

212 例脑梗塞患者临床与 CT 分析

彭海峰

(湘潭市第一人民医院神经内科, 湖南省湘潭市 411101)

摘要 本文报道脑梗塞患者 212 例, 平均发病年龄 63.4 岁, 60 岁以后发病占 61.79%。高血压动脉硬化为主要病因, 占 52.83%。梗塞部位以基底节区最多见, 脑叶次之, 小脑、脑干梗塞则少见。结合文献对其病因、发病情况和 CT 进行探讨, 提出脑梗塞将是老年医学的一个重要课题。

关键词 脑梗塞; 病因; CT

近年来随着我国人口的老龄化, 以及电子计算机断层扫描(Computed Tomography, CT)、核磁共振成像(Magnetic Resonance Imaging, MRI)等现代诊断技术的广泛应用, 脑梗塞(cerebral infarct, CI)的发病率和诊断率患者在日益增高。本文对我院 1993 年 1 月至 1966 年 12 月 4 年间诊治的 212 例脑梗塞患者进行临床和 CT 总结, 并结合文献复习报道。

1 临床资料

1.1 诊断标准

(1)根据 1986 年全国第二届脑血管病会议制订的缺血性脑卒中的诊断要点;(2)均行 CT 检查有脑缺血性改变, 并排除颅内出血。

本组 212 例脑梗塞均符合上述诊断标准。

1.2 一般资料

本组 212 例脑梗塞病人, 占我院同期住院的急性脑血管病病人的 48.76%。男性 118 例, 女性 94 例, 男:女为 1.26:1。年龄 20~84 岁, 平均 63.4 岁, 60 岁以后发病 131 例, 占 61.79%。各年龄发病情况见表 1。

1.3 既往合并疾病

本组有高血压病史者 112 例, 占 52.83%, 在多发、腔隙性脑梗塞中高达 81.40%(70/86), 但发病时近半数(59/112, 49.11%)病人血

压在正常值范围或偏低。合并心脏病 78 例, 冠心病 41 例, 高心病 28 例, 风心病 9 例, 出现心律失常 39 例, 持续性房颤 28 例, 占

表 1. 年龄与发病情况

年龄(岁)	例数	构成比
20~39	2	0.94
40~49	12	5.66
50~59	67	31.60
60~69	89	41.98
70~79	34	16.04
≥80	8	3.76
总计	212	1.000

71.79%(28/39)。合并糖尿病 47 例, 占 22.17%, 主要集中在腔隙性脑梗塞病人组(31/59 占 52.54%)及再中风病人组(20/36 占 55.55%, 既往有脑血管病史者 36 例。血脂异常者 97 例。合并白血病 1 例。

1.4 起病形式

本组 114 例患者在安静或睡眠中发病, 59 例患者在日常活动中起病, 28 例患者因情绪激动而发病, 11 例患者以短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)形式起病。

1.5 临床症状和体征

以头昏、肢体麻木、面瘫和肢体瘫痪为最常见, 少见的偏盲 10 例、共济失调 5 例、偏身舞蹈症 1 例、丘脑自发性疼痛 5 例和单个肢体震颤 1 例。

1.6 CT 所见

本组 212 例脑梗塞患者均行 CT 扫描, CT 扫描距发病时间 2 h~4 m。首次扫描发现梗塞

病灶者 183 例,另 29 例 CT 扫描为阴性,其中 8 例一周后复查发现了梗塞病灶。CT 扫描发现低密度病灶 357 个,单个病灶者 102 例,左侧 50 例,右侧 52 例。2 个或 2 个以上病灶者 84 例。梗塞病灶直径在 5~20 mm 的腔隙性梗塞 59 例,直径>50 mm 的大面积梗塞 35 例。梗塞病灶分布部位见表 3,以基底节区梗塞最常见。

表 2. 212 例脑梗塞常见症状与体征

症状体征	例数	构成比
头昏	124	58.49
头痛	68	32.08
呕吐	26	12.26
肢体麻木	126	59.43
意识障碍	60	28.20
言语障碍	95	45.09
精神障碍	12	5.66
智能障碍	27	12.73
肢体瘫痪	176	83.02
面瘫	116	54.72
偏身感觉障碍	56	26.41
植物神经症状	39	18.39

表 3. 191 例脑梗塞灶部位分布

梗塞部位	例数	构成比
基底节—内囊区	104	0.545
岛叶	40	0.209
放射冠	24	0.126
丘脑	9	0.047
脑干	8	0.042
小脑	6	0.031

1.7 治疗与转归

入院后在对症处理基础上,适当给予降低血液粘度、扩张血管、神经营养药物、脑细胞活化剂、低能量 He-Ne 激光血管内照射及高压氧等综合治疗。疗效评定根据 1986 年全国第二届脑血管病会议制定的疗效标准:①基本痊愈:功

能缺损评分减少 91~100%,病残程度 0 级;②显著进步:功能缺损评分减少 46~90%;病残程度 1~3 级;③进步:功能缺损评分减少 18~45%;④无变化:功能缺损评分减少或增加在 17%以内;⑤恶化:功能缺损评分增加 18%以上;⑥死亡。本组基本痊愈 61 例,明显进步 79 例,进步 37 例,恶化 9 例,死亡 6 例,总有效率 83.46%。

2 讨论

2.1 发病率

脑梗塞(CI)发病率远远高于脑出血。美国哈佛大学医院统计住院急性脑血管疾病患者中脑梗塞占 75~80%^[1],本组只占 48.76%,明显低于上述水平,与国内周氏报告的水平相近^[2]。分析原因与种族、地理环境、生活习惯及部分患者没有住院等有关。本组平均发病年龄 63.4 岁,60 岁以后发病者占 61.79%,这对今后我国的老年医学工作提出了严峻挑战。

2.2 病因

本组中老年脑梗塞的病因大多是在动脉硬化的基础上发生血栓栓塞,而青年患者以心源性栓子脱落致脑栓塞较多见,血液病、寄生虫病、妊娠和分娩等原因引起者少见,部分病因不明。有作者认为在病因不明的病例多与动脉硬化有关^[3]。目前致动脉硬化的病因尚未阐明,但在动脉硬化患者中合并高血压、糖尿病、冠心病及脂质代谢异常的比例较高,说明这些因素与动脉硬化、脑梗塞的发生有密切关系。

本组房颤病人发生脑梗塞的机率较高,且持续性房颤者更易发生脑梗塞,这与 Petersen^[4]的结果一致,说明房颤也是脑梗塞的危险因素之一。另外,在有高血压病史的患者中有近半数(49.11%)在发病时血压不高或偏低,这些病人受血压和有效循环血量的影响,易引起脑分水岭梗塞。总之,分析病因,预防和控制这些危险因素,可望减少脑血管病的发生。

2.3 CT 特点

本组大多数病人在发病后 24~72 h 行 CT 扫描,可见边界较清楚的低密度灶,以基底节—

内囊区最常见,占 54.45%,脑叶次之。病灶多与闭塞动脉分布区一致。但多发腔隙性脑梗塞或栓塞性脑梗塞时,由于病灶多发或形成多支大小不等的动脉闭塞,病灶多连接成一片,难以某一动脉闭塞来解释。对位于脑室周围的梗塞病灶,临床应注意与脱髓鞘脑病等鉴别。就梗塞病灶的形态而言,基底节区多为斑片状、圆形或椭圆形,脑叶多呈楔形或三角形,底边朝外。梗塞病灶部位和大小与临床密切相关。梗塞面积大,占位效应明显者,症状相对严重。而梗塞灶虽小,但在功能区肢体瘫痪明显。对于 CT 扫描阴性者,要注意是否为检查过早、病灶太小或病灶位于后颅窝及脑干而不易检出等原因所致,应追踪复查或行 MRI, MRI 对脑梗塞诊断优于 CT 扫描^[5]。另外,有作者强调 CT 阴性可排除脑出血,同时也应予示脑梗塞存在,起到超早期治疗的目的^[6]。

2.4 几点治疗体会

在治疗中我们体会到:①在有条件的情况下,主张溶栓治疗,越早效果越好;②对于高血

压病人降压不宜过快过低,或一定要降到正常水平,这样有可能加重脑缺血;③注意合并症和并发症处理;④综合治疗也不能忽视,以期提高疗效,减少致残率和病死率。

参考文献

- 1 Mohr JP. The Harvard cooperative stroke registry: A prospective registry of cases hospitalized with stroke. *Neurology*, 1978, 28: 754.
 - 2 周维智,王为珍,张福麟. 520 例急性脑血管病住院病例分析. *中风与神经疾病杂志*, 1996, 13(1): 29.
 - 3 Snyder BD, Ramirez-lassepas M. Cerebral infarction in young adults Long term prognosis. *Stroke*, 1980, 11: 149.
 - 4 Petersen P. Thromboembolic complications in Atrial Fibrillation. *Stroke*, 1990, 21: 4~13.
 - 5 沈天真,陈星荣(主编). *中枢神经系统 CT 和 MRI*. 上海医科大学出版社, 1993, 129.
 - 6 宋遵武. 幕上缺血性脑梗塞 414 例 CT 分析和分期. *中华神经精神科杂志*, 1989, 22(5): 310.
- (1997-03-13 收到, 1997 11-28 修回)