老年出血性脑梗死患者 146 例临床疗效分析

林允信[1],王恒辉[1],付学锋[2],许昌泰[3] (1. 兰州军区兰州总医院安宁分院康复科,甘肃 兰州 730070;2. 兰州军区兰州总医院老年病科,甘肃 兰州 730050;3. 第四军医大学人体解剖学教研室,神经解剖学杂志编辑部,陕西 西安 710032)

[摘 要] **目的** 探讨老年出血性脑梗塞患者临床表现和治疗效果。**方法** 回顾性分析我院 2008 年 1 月至 2012 年 12 月收治的 146 例出血性脑梗塞患者的临床资料。患者均在发病后 4 h 内进行 CT/MR 检查,并于溶栓治疗后进行 CT/MR 扫描,以确定继发性出血现象,并进行止血、脱水和脑保护等对症支持治疗,有 14 例患者还进行了颅骨瓣减压手术。**结果** 出血性脑梗塞 146 例患者中,症状明显缓解 128 例,病情恶化 12 例,死亡 6 例。随访 4 ~ 12 个月,完全康复 120 例,肢体功能障碍 14 例,语言障碍 6 例。出血性脑梗塞Ⅰ型 86 例,病变区域无占位效应,轮廓上存在点状密度;Ⅱ型 60 例,病变区域存在占位效应,存在较大融合点状密度。**结论** 老年出血性脑梗塞血压不稳定、溶栓药物使用不合理等是老年出血性脑梗塞的主要诱因,掌握脑梗塞的发病过程,及时诊断和合理用药可以降低出血性脑梗塞死亡率。

[关键词] 出血性脑梗塞;老年患者;溶栓治疗;脑保护

[中图分类号] R651 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)05-0528-02

Clinical analysis of 146 elderly patients with hemorrhagic cerebral infarction

LIN Yun-xin, WANG Heng-hui, FU Xue-feng, XU Chang-tai (Recovery Section of Anning Branch Institute, Lanzhou General Hospital of Lanzhou Military Area of PLA, Lanzhou Gansu 730070, China)

Abstract: Objective To analyze the clinical manifestations and treatment for elderly patients with hemorrhagic infarction and discuss the pathogenic factors. **Methods** From January 2008 to December 2012, 146 patients with hemorrhagic infarction were given CT/MR examination within 4 hours, and another CT/MR scan were made after thrombolytic therapy in order to determine the secondary bleeding. Supportive treatments such as hemostasis, dehydration and brain protection were given to all patients, and skull flap decompression surgery was performed in 14 cases. **Results** Among the 146 hemorrhagic infarction patients, there were 128 cases of obviously symptoms ease, 12 cases of exacerbation, and 6 cases of death. During the 4 to 12 months of follow-up, there were 120 cases of complete rehabilitation, 14 cases of physically dysfunction, and 6 cases of language barrier. Type Ⅰ hemorrhagic infarction occurred in 86 cases, with no mass effect in the lesions area but punctate density in the contour. Type Ⅱ hemorrhagic infarction occurred in 40 cases, and there were mass effect and fusion punctate density in the lesion area. **Conclusion** The results show that the unstable blood pressure and unreasonable thrombolytic drug use are major incentive factors of hemorrhagic infarction in elderly patients, and timely diagnosis and rational use of drugs can reduce the mortality of hemorrhagic infarction.

Keywords: hemorrhagic infarction; elderly patients; thrombolytic therapy; brain protection

出血性脑梗塞(hemorrhagic cerebral infarction, HCI)的病理变化是脑梗死灶内的动脉自身滋养血管缺血后引起动脉血管壁损伤和坏死,因常并发颅内水肿,从而压迫区域血管,当经过适当治疗后颅内水肿症状缓解,受较强压力而损伤的血管血流再灌注时,血管腔内血栓溶解或它的侧支循环建立促使已损伤血管血流恢复,这时血液会从破损的血管壁漏出,从而形成出血性脑梗塞。作为脑梗塞的一种特殊情况,通常是对脑梗塞进行溶栓等治疗后导致的脑血管供血区域出现点状或者片状的异常出血[1-3]。本文对 HCI 的临床表现和治疗方法进行综合分析,现报告如下。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305030

[收稿日期] 2013-02-24 [修回日期] 2013-03-12

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集兰州军医总医院和安宁分院 2008 年 1 月至 2012 年 12 月记录完整且确诊的 146 例出血性脑梗塞患者临床资料,男 82 例,女 64 例,年龄 61 ~ 82 岁,其中 61 ~ 70 岁 116 例,71 ~ 80 岁 28 例,81 岁以上 2 例,病程 1 ~ 3 d。这些患者中合并房颤 86 例,高血压 42 例和糖尿病 18 例。有 84 例患者在活动的情况下出现脑梗塞症状,62 例在静止的状态下出现脑梗塞症状。患者的症状包括头痛 64 例,呕吐 42 例,意识障碍 22 例,偏瘫 10 例,抽搐 8 例。发病后 38 例患者于 3 d 内病情加重,50 例 4 ~ 7 d 加重,58 例在发病 1 周后病情加重。患者发病后 36 h 内进行脑部 CT/MR 扫描,然后根据病情进行 CT/MR 扫描[3]。146 例患者中 42 例患者进行 1 次脑部 CT/MR 扫描,76 例进行 2 次,24 例进行 3 次,18 例进行 4 次。

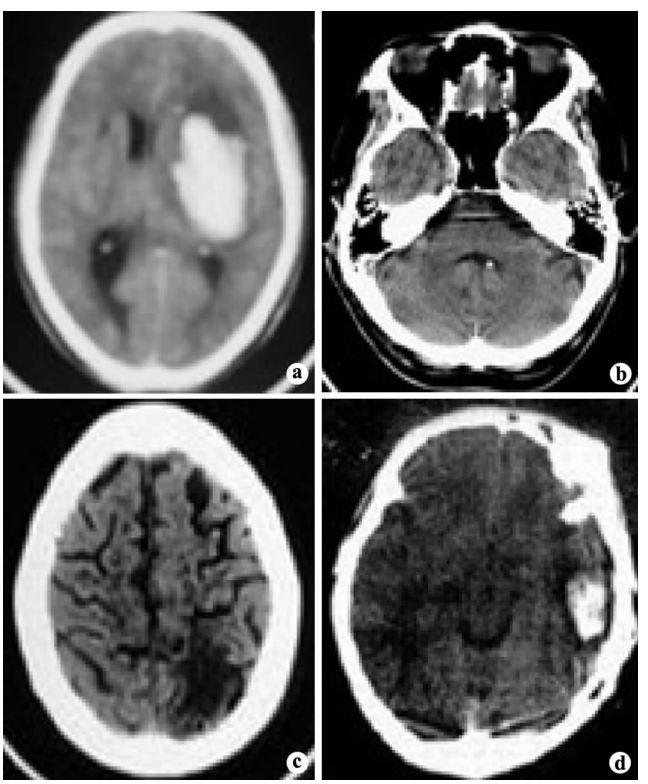
1.2 治疗方法

1.2.1 内科治疗 58 例用不同种类的活血化瘀的药物,其中用尿激酶、纤溶酶原激活剂进行溶栓 44 例,用血栓通、丹红等活血化瘀 29 例。43 例伴有房颤患者常规给予抗血小板聚集治疗。54 例由于治疗中出现继发性出血,给予溶栓药物 6-氨基乙酸静脉输入 3 ~ 4 d。146 例脑部 CT 图像表明存在颅内水肿,每 6 ~ 8 h 甘露醇静脉输入,速尿静脉注射,每日用七叶皂苷钠静脉输入。综合治疗后无明显的改善 22 例,给予白蛋白静脉输入,每日 1 次。全部患者均给予神经营养药,包括口服尼莫地平,静脉输入维生素 C、辅酶、门冬氨酸钾镁、胰岛素和葡萄糖等,连续使用 10 ~ 14 d。32 例肺部感染给予静脉输入头孢噻肟钠 5 ~ 7 d,24 例消化道出血给予 6-氨基乙酸和洛赛克,8 例肾功能不全,停用甘露醇,给予速尿等。

1.2.2 手术治疗 14 例患者出现大脑中动脉主干闭塞造成的出血性脑梗塞,中线偏移 1 cm,于入院第 3 日转脑外科进行颅骨瓣减压手术。

2 结果

按颅脑 CT/MR 影像将 146 例出血性脑梗塞分成两个不同的类型,其中 86 例为Ⅰ型,病变区域轮廓存在点状密度,无占位效应;60 例为Ⅱ型,病变区域存在较大的融合呈斑点状密度,有占位效应(图 1);HCI 部位包括基底节 34 例,额叶 38 例,顶叶 14 例,颞叶 6 例,枕叶 6 例,颞顶叶 14 例,小脑 8 例和大脑半球大面积梗塞 26 例。出血性脑梗塞 146 例患者经过积极治疗,症状明显缓解 128 例(手术治疗 12 例),病情恶化 12 例(术后 2 例),死亡 6 例。随访 4 ~ 12 个月,完全康复 120 例,不完全康复 20 例(肢体功能障碍 14 例,语言障碍 6 例)。



a:基底节;b:额叶区;c:顶叶;d:颞叶

图 1 典型出血性脑梗塞区域 CT 影像

3 讨论

在脑梗塞溶栓治疗过程中由于缺血区域的血管血流再灌注造成梗塞区域的继发性出血。因为脑梗塞后常并发颅内水肿,当经过适当治疗后颅内水肿症状缓解,受较强压力而损伤的血管血流再灌注时,血管受到压力过大,造成血管壁破损导致渗血或出血[3-4]。大面积脑梗塞后颅内水肿,脑组织体积增大,造成血管受到较大压力,出现破损,治疗 10 d 左右时颅内水肿得到缓解,从而使破损的毛细血管可出现斑点状、斑片状或者条状的出血[5-6],是发病早期使用溶栓、抗凝药、扩溶、扩血管药导致的并发症。在本组病例中,56 例患者早期进行药物治疗后发生再出血。脑梗塞后随着梗塞面积增大也造成出血几率增大。

脑梗塞发病后 1 ~ 2 周时发生脑出血高峰[7-8]。在本组的 146 例患者中,有 96 例患者都是 1 周内出现继发性出血,42 例患者是在 2 周内出现症状的,8 例患者于 2 周后出现症状。因此,为及时准确诊断患者是否存在脑出血,应在 1 ~ 2 周内进行脑部 CT/MR 检查,做到早诊断早治疗。

脑梗塞后,患者脑出血率小于 40%,但过早对患者进行溶栓治疗,将加大继发性出血的可能性[1-3]。影响脑梗后发生脑出血的因素,包括患者梗塞区域的位置、并发症、年龄等。一般认为在治疗脑梗塞期间不建议立即给予溶栓、抗凝和活血化瘀的治疗,以免加大出血的可能性[9]。在脑梗塞治疗过程,无论是否出现继发性出血都要在一定时间内进行脑部 CT/MR 扫描,从而保证及时发现脑梗塞后的继发性出血[10]。脑梗塞发病 15 d 内,如果病情突然加重可能是发生出血征象,应立即进行相关检查。已确诊的脑梗塞需要选择合理的时间进行溶栓治疗,同时要在溶栓治疗期间密切观察病情,及早发现继发性出血。在临床工作中,合理的溶栓治疗可以缩少脑梗塞面积,有助于减少脑梗塞后的出血量。因此,脑梗塞后的继发性出血只要选取合理的时间和治疗方式,则能够达到较好的治疗效果。掌握脑梗塞的发病过程,进行及时诊断和合理治疗可以降低出血性脑梗塞死亡率。

[参考文献]

[1] 戴建凯,戎根成. 出血脑梗塞的治疗探讨[J]. 浙江创伤外科,2010,15(2):220 - 221.

[2] 刘婷婷. 出血性脑梗塞 30 例临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2012,33(15):2055 - 2056.

(下转第 531 页)

(22/28),;胆囊壁厚大于(或等于)4 mm 与小于 4 mm 在术中胆囊三角分离显示率比较,$P<0.05$ 差异有统计学意义。

3 讨论

Calot 在 1891 年将胆囊管、肝总管、胆囊动脉三者所形成的三角称为胆囊三角,又称 Calot 三角。Calot 三角是临床解剖上的重要标志,是胆囊切除术关键部位[5-7]。无论是 OC 或 LC 都需要一个良好胆囊三角的显露。导致三角显露不好的原因众多,在特殊病理情况下,如急性化脓性胆囊炎、胆囊坏疽或穿孔、萎缩性胆囊炎、胆管变异或合并肝硬化等,使得三角胆囊复杂化,从而易发生胆管损伤、意外出血或术后残留胆道结石[8-9]。LC 手术胆道损伤与 OC 手术胆道损伤并发症其比例相当,但 LC 以创伤小、痛苦轻、康复快的优点已基本取代了传统的 OC,且 80% 的急性胆囊炎患者也可在富于手术经验的医院施行 LC。但也有部分患者腹腔镜中转开腹手术,其最常见原因[10-11]:①急性胆囊炎;②不能清楚地辨认解剖关系;③Calot 三角组织致密;④局部解剖困难。所以,如何在术前就能初步判断胆囊三角的分离、显示情况,并采用相应的手术处理方法显得尤为重要。

胆囊炎症与胆囊三角的粘连使分离显示 Calot 三角难上加难,然而这些难以预料的情况往往是只有手术中才能发现,水肿、极化、增厚、粘连、分离时的出血,让 Calot 三角的显示极为困难[10-11]。此时手术医生所能做的是切开胆囊在胆囊管指引下进一步分离或紧贴胆囊壶腹钳夹,无论此时行 LC 或 OC 都有可能留下较长的胆囊管残端或对较多组织的结扎、缝扎,而这样做无疑是增加了胆管残余结石或术后腹腔内粘连的几率,增加术后远期的并发症。随着胆囊壁厚度的增加,Calot 三角显示清晰度减低,手术难度增加[8]。胆囊壁厚度是影响手术难度的重要因素[9-11],B 超测定 Calot 三角关系难度相对较大,对仪器及人员的要求都相对较高,而胆囊壁厚测定则相对简单[12-13]。本文通过术前 B 超对急性结石性胆囊炎患者胆囊壁厚度的测量间接判定术中 Calot 三角显露的情况,使术者对急性结石性胆囊炎患者在术前对胆囊三角有了初步判定,从而决定是行 LC 或者 OC,还是采用 6 周抗炎治疗后延期手术治疗[13],这对指导临床急性结石性胆囊炎患者手术时机与方法的选择,避免因胆囊三角显示不清而造成胆道损伤有很好的指导意义。

[参考文献]

[1] 裘法祖,邹声泉. 实用腔镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:320 - 323

[2] Emilio Etala. 胃肠手术技巧图谱[M]. 西安:世界图书出版社西安公司,2000:192 - 193.

[3] 张 波,周 群,吴 宁,等. B 超影像对腹腔镜胆囊切除术难度评估的临床研究[J]. 西南国防医药,2009,19(3):299 - 300.

[4] 禹乐宾. 术前 B 超检查对腹腔镜胆囊切除术转开腹胆囊切除术的预测价值[J]. 中国现代医药杂志,2011,7(13):89 - 90

[5] 罗于海,杨秀江,龙 昊,等腹腔镜胆囊切除术 4420 例治疗体会[J]. 局解手术学杂志,2012,21(1):38 - 39.

[6] 何 利. 腹腔镜胆囊切除术复杂情况分析与手术技巧[J]. 局解手术学杂志,2008,17(5):320 - 321.

[7] 郑小东,马 海,杨红春. 腹腔镜胆囊切除术中 Ca lot 三角解剖的技巧[J]. 第三军医大学学报,2006,28(15):1594.

[8] 林福君,孙 侃. 开腹胆囊切除术致胆管损伤 18 例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2008,17(3):186.

[9] 姜连春,卢明柱,罗志清. 109 例难切胆囊的术式探讨[J]. 肝胆胰外科杂志,2002,14(1):58 - 59.

[10] 蔡秀军,李哲勇. 腹腔镜胆囊切除术中胆道损伤的预防和治疗[J]. 肝胆外科杂志,2010,18(2):89 - 91.

[11] 王幼玲. 浅析 B 超预测腹腔镜胆囊切除术的价值[J]. 医学信息,2011,(5):2154 - 2155.

[12] 曾树根,徐 宇,黄夏友,等. 腹腔镜胆囊切除术术前 B 超诊断价值[J]. 腹腔镜外科科杂志,2002,7(1):15 - 16.

[13] 石美鑫,张延龄,张元芳,等. 实用外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:1024 - 1025.

(编辑:左艳芳)

(上接第 529 页)

[3] 喻 骏,陈竞男. 出血性脑梗塞 CT 和 MRI 表现与临床分析[J]. 吉林大学学报(医学版),2011,37(4):699 - 699.

[4] Zhuo WG, Yang ZQ. Complications of transsphenoidal surgery for sellar region: intracranial vessel injury[J]. Chin Med J(Engl), 2009, 122(10):1154 - 1156.

[5] 车大刚,程 波. 外伤性脑梗塞 20 例临床分析[J]. 重庆医科大学学报,2011,36(1):126 - 127.

[6] 刘朝元,周华东,高长越. 卒中后痴呆危险因素研究[J]. 重庆医学,2009,38(11):1316 - 1318.

[7] Tarumoto N, Sujino K, Yamaguchi T, et al. A first report of rothia aeria endocarditis complicated by cerebral hemorrhage[J]. Intern Med, 2012, 51(23):3295 - 3299.

[8] 陈湛愔,陆兵勋,陈逢俭,等. 脑梗死后情感障碍与认知功能障碍关系及其影响因素的研究[J]. 南方医科大学学报,2008,28(4):627 - 629.

[9] 杨学伟,田 君. 不同方法治疗大面积脑梗死的疗效分析[J]. 局解手术学杂志,2011,20(6):647 - 648.

[10] Rodríguez-González R, Blanco M, Rodríguez-Yáñez M, et al. Platelet derived growth factor-CC isoform is associated with hemorrhagic transformation in ischemic stroke patients treated with tissue plasminogen activator[J]. Atherosclerosis, 2013, 226(1):165 - 171.

(编辑:左艳芳)