

大面积脑梗死 68 例临床分析

上官稳, 蒋中风

作者单位: 471000 洛阳, 河南科技大学第二附属医院神经内科

作者简介: 上官稳(1968-), 男, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 缺血性脑血管病基础与临床研究。E-mail: shangguanwen2004@163.com。

【摘要】 目的 探讨影响大面积脑梗死预后的原因与对策。方法 对 68 例患者的并发症、死亡原因及影像学动态改变进行分析。结果 经治疗进步 22 例, 显著进步 16 例, 去皮质状态 5 例, 死亡 13 例, 自动出院 12 例, 电话随访死亡 9 例, 总的死亡率 32.35%。结论 脑疝是急性期死亡的主要原因, 肺部感染及全身功能状况差等是病人死亡的另一重要原因, 联合应用不同环节的各种方法或药物, 并在疾病的不同阶段有所侧重才是最佳选择。

【关键词】 大面积脑梗死; 诊断与治疗; 临床分析

【中图分类号】 R 743.33 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2008)01-0071-02

Clinical analysis of 68 cases of large cerebral infarction SHANGGUAN Wen, JIANG Zhong-feng. Department of Neurology, the Second Affiliated Hospital of Henan University of Science and Technology, Luoyang 471000, China

【Abstract】 **Objective** To explore the causes and solutions with the impact of large cerebral infarction for prognosis. **Methods** The complications, the cause of death and the dynamic change of imaging in 68 patients with large cerebral infarction were analyzed. **Results** There were 22 cases of progress, 16 cases of significant progress, 5 cases of the state of the cortex, 13 cases of death. 12 cases automatically discharged from hospital. 9 cases died during telephone follow-up. The total mortality rate was 32.35%. **Conclusion** Hernia is the leading cause of death in acute stage, lung infection and function of the body in the poor state is the another important cause of death, combination of different segments of the various methods or drugs and at different stages of the disease have focused on is the best choice.

【Key words】 Large cerebral infarction; Diagnosis and treatment; Clinical analysis

随着我国社会的日益老龄化, 人们生活水平的不断提高和生活方式的改变, 脑血管病的发病率逐年上升, 严重危害人类生命与健康, 给家庭和社会带来沉重的负担。大面积脑梗死是脑梗死中较危重的一种, 在缺血性脑血管病乃至所有的脑血管病中致残率和病死率之高都是不言而喻的, 对其早期行之有效的治疗是影响其预后的关键。我们自 2006-09~2008-06, 对 68 例大面积脑梗死患者进行了临床观察研究, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 68 例, 男 41 例, 女 27 例, 年龄 43~84 岁, 平均年龄 (63.10 ± 13.42) 岁, 平均病程 (107.80 ± 75.34) 小时。有高血压病史 59 例 (86.76%), 有脑血管病史 36 例 (52.94%), 有心房纤颤病史 16 例 (23.53%), 有糖尿病史 14 例 (20.59%), 有高脂血症 28 例 (41.18%)。

1.2 临床症状与体征 所有病例均突然发病, 其中活动中

发病 44 例, 静态下发病 24 例; 68 例均有偏瘫, 语言障碍者 53 例 (其中优势半球梗死 44 例, 非优势半球梗死 9 例); 意识障碍者 42 例 (其中嗜睡者 16 例, 昏睡者 14 例, 浅昏迷者 8 例, 深昏迷者 4 例), 双眼球同向偏视 22 例; 头痛 27 例, 呕吐 21 例 (6 例呕吐咖啡色样物), 伴癫痫样发作 7 例, 大小便失禁 27 例; 颈部抵抗 8 例, 双侧瞳孔不等大 11 例, 肺部呼吸音粗糙或伴啰音 13 例; 病理征阳性 61 例, 脑疝 9 例; 合并上消化道出血 12 例, 肺部感染 14 例, 尿路感染 12 例。

1.3 辅助检查 所有病例均经头颅螺旋 CT 或 MRI 扫描证实为大面积脑梗死。入院时头颅螺旋 CT 或 MRI 检查未见异常 15 例, 有小病灶或非规则病灶 27 例, 48 小时后复查均见异常, 梗死灶占据几乎一侧半球, 其中额颞顶叶 15 例, 颞顶叶 26 例, 枕叶并丘脑 4 例, 顶枕叶 8 例, 基底节区 15 例。中线移位、脑室受压 45 例, 合并出血性梗死 5 例。心电图异常改变 42 例 (心房纤颤 16 例, 10 例原为风心病房颤, 病案综合

征并安装心脏起搏器 1 例,左室高电压 3 例,其他类型心律失常者 6 例,ST-T 改变 18 例,陈旧性心梗 2 例);血糖升高者 18 例,除原为糖尿病 14 例血糖升高较明显外,余空腹血糖均不超过 10 mmol/L;血常规示白细胞增高 31 例,血脂增高 28 例,尿素氮增高 14 例。

1.4 统计学方法 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 t 检验和 χ^2 检验。

2 治疗与转归

本组病例全部住院治疗,急性期积极给予甘露醇、复方甘油、速尿、人体蛋白等脱水降颅压并稳定血压,部分选择适时溶栓降纤、抗凝抗血小板聚集、抗自由基和活血化淤改善微循环及脑细胞活化剂、神经营养剂的应用等内科综合治疗;对伴高热者常规给予降温措施,合并感染者合理应用抗生素,必要时应用电子冰帽或冰毯;对血糖升高明显者应用胰岛素,并积极纠正心律失常,防治消化道应激及癫痫发作;7 例病人脑外科给予去骨瓣减压术治疗。同时加强护理和积极对症、预防并发症处理。结果出院时进步 22 例,显著进步 16 例,去皮质状态 5 例,死亡 13 例,自动出院 12 例,经电话随访证实死亡 9 例,总的死亡率 32.35%。其中 7 例死于脑疝,3 例死于肺部感染,6 例死于多器官功能衰竭,2 例死于肺部感染合并肾功能衰竭,2 例死于上消化道出血,2 例死于心衰。

3 讨论

3.1 大面积脑梗死的诊断,目前尚无统一标准,有称梗死面积直径 $>4.0\text{cm}$ 或梗死范围波及两个脑叶以上;有称梗死范围大于同侧大脑半球 $1/2$ 或 $2/3$ 的面积;多数学者^[1]按 Adamas 分类法:即梗死面积直径 $>3.0\text{cm}$ 并累及脑解剖部位的 2 支大血管主干供血区者为大面积梗死。本组患者参考 Adamas 分类法确定。临床资料显示,大面积脑梗死多发生于 50 岁以上中老年人。高血压、糖尿病、冠心病、心律失常、高脂血症等为其主要危险因素。且多有脑血管病史,造成的脑血管本身及血液动力学、血液成分等改变异常严重,脑血流量及脑细胞功能已明显受到影响^[2]。预后不良者在背景资料方面以糖尿病史影响最甚,这可能与伴有糖尿病患者的全身应激代偿能力下降有关。而年龄、性别、心脏病史等均有一定程度的影响。大面积脑梗死后病情越严重,发生并发症的可能性越大,预后越差。

3.2 急性大面积脑梗死病人能够早期确诊对其预后具有重要意义,故早期作头颅 CT 检查可初步判断病情。CT 扫描可见脑实质大面积低密度影、局部脑沟消失及弥漫性脑水肿,占位效应明显。对早期 CT 无明显异常,但急性起病或有诱因,有头痛、呕吐,有不同程度意识障碍,肢体瘫痪严重,尤其双眼同向偏视,心脏听诊有病理杂音或伴有房颤的病人,

也应考虑大面积脑梗死的可能。急性大面积脑梗死病人由于梗死面积大,脑水肿发生快且重,易形成脑疝而致死亡,所以迅速控制脑水肿、降低颅内压是治疗的关键。其应用原则应是根据颅高压的严重程度,应用相应剂量的脱水剂。年龄相对轻的风心病病人,由于心功能差限制了脱水药物的应用量;高龄患者基础疾病多、并发症多,各主要脏器已处于临界功能不全状态,所以病死率相对较高且后遗症较多。如果病人一般状况较好,发病在 6 小时内,应采取溶栓治疗,有学者提出在发病后 3 小时内溶栓效果最佳,此时可最大限度减少梗死灶的范围及再灌注损伤^[3],治疗关键是尽可能挽救尚处于可逆性损伤状态的神经细胞,即缺血“半暗带”区的神经细胞,但应根据患者综合情况及个体差异严格掌握溶栓药物用法及用量,尽可能减少出血性梗死的发生。对于发病超过 6 小时的病例,应避免应用溶栓治疗,防止诱发梗死后出血而使病情加重。本组中对发病在“时间窗”内、无溶栓禁忌症者,在征得患者家属签署溶栓知情同意书后积极溶栓治疗;对于不适合溶栓或发病超过 6 小时的病例,我们采取内科综合治疗;对于溶栓及综合治疗无效、病情呈进行性恶化者,脑外科给予去骨瓣减压术,至于手术的时机选择,并非被动地等到患者深昏迷或脑疝形成时才实施;对已出现并发症或未出现并发症的患者早期预防性用药是非常必要的,对心电图检查有问题或原有心脏病的病人积极应用营养心肌药物,对有消化道出血征兆的病人及早给予 H_2 受体阻滞剂或质子泵抑制剂,对有感染的患者积极抗感染治疗;注意肾功能及水、电解质检查并及时防治,同时要同家属沟通,交代病情危险性与预后,避免纠纷发生。

总之,脑疝是大面积脑梗死急性期死亡的主要原因,肺部感染及全身功能状况差等是病人死亡的另一重要原因,对大面积脑梗死的治疗,任何单一方法或制剂都难以取得理想的疗效。由于致残率高,即便挽救生命,生存质量也极差。我们临床医师应该用动态的、全面的观点看待大面积脑梗死,联合应用不同环节的各种方法或药物,对治疗对象及其所施药物的反应应进行全面、动态的了解与比较,抓住时机,有的放矢,不断调整药物的种类与剂量,并在疾病的不同阶段有所侧重才是最佳选择。

参考文献

- 1 苏镇培,黄如训.急性脑梗塞临床分型、分期治疗[J].中国神经精神疾病杂志,1998,24(1):63-64.
 - 2 谭子虎,陈 婕,张金凤,等.23 例大面积脑梗死患者死亡原因分析[J].中风与神经疾病杂志,2001,18(1):86.
 - 3 楼 敏,黄鉴政.急性脑梗死溶栓治疗病例选择的研究新进展[J].国外医学.神经病学神经外科学分册,2001,28(2):65-67.
- [收稿日期 2008-09-11][本文编辑 谭 毅 黄晓红]