clinical features and management of acute cerebral infarction in large area

LIU Xiao-Lin, LU Yi

(Department of Neurology, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] **Objective:** To summarize the clinical features and treatment of large area acute cerebral infarction. **Methods:** The clinical data of 52 cases of large area acute cerebral infarction were reviewed and analyzed respectively. **Results:** Among all cases, 5 cases died, 4 were discharged automatically for aggravation of their state and 43 survived. The survival rate was 82.7%. Hemiparesis occurred in most cases, most of whom were unable to take care of themselves. **Conclusions:** The disease has a high incidence rate of conscious disturbance, hemiparesis and side-glance paralysis. It tends to be succeeded by hemorrhagic infarct, complications and poor prognosis. Lowering the intracranial pressure and prevention and cure of cerebral hernia are the key to the rescue of large area acute cerebral infarction.

[Key words] cerebral infarction; tomography, X-ray computed

大面积脑梗死显著有别于其他缺血性脑血管病, 以其病情凶险、进展迅速、病死致残率高, 而成为临床重点之一。2000 年 1 月~2005 年 1 月, 我科收治 52 例, 现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 52 例中男 22 例, 女 30 例; 年龄 13~83 岁。既往有高血压 4 例, 糖尿病 10 例, 风湿性心脏病 9 例, 冠状动脉粥样硬化性心脏病 9 例, 心脏病合并心房纤维颤动 14 例。初次诊断高血压 4 例, 冠心病 4 例, 糖尿病 2 例, 风湿性心脏病 1 例。

1.2 临床表现 活动中发病 39 例, 情况不明和夜间发病 13 例, 均为急性起病。首发表现: 偏侧肢体无力、麻木 39 例; 言语不清或不能言语 22 例; 呼之不应、尿失禁 8 例; 头痛、呕吐 6 例; 胡言乱语 3 例。偏瘫 43 例, 肌力最低 0~2 级 31 例, 3~4 级 8 例, 4 级以上 4 例。意识障碍 17 例: 嗜睡 8 例, 昏迷 6 例, 意识模糊 3 例。各种失语症 9 例。凝视麻痹 17 例。双侧瞳孔不等大 5 例。同向偏盲 3 例。病理征阳性 42 例: 单侧 32 例, 双侧 10 例。并发症: 肺

部感染 26 例, 尿路感染 3 例, 上消化道出血 4 例, 一侧下肢深静脉血栓 2 例, 继发癫痫发作 2 例。

1.3 影像学检查 52 例全部行头颅 CT 检查, 颅脑 MRI 检查 9 例, 均诊断大面积脑梗死。累及部位: 颞叶 42 例, 顶叶 30 例, 枕叶 17 例, 额叶 11 例。同时累及二个脑叶 32 例, 三个脑叶 8 例, 四个脑叶 2 例; 累及单个脑叶 10 例。头颅 CT 24 h 内检查未见责任病灶 10 例, 经头颅 CT 复查诊断大面积脑梗死 8 例, 经 MRI 检查确诊 2 例。头颅 CT 在 6~12 h 检查即可见异常 4 例。梗死伴出血 8 例, 出血灶呈斑片状 6 例, 团块状 2 例。脑 MRI 检查 2 例, 显示双侧大脑中动脉狭窄、闭塞, 并见侧支循环形成。

1.4 心电图检查 各种心律失常 25 例, 其中心房纤维颤动(房颤) 18 例, 快速房颤(心室率 > 100 次/分) 7 例, 阵发性房颤 6 例; 房、室性期前收缩 7 例, 窦性心动过缓 2 例, 窦性心动过速 2 例。

1.5 治疗 全部给予高渗性药物甘露醇、甘油果糖, 部分合并使用利尿剂脱水、降颅压, 其他采用自由基清除剂、脑细胞营养剂、抗血小板、少部分抗凝药物、中药制剂等治疗; 以及病情观察、防治各种并发症、对症支持等内科综合治疗、护理。

1.6 结果 本组住院 2~51 天。52 例中病死 5 例,

[收稿日期] 2005-03-18

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 神经内科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 刘晓林(1963—), 男, 山东文登人, 副主任医师。

4 例系颅高压脑疝形成, 1 例继发癫痫持续状态并发脑疝死亡; 病情恶化自动出院 4 例。存活 43 例, 存活率 82.7%, 大多病情好转后因经济等原因出院, 遗留偏侧瘫痪, 大多生活不能自理。

2 讨论

2.1 诊断 大面积脑梗死的具体诊断标准目前尚未完全统一。国外学者将梗死灶直径超过 4 cm, 或累及二个脑叶以上称为大面积脑梗死; 或认为只要梗死灶面积 $\geq 20 \text{ cm}^2$ 或超过同侧半球的 2/3 即为大面积梗死。也有以大脑半球中 3/5 (大脑中动脉供血区) 或前 4/5 (大脑前、中动脉供血区) 的梗死为标准^[1]。本组采取梗死灶总面积 $\geq 20 \text{ cm}^2$ 或同时累及二个以上脑叶的诊断标准^[2,3], 我们以梗死总面积为指标, 较以梗死灶直径为指标更符合实际, 且结合 CT 或 MRI 检查该标准较为简便, 易于临床判断。

2.2 临床特点 (1) 心源性脑栓塞是大面积脑梗死的常见病因之一^[4]。本组诊断各种心脏病 24 例, 活动状态下迅速发病、合并房颤、频发期前收缩 22 例 (42.3%), 老年人以冠心病伴房颤多见 (12 例), 中青年人以风湿性心脏病、二尖瓣病变伴房颤为主 (10 例), 与其他报道一致^[3,5]。(2) 意识障碍发生率高。突发的主动脉干闭塞, 使侧支循环难以及时有效地建立, 导致脑组织广泛坏死或软化, 影响间脑和上脑干功能, 使其意识障碍多见并早期发生。本组入院意识障碍 18 例 (34.6%), 距发病 1~24 h 出现者 13 例, 随病情进展多呈加重趋势。(3) 侧视麻痹发生几率高。本组 17 例 (32.7%) 患者眼球同向凝视, 是由于额眼运动中枢及其发出的纤维受累所致。有学者主张, 入院时即有侧视麻痹的患者, 即使 CT 未见异常, 也应警惕可能为大面积脑梗死, 最好连续 CT 扫描观察^[1]。(4) 易发生出血性梗死。大面积脑梗死发生后, 脑组织缺血缺氧肿胀、软化、坏死, 并伴发毛细血管周围点状出血及静脉点片状出血, 栓子破裂闭塞再通、原栓塞处血管内皮细胞损伤通透性增加, 梗死后第 2 周侧支循环建立、管壁发育不健全等均可导致梗死后出血。文献报道发生几率 30%~71.4%, 多发生在 3~7 天^[6], 也有学者认为梗死后第 2 周是出血的高发期^[7]。本组继发出血 8 例, 占 15.4%, 低于文献报道, 可能与部分患者自动出院、CT 复查数较少、未采取溶栓、未广泛抗凝治疗有关。(5) 并发症多, 病死率高, 预后差。本组急性期发生各种严重并发症 37 例 (71.2%), 以

肺部感染、上消化道出血为多。存活 43 例, 存活率为 82.7%, 均遗留偏侧瘫痪, 大多生活不能自理, 表明大面积脑梗死预后极差。

2.3 治疗 积极控制脑血管病的各种危险因素, 尤其心脏疾病和快速房颤。本组既往有高血压、糖尿病、心脏病病史 32 例, 房颤 14 例, 嗜烟酒者 18 例, 大多未经正规治疗。此外, 尚有高血压 4 例, 冠心病 4 例, 糖尿病 2 例, 风湿性心脏病 1 例系脑梗死后才首次诊断。有学者认为, 对伴有房颤的老年患者, 长期口服小剂量华法林, 有效控制血压, 可有助于减少大面积脑梗死的发生和复发^[8]。

早期积极控制脑水肿、颅内压, 防止脑疝形成是急性大面积脑梗死抢救成功的最关键。脑水肿导致的脑疝是大面积脑梗死早期死亡的直接原因。本组病死 5 例, 死亡时间在发病后 1~10 天。均死于脑疝; 4 例病情恶化放弃治疗者, 3 例在发病后 2~7 天, 1 例第 14 天突然昏迷加重, 也因为脑疝发生。可根据病情, 早期、联合、适量使用高渗性药物。同时, 对药物不能控制的恶性高颅压, 可行外科手术去骨瓣减压并行颞肌大脑表面贴合术, 若错过了手术时机, 预后不良^[9]。本组有适应证患者, 均因经济条件等原因放弃手术。

Lev 等^[9]认为, 溶栓是治疗脑梗死的有效方法。但多数学者认为, 对大面积脑梗死患者溶栓治疗不适宜^[10,11]。我们主张, 溶栓治疗并非大面积脑梗死急性期降低死亡率的关键, 且大大增加了梗死后出血的威胁, 应高度慎重。除非明确发病 3 h 内、较年轻、梗死面积相对较小的非心源性栓塞患者, 一般不采用为宜。受条件限制, 本组未进行溶栓治疗。

大面积脑梗死时高热及高血糖可加重脑损害, 使缺血半暗带尚存活的神经元进一步坏死, 梗死面积进一步扩大^[12]。本组发热 33 例 (63.5%), 血糖增高 19 例 (36.5%), 其中 8 例为短期应激性增高, 均予抗感染、药物、物理降温和胰岛素控制血糖。Ca²⁺拮抗剂、自由基清除剂、中药制剂也广泛应用, 疗效尚待进一步观察。本组急性期发生各种严重并发症 37 例 (71.2%), 积极防治并发症, 尤其肺部感染、上消化道出血、继发癫痫发作的防治对降低死亡率、改善预后有重大意义。

[参 考 文 献]

- [1] 袁波, 童晓欣, 邹文, 等. 大面积脑梗塞的临床特点和处理方法[J]. 武汉大学学报(医学版), 2004, 25(4): 462~463.
- [2] 丁立东. 大面积脑梗死 61 例临床分析[J]. 临床神经病学杂志, 2004, 17(5): 370.

椎管引流术治疗脑挫裂伤合并蛛网膜下腔出血 15 例分析

崔 虎, 汪华学, 邓晰明, 吴 强

[摘要] 目的: 探讨椎管引流术治疗脑挫裂伤合并蛛网膜下腔出血(SAH)的临床疗效。方法: 对 15 例脑挫裂伤 SAH 患者在常规抢救治疗的基础上, 早期进行腰穿置管, 缓慢多次引流脑脊液。结果: 15 例椎管引流 8~20 例次; 存活 12 例, 生存率 80%, 8 例恢复工作。结论: 常规抢救治疗同时加用椎管引流术有助于提高 SAH 的存活率, 改善其预后。

[关键词] 脑损伤; 蛛网膜下腔出血; 椎管引流术

[中国图书资料分类法分类号] R 651.15; R 743.35 [文献标识码] A

Spinal canal drainage in the treatment of brain injury accompanied by subarachnoid hemorrhage. A report of 15 cases

CUI Hu, WANG Hua-xue, DENG Xi-ming, WU Qiang

(Intensive Care Unit, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] **Objective** To study the effect of spinal canal drainage by draining the cerebrospinal fluid in patients with brain injury combined with subarachnoid hemorrhage. **Methods:** Fifteen patients with brain injury accompanied by subarachnoid hemorrhage were analyzed. **Results:** All the cases were performed vertebral drainage for 8 to 20 times. Twelve patients survived and the survive rate was 80%. Eight patients resumed the original state. **Conclusions:** The therapy of vertebral drainage in addition to vertebral canal operation can increase the survival rate of patients with cerebral contusion subarachnoid hemorrhage and improve the prognosis.

[Key words] brain injuries; subarachnoid hemorrhage; spinal canal drainage

脑挫裂伤合并蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH), 发病突然、迅速, 病死率极高。2003 年 1 月~2004 年 8 月, 我科对 15 例脑挫裂伤合并 SAH 患者在常规脱水、降颅压等脑复苏的基础上, 行椎管引流术, 提高了抢救成功率, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 15 例中男 8 例, 女 7 例; 年龄 41~58 岁。均于外伤后 6 h 内入院, 其中 11 例系车祸伤, 4 例为重物冲撞伤, 均主要伤及颅脑, 未见其它

脏器有明显损伤。入院时头颅 CT 检查示颅内血肿 15~20 ml, 中线移位 ≤ 5 mm, 无梗阻性脑积水征, 无严重的脑肿胀或脑疝形成, 但环池、侧裂池、鞍上池和和脑沟有不同程度的积血; 入院时临床表现为 GCS 评分 4~6 分, 血压增高, 4 例双侧瞳孔不等大, 对光反射迟钝或消失; 12 例 Kernig 征(+), 5 例双侧 Babinski 征(+), 6 例单侧 Babinski 征(+); 2 例有高血压病史。

1.2 治疗方法 入院后即给予清创、脱水降颅压、止血、抗感染、吸氧、预防性应用钙通道拮抗剂等常规对症治疗, 11 例入院后 12 h 内出现呼吸衰竭, 给予气管插管, 机械通气。同时进行椎管引流术, 采用硬脊膜外阻滞 AS-E 麻醉穿刺包, 于 3、4 或 4、5 腰椎间隙穿刺置管, 外固定, 引流管外口无菌保护, 每

[收稿日期] 2005-02-27

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院重症监护治疗病房, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 崔 虎(1963-), 男, 安徽怀远县人, 副主任医师。

- [3] 吴 亦. 大面积脑梗死 52 例临床分析[J]. 河南实用神经疾病杂志, 2004, 7(2): 49~50.
- [4] 尹 伟, 王 伟, 张军莉. 大面积脑梗死 20 例临床特点分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2004, 29(4): 350~351.
- [5] 周利霞, 周利英. 15 例心源性脑栓塞致致死临床分析[J]. 临床医学杂志, 2004, 24(7): 11~12.
- [6] 刘 群, 刘晶莹, 孙肖爽, 等. 大脑中动脉主干闭塞的临床与病理[J]. 中风与神经疾病杂志, 1997, 14(3): 158~160.
- [7] 丁金环, 王静波. 大面积脑梗塞伴发梗塞后出血病例临床分析[J]. 白求恩医科大学学报, 2000, 26(4): 360.
- [8] Evans A, Perez I, Yu G, et al. Secondary stroke prevention in

atrial fibrillation[J]. *Stroke*, 2000, 31(9): 2 106~2 111.

- [9] Lev MH, Segal AZ, Farkas J, et al. Utility of perfusion-weighted CT imaging in acute middle cerebral artery stroke treated with intra-arterial thrombolysis: Prediction of final infarct volume and clinical outcome[J]. *Stroke*, 2001, 32(9): 2 021~2 028.
- [10] 李国忠, 陈士谟, 褚晓凡, 等. 大面积脑梗塞的综合治疗研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 1997, 14(3): 154~155.
- [11] 吉中国, 杨东鸾, 范 璞, 等. 脑梗塞后出血与梗塞面积及预后的关系[J]. 山东医药, 2001, 41(1): 1~2.
- [12] 李保国, 任 琳, 朱晓临. 大面积脑梗死的临床分析[J]. 临床荟萃, 2004, 19(13): 764~765.