

小脑梗死 18 例临床分析

汪再生

[摘要]目的:探讨小脑梗死的临床特征及影像学检查的意义。方法:18 例小脑梗死患者均行头颅 CT、MRI 检查,控制血压、抗血小板聚集、活血化瘀、改善脑循环、清除自由基及保护脑细胞;大面积小脑梗死予脱水降颅压及对症治疗。结果:小脑梗死的主要病因为高血压、动脉硬化。18 例中,治愈 11 例,好转 5 例,余 2 例病情较重,自动出院。结论:小脑梗死临床表现复杂,早期确诊比较困难。头颅影像学检查是诊断小脑梗死的重要方法,且头颅 MRI 优于头颅 CT 的检查。

[关键词] 脑梗死;小脑;眩晕;磁共振成像

[中国图书资料分类法分类号] R 743.33

[文献标识码] A

小脑梗死是一类比较常见的脑血管疾病,起病急,临床表现复杂,多数患者以眩晕、恶心呕吐、共济失调、言语不清为早期症状,极易被误诊为颈椎病、椎-基底动脉供血不足、美尼尔综合征等。为提高基层医院临床内科医生对小脑梗死的认识,现就小脑梗死患者的临床特征及影像学检查作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 8 月至 2010 年 11 月,我院收住入院的小脑梗死患者 18 例,男 7 例,女 11 例;年龄 44~85 岁。既往有高血压病史 13 例,眼底动脉硬化 8 例,冠心病 4 例,糖尿病 2 例,高血压合并糖尿病 1 例。18 例均符合第四届全国脑血管病会议制定的诊断标准^[1]。

1.2 临床表现 急性起病 15 例,亚急性起病 3 例。13 例初发症状为眩晕伴恶心、呕吐,其中 10 例行走不稳。表现言语不清 2 例,眼球水平震颤 6 例,瞳孔缩小 3 例,Wallenberg 综合征 1 例,共济失调 12 例,一侧肢体轻偏瘫 1 例。有意识障碍 3 例,其中表现为突发性抽搐伴意识障碍 1 例。

1.3 生化检查 18 例入院后均行生化检查,白细胞升高 4 例,血糖升高 6 例,血脂升高 4 例,其中血脂、血糖均升高 2 例,肾功能异常 2 例。

1.4 影像学检查 18 例就诊后均行头颅 CT 检查,其中 10 例提示小脑梗死,8 例未见明显异常或不能确诊。24~48 h 后行头颅 MRI 检查确诊为小脑梗死。梗死部位左侧小脑半球 10 例,右侧小脑半球 6 例,双侧小脑半球梗死 2 例。18 例中有 4 例合并

大脑皮质和一侧或两侧基底核区梗死,伴有脑干梗死 2 例。

1.5 治疗与结果 18 例均予控制血压、抗血小板聚集、活血化瘀、改善脑循环、清除自由基及保护脑细胞治疗。对大面积小脑梗死病情危重予以脱水降低颅内压及对症治疗。18 例均在 2~4 周出院。其中治愈 11 例,好转 5 例,2 例病情较重,自动出院。

2 讨论

小脑梗死多见中老年人,发病人数有逐年增高的趋势。文献^[1]报道小脑梗死的发病原因主要为高血压、动脉硬化、糖尿病,约占 70% 以上。本组有高血压、动脉硬化及糖尿病 14 例(77.8%),与文献报道大致相似。

小脑梗死患者的临床表现多以急性发病,其早期症状常以眩晕、恶心、呕吐、头痛、站立不稳及言语不清等,危重者可出现不同程度意识障碍和瞳孔变化。其临床表现差异与病变部位、病灶大小有关。小脑的血供主要来自基底动脉分支,包括小脑上动脉、前下动脉和后下动脉。不同血管梗死将出现不同的临床表现。临床上可根据病情和症状不同常将小脑梗死分为 3 型^[2]:(1) 良性小脑梗死:较为常见(81%~95%)。通常为小脑后下动脉梗死或伴小脑上动脉的正中动脉分支梗死引起。当病灶累及小脑中下部时,可出现眩晕、恶心、呕吐等类似前庭神经损害的症状。如病灶累及小脑上部时,可出现小脑性构音障碍、站立不稳。或小脑性共济失调伴眼球水平震颤。发病后患者意识清楚,预后较为良好。(2) 假肿瘤型小脑梗死:此型小脑梗死可单独由小脑上动脉梗死引起,也可同时由几支小脑动脉梗死引起,心源性栓塞占 75% 以上。梗死区常累及双侧

[收稿日期] 2010-12-15

[作者单位] 安徽省宁国市人民医院 神经内科 242300

[作者简介] 汪再生(1972-),男,主治医师。

小脑半球,或一侧小脑半球及蚓部梗死。由于病灶大,可导致脑室及导水管移位,压迫脑干,貌似肿瘤。发病初期患者意识清楚,多数在数小时或数天内出现继发性意识障碍和神经症状加重。(3)昏迷型小脑梗死:本型患者在发病后短时间内出现昏迷,提示预后不良。主要由于多支小脑动脉梗死,包括小脑上动脉、前下动脉、后下动脉及脑干旁中央动脉梗死。

在临床上,小脑梗死的症状并不都完全出现上述3型的典型症状,如小脑上动脉梗死合并基底动脉末端闭塞常累及脑干、丘脑及枕叶皮质,可出现基底动脉尖综合征,本组出现1例。当小脑后下动脉的正中支血管闭塞可损伤延髓,出现完全或不完全Wallenberg综合征。若小脑前下动脉在基底动脉起始段出现闭塞,还可以出现前庭神经综合征、Hunner征、眼球凝视性麻痹,同侧面神经麻痹及三叉神经感觉支受损的症状。

头颅CT、MRI检查是诊断小脑梗死的重要方法^[3]。但小脑位于头颅后颅凹区,伪影较多。早期小脑梗死灶不易显现,头颅CT检查常常不能明确梗死病灶。本组有8例在入院时经头颅CT检查未能发现病灶,后经头颅MRI检查才确诊。头颅MRI

检查对诊断小脑梗死优于头颅CT检查,有条件医院,对临床上怀疑小脑梗死患者,应首选头颅MRI检查更为合适。

对小脑梗死患者的治疗应严密观察病情发展,尤其是意识变化。急性期应卧床休息,临床主要采取内科保守治疗。常以抗凝、抗血小板聚集、改善脑循环及对症治疗。若病情危重,可加脱水剂降低颅内压药物。对大面积小脑梗死者,由于颅内压过高,脑疝形成或压迫脑干,累及生命中枢、危及生命的患者可采取开颅减压或脑室穿刺引流术,抢救患者^[4]。本组18例均采用内科保守治疗,除2例病情较重自动出院外,其余患者均治愈或好转出院。

[参 考 文 献]

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995) [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [2] 王文敏, 朱榆红. 小脑梗塞 [J]. 国外医学: 神经病学·神经外科学分册, 1993, 20(1): 19-21.
- [3] 蒋辉华, 陈学安, 包仕尧. 小脑梗死的临床诊断 [J]. 临床神经病学杂志, 2002, 15(3): 156.
- [4] 孙昭胜, 邓春芳, 相毅, 等. 六例大面积小脑梗死的手术治疗 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2002, 28(3): 222.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)08-0868-03

· 临床医学 ·

右半结肠癌 13 例误诊分析

桑世银, 汪波, 高峰

[摘要]目的:探讨右半结肠癌误诊原因及治疗对策。方法:对13例右半结肠癌临床误诊患者的临床资料进行回顾性分析。结果:13例患者中误诊为急性阑尾炎6例,慢性阑尾炎3例,急性肠梗阻3例,右卵巢囊肿扭转1例;行急诊手术10例,择期手术3例;一期切除行肠吻合10例,因反复出现右下腹痛考虑慢性阑尾炎而行择期手术3例,均在手术中发为右半结肠肿瘤而行右半结肠切除。结论:右半结肠癌临床表现不典型,易被漏诊或误诊为阑尾炎或肠梗阻;详细询问病史,认真细致体检,结合相应的辅助检查是减少漏、误诊的关键。

[关键词] 结肠肿瘤; 阑尾炎; 肠梗阻; 误诊

[中国图书资料分类法分类号] R 735.35

[文献标识码] A

结肠癌是消化道常见的恶性肿瘤;尤其随着国民生活方式、饮食结构的改变,其发病有逐年上升的趋势,提高临床医生对该病的诊断水平对其治疗具有极其重要的意义。因结肠、肠腔大的结构特点,肿

瘤生长缓慢,故结肠肿瘤早期症状不典型,易于漏、误诊,肿瘤位于回盲部的回盲瓣受压迫,阑尾回流障碍,而导致或并存阑尾炎;内生型肿瘤增大后引起肠梗阻,回盲部肿瘤溃破形成脓肿又易与女性卵巢囊肿扭转相混淆^[1-3]。2004年3月至2010年3月,我院共有13例右半结肠癌临床误诊,现将误诊情况及治疗体会作一报道。

[收稿日期] 2011-02-18

[作者单位] 安徽省霍山县中医院 外科 237200

[作者简介] 桑世银(1969-),男,主治医师。