

大面积脑梗死的临床分析

付海花^{1*}, 杨明娟², 张军海³

¹临朐县卫生健康局, 山东 潍坊

²临朐县人民医院, 山东 潍坊

³临朐县爱国卫生服务中心, 山东 潍坊

收稿日期: 2022年8月13日; 录用日期: 2022年9月7日; 发布日期: 2022年9月15日

摘要

目的: 探讨大面积脑梗死的病因、临床表现和治疗方法。方法: 66例大面积脑梗死患者为研究对象, 分析大面积脑梗死的部位、病因、临床表现及治疗。结果: 既往病史有高血压、冠心病、风心病、房颤、糖尿病、脑梗死等; 临床表现包括意识障碍、偏瘫、偏身感觉障碍、向病灶对侧的凝视麻痹、脑膜刺激证阳性、语言障碍等; 并发症有肺部感染、上消化道出血、高热、癫痫、急性肾衰竭等。结论: 大面积脑梗死病因复杂, 临床表现多样, 预后较差。

关键词

大面积脑梗死, 临床分析

Clinical Analysis of Massive Cerebral Infarction

Haihua Fu^{1*}, Mingjuan Yang², Junhai Zhang³

¹Health Bureau of Linqu County, Weifang Shandong

²People's Hospital of Linqu County, Weifang Shandong

³Patriotic Health Service Center of Linqu County, Weifang Shandong

Received: Aug. 13th, 2022; accepted: Sep. 7th, 2022; published: Sep. 15th, 2022

Abstract

Objective: To investigate the clinical manifestation, etiology and treatment of massive cerebral infarction. **Methods:** The location, etiology, clinical manifestations and treatment of 66 patients

*通讯作者。

with massive cerebral infarction were analyzed. Results: Past medical history included hypertension, coronary heart disease, rheumatic heart disease, atrial fibrillation, diabetes, cerebral infarction, etc. The clinical manifestations included disturbance of consciousness, hemiplegia, sensory disturbance of deviant body, gaze paralysis to the opposite side of the lesion, positive meningeal irritation, language disorder, etc. Complications include pulmonary infection, upper gastrointestinal bleeding, high fever, epilepsy, acute renal failure, etc. Conclusion: The etiology of massive cerebral infarction is complex, the clinical manifestations are diverse, and the prognosis is poor.

Keywords

Massive Cerebral Infarction, Clinical Analysis

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

大面积脑梗死(Massive brain infarction, MBI)是指脑动脉主干完全闭塞而发生的局部脑组织缺血坏死过程,约占所有脑梗死患者的10% [1],该病起病急,进展快,病情重,预后差,致残率高,几乎所有存活患者均致残[2]。本文收集了我院66例大面积脑梗死患者的病历资料,对其临床资料进行分析,以期对大面积脑梗死患者康复治疗的疗效评估及预后判断提供理论依据。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取2020年8月~2022年7月于我院神经内科就诊的大面积脑梗死患者66例,均经CT扫描和MRI扫描证实,病灶最大截面的直径5.2~16.7 cm。其中男30例,年龄44~86岁,平均71.92岁,女36例,年龄51~90岁,平均65.30岁。既往病史:高血压29例,冠心病21例,风心病5例,房颤11例、糖尿病19例,脑梗死24例。

2.2. 纳入标准

经颅脑CT平扫或MRI平扫证实为脑梗死患者,在MRI T2WI序列进行测量,将梗死灶最大直径 > 5 cm并同时累及2个或2个以上脑叶的病例纳入研究[3] [4]。全部患者经颅脑CT或MR排除脑出血及其他非缺血性脑病。

3. 结果

3.1. 治疗方法及预后

对急性期患者给予甘露醇、甘油果糖、呋塞米等药物进行脱水消肿,使用地西洋抗癫痫,给予持续中流量吸氧(3 L/min),密切监测患者生命体征及病情变化。患者在溶栓时间窗内采取静脉溶栓治疗。药物治疗包括给予患者阿司匹林、奥扎格雷、波立维、硫酸氢氯吡格雷等药物抗血小板聚集,瑞舒伐他汀钙片降脂稳定斑块,乙酰谷酰胺等营养神经,血栓通、阿魏酸、银杏叶提取物等活血化瘀,己酮可可碱、尤瑞克林等改善循环,依达拉奉抗自由基等治疗。定时监测肝肾功能、心电图、电解质水平,预见性用

药防治并发, 及时调整用药。经保守治疗无效者转外科手术行骨瓣减压术。康复治疗包括普通针刺、电针、偏瘫肢体综合训练、作业疗法、关节松动训练等。66例患者中死亡2例, 死亡原因包括脑疝和多器官功能衰竭。

3.2. 临床表现

不同程度意识障碍38例, 其中嗜睡19例、昏睡6例、昏迷13例; 全部患者均有肢体偏瘫表现, 且均为单侧偏瘫, 其中左侧29例、右侧37例; 偏身感觉障碍16例, 其中部分患者由于意识障碍感觉检查难以配合; 向病灶对侧的凝视麻痹27例; 脑膜刺激证阳性2例; 不同程度语言障碍29例, 其中完全失语16例、不完全失语13例。住院期间并发症: 肺部感染28例, 上消化道出血4例, 高热4例, 癫痫2例, 急性肾衰竭1例。

4. 讨论

大面积脑梗死是脑血管病中的急重症, 起病急, 病情进行性恶化, 治疗困难, 死亡率高, 是神经内科最凶险的疾病[5], 故日益受到人们的重视[6]。至今大面积脑梗死的定义仍未有统一的标准, 过去较多学者在临床中采用Adamas分类法: 梗死面积 $> 3 \text{ cm}^2$ 并累及脑解剖部位2支脑血管主干供应区[7]。根据全国第四届脑血管病学术会议制定的脑梗死诊断标准, 大面积脑梗死的诊断标准是: 梗死灶最大直径 $> 5 \text{ cm}$ 并同时累及2个或2个以上脑叶[3][4]。本研究采用了后者, 即梗死灶最大直径 $> 5 \text{ cm}$ 并同时累及2个或2个以上脑叶的标准。

大面积脑梗死的病因主要包括高血压、心脏病、糖尿病等。高血压致脑动脉粥样硬化是最主要的致病因素, 多见于老年患者, 在本组病例中共29例, 占43.94%, 致病机制为高血压对脑血管产生机械性刺激, 造成血管内皮细胞损伤, 动脉粥样硬化斑块形成, 继而脱落形成血栓, 堵塞大血管致脑梗死发生。心源性栓塞是另一个主要致病因素, 患有冠心病、风心病、高心病, 尤其是伴房颤的患者, 引起血流动力学改变, 附壁血栓脱落堵塞脑血管, 导致脑梗死, 因此, 心源性脑梗死的患者应常规行超声心动图检查[8]。糖尿病也是重要的致病因素之一, 高血糖可引起动脉壁的缺氧和营养不良, 造成血管壁变性、坏死, 同时造成梗死部位酸中毒以损伤血管内皮细胞和基质, 扩大梗死面积[9][10]。

大面积脑梗死的前驱症状无特异性, 可表现为头晕、一过性肢体麻木、无力、呕吐等。其临床表现复杂多样, 主要取决于脑损害的部位及缺血脑组织体积大小[8], 主要表现为以下几方面: ①意识障碍, 其病理机制是大面积脑梗塞患者的脑组织受到广泛损伤, 导致脑功能障碍, 加上缺血区水肿、中线结构移位, 影响脑干网状结构上行激活系统, 从而患者出现意识障碍[1][5], 呈进行性发展或突然发病。本组患者不同程度意识障碍38例, 占57.58%。②偏瘫、偏身感觉障碍, 目前认为该症状是由于颈内动脉、大脑中动脉及脉络膜前动脉病变所致。本组中全部病例均有偏瘫, 偏身感觉障碍只有16例, 因为部分意识障碍患者感觉检查难以配合。③颅内压增高, 主要致病因素是脑组织水肿。颅内压增高使硬脑膜和大血管受牵拉、挤压, 且局部脑组织缺血缺氧、血管代偿性扩张, 引起患者头晕、头痛; 且颅内压增高刺激第四脑室底部的呕吐中枢, 导致患者呕吐[1]。④还有部分患者出现步态不稳、躯干摇摆、步基增宽等共济失调表现, 以及凝视麻痹、失语、抽搐等表现, 较重者还可出现大小便失禁、呼吸不规则等。

目前临床上对脑梗死患者的治疗主要包括溶栓、抗凝和扩血管等方法, 但较多临床研究显示, 这些方法对大面积脑梗塞的治疗效果欠佳, 影响患者的预后, 增加患者的致残率。因为这些治疗会扩张脑血管, 加重脑缺血区的缺血, 即“盗血现象”, 加重患者病情[11]。因此对于急性期患者的治疗, 应该以积极控制脑水肿、降低颅内压、吸氧, 同时采用以脑保护为主的综合措施。例如使用甘露醇等减轻脑水肿, 降颅压; 利用自由基清除剂如依达拉奉等, 抑制自由基产生, 减轻脑组织损害, 促进局部脑细胞功能恢

复;通过吸氧提高脑组织氧张力,加大血氧弥漫半径,改善脑组织的有效代谢、组织的微循环,减轻脑水肿,恢复缺血半暗带功能[1] [12]。急性期过后,在溶栓时间窗内可考虑溶栓等治疗。对于合并多个危险因素的患者如合并高血压、高血脂、糖尿病等,在治疗脑梗死的同时,应积极控制合并症[8]。

大面积脑梗死患者预后较差,致残率高,因此提前预防疾病的发生是临床上需要关注的重点,而对因治疗对预防大面积脑梗死有重要意义。对于风心病尤其是合并房颤的患者,可通过抗凝治疗预防附壁血栓脱落,采用药物、射频消融等方法纠正房颤。对于反复短暂性脑缺血发作的患者,应通过CTA及MRA以及经颈部血管、经颅多普勒超声等检查,了解脑血管基本情况,发现脑或颈动脉狭窄的患者应进行稳定斑块治疗[8]。张茹等[13]认为,对于严重狭窄但尚未闭塞的患者,直接选用球囊扩张支架成形术,术后效果较好,安全性较高,神经功能缺损情况较快。

综上所述,大面积脑梗死的主要危险因素包括高血压、冠心病、风心病、房颤、糖尿病、既往脑梗死等;临床表现有意识障碍、偏瘫、偏身感觉障碍、向病灶对侧的凝视麻痹、脑膜刺激证阳性、语言障碍等;并发症有肺部感染、上消化道出血、高热、癫痫、急性肾衰竭等;治疗方法要根据患者实际情况进行个体化治疗,主要包括控制脑水肿、降低颅内压、吸氧等以脑保护为主的综合措施和溶栓、抗凝和扩血管等。但治疗后几乎所有患者致均致残或死亡[2] [5]。因此,应积极采取预防措施,对因治疗,降低大面积脑梗死的发病可能。

参考文献

- [1] 卢晓航,黄晓新.大面积脑梗塞的临床特点与治疗[J].中华全科医学,2010,8(2):175-176.
- [2] 高毅然.大面积脑梗塞的临床特点与治疗[J].泰山医学院学报,2015,36(4):431-432.
- [3] 王新德.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 丁红,王辉,吴岩峰,徐运.大面积脑梗死后出血性转化的危险因素分析[J].中风与神经疾病杂志,2012,29(3):256-258.
- [5] 任杰.大面积脑梗塞的临床特点与治疗[J].临床研究,2016,24(11):34-35.
- [6] 邵素君.大面积脑梗死的临床研究[J].中国现代医学杂志,2006,16(6):889-890+893.
- [7] Adams Jr, H.P., Bendixen, B.H., Kappelle, L.J., Biller, J., Love, B.B., Gordon, D.L. and Marsh 3rd, E.E. (1993) Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke. Definitions for Use in a Multicenter Clinical Trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, **24**, 35-41. <https://doi.org/10.1161/01.STR.24.1.35>
- [8] 宋成福,王佳君,冯建玉,等.大面积脑梗死104例临床特点及病因分析[J].中国临床新医学,2013,6(2):112-114. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-3806.2013.02.06>
- [9] Broderick, J.P., Hagen, T., Brott, T. and Tomsick, T. (1995) Hyperglycemia and Hemorrhagic Transformation of Cerebral Infarcts. *Stroke*, **26**, 484-487. <https://doi.org/10.1161/01.STR.26.3.484>
- [10] 张维琴.大面积脑梗死的危险因素、临床特点及预后分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(86):158+162.
- [11] 付怀栋.97例大面积脑梗死患者临床分析[J].中外医学研究,2014(36):146-147,148.
- [12] 段怡.依达拉奉注射液治疗急性脑梗死的应用效果及对自由基的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(5):67-68.
- [13] 张茹,张桂莲,吴海琴,王虎清,杨新利.急性脑梗死动脉内药物溶栓和机械支架再通比较[J].中华神经外科疾病研究杂志,2010,9(2):149-152.