个案与短篇 文章编号:0253-3626(2011)01-0126-02

外伤性脑梗塞 20 例临床分析

车大刚,程 波
(重庆市南川区人民医院神经外科,重庆 408400)

【中国图书分类法分类号】R 651.15; R 743.33 【文献标志码】B 【收稿日期】2010-04-29

外伤性脑梗塞是指颅脑创伤后伴发或继发的脑梗塞,是颅脑创伤患者较常见的并发症,具有较高的病死率和病残率。我们回顾分析了对 2006 年 1 月 ~2009 年 10 月我院收治的 20 例外伤性脑梗塞,总结其临床诊治特点,现报告如下 。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组收治的 20 例外伤性脑梗塞患者中男性 13 例,女性 7 例, 年龄 8 ~ 74 岁, 平均 42.8 岁, 其中 10 岁以下 2 例, 11~20 岁 8 例,21 岁以上 10 例。致伤原因:车祸伤 12 例,跌伤 3 例,坠落伤 3 例,打击伤 2 例。单纯颅脑外伤 16 例,合并颈部直接、间接外伤 4 例,所有患者均于伤后 24 h 内入院,伤前均无脑梗塞病史。本组收治患者中,合并高血压 4 例,合并糖尿病 3 例。

1.2 临床表现及影像学检查

所有患者均于伤后 1~24 h 入院,入院时格拉斯哥昏迷评分(Glasgow coma scale,GCS)计分 3 ~ 8 分 7 例,9 ~ 12 分 11 例,13 ~ 15 分 2 例。首次头颅 CT 检查发现:脑挫裂伤伴硬脑膜下血肿或脑内血肿 12 例,脑挫裂伤伴多发脑血肿 5 例,外伤性蛛网膜下腔出血 2 例,1 例未见颅内异常。入院后 1~3 d 内复查 20 例患者头颅 CT 均见脑梗塞病灶。脑梗塞发生部位:单侧基底节 7 例,双侧基底节 3 例,额顶区 3 例,顶枕区 1 例,额颞顶 6 例,梗塞面积约为 1.0 cm × (1.0 ~ 4.0) cm × 7.0 cm,低密度区 CT 值约 (6~15) Hu 不等,其中 7 例占位效应明显。

1.3 治疗方法

因伤情需要,14 例患者入院 24 h 内急诊行血肿清除及去骨瓣减压术,清除血肿及破碎脑组织,术后 1 ~ 3 d 动态复查头颅 CT 发现脑梗塞灶, 针对创伤性脑梗塞行二次手术扩大骨窗。药物保守治疗 6 例,该 6 例患者伤后 1 ~ 3 d 因意识障碍程度加深,复查头颅 CT 见脑梗塞灶,其中 2 例中线移位大于 1.5 cm 者即行手术去大骨瓣减压术。所有患者均使用钙离子通道拮抗剂(尼莫地平)、自由基清除剂(依达拉奉)及扩血管药物、脱水剂及神经营养药物等治疗,并定期腰穿释放脑脊液。

作者介绍:车大刚(1958-),男,副主任医师,
研究方向:脑外伤。

2 结 果

按格拉斯哥预后评分(Glasgoe outcome scate,GOS)恢复标准评定疗效:恢复良好 12 例(60.00%),中残 5 例(25.00%),重残 2 例(10.00%),死亡 1 例(5.00%)。

3 讨 论

3.1 外伤性脑梗塞的危险因素

头颈部外伤引起的脑梗塞称为外伤性脑梗塞,多见于青少年,且均有头颈部外伤史。本组 20 岁以下 10 例(50.00%);有颅脑外伤 16 例(80.00%),颈部直接、间接外伤 4 例(20.00%),与文献报道[1-4]基本一致。外伤性脑梗塞发病机制至今尚未定论,目前认为其可能下列因素有关:①脑微循环障碍:颅脑创伤后颅内压增高,导致脑灌注压下降,血流缓慢,脑组织缺血、缺氧,加之外伤后氧自由基产生,血小板聚集而形成血栓;同时,脑梗塞急性期常出现细胞聚集,血流缓慢及血浆纤维蛋白含量升高等现象,可使血流淤滞、循环阻力增高,导致脑微循环障碍[5]。在治疗方面,由于脱水剂、利尿剂的应用及限制病人液体的入量,病人恶心、呕吐,饮食量减少,导致血液黏滞度增高,同样导致脑微循环障碍。②脑血管痉挛:外伤性蛛网膜下腔出血可以引起血管平滑肌持续收缩,导致脑血管痉挛,严重时引起脑梗塞[6,7]。③脑血管内膜损伤:部分病人外伤时,头颈旋转产生剪切力致脑内大动脉发生扭曲牵拉而导致血管内膜断裂产生附壁血栓,易形成脑梗塞。④脑血管受压:脑挫裂伤、颅内血肿、脑肿胀及脑疝形成可以导致脑组织移位,使脑内大动脉受压发生血流受阻而容易形成脑梗塞[8]。⑤其他因素:本研究发现既往有高血压、糖尿病病史的患者在遭受颅脑创伤后更易因血流动力学改变或脑血管因素而产生大面积脑梗塞。

3.2 外伤性脑梗塞的诊断

外伤性脑梗塞临床表现缺乏特异性,且常为颅脑创伤的症状所掩盖而延误诊治[9]。近年来,随着头颅 CT 的广泛应用,外伤性脑梗塞早期诊断水平不断提供。研究发现本病临床症状及体征出现后 24 h 内头颅 CT 检查可无阳性发现。本组 1 例发病后 24 h 内 CT 检查未见脑梗塞灶,而于 24 h 后复查才发现病灶,故一次检查结果阴性并不能完全排除外伤性脑梗塞,应严密观察。文献指出[10],早期多次 CT 复查是诊断脑梗塞的有效方法。本组研究中,我们体会:①当清醒病人出现局灶性神经功能缺失症状而 CT 表现难以解释; ②轻微的头部外伤后 出现神经功能缺失症状并有所发展者; ③开颅手术后病情好转后出现恶化或病情一直无好转者;均应即使行头颅 CT 检查。

3.3 外伤性脑梗塞的治疗

外伤性脑梗塞是多因素、多途径参与的病理过程,因此,在临床诊治中应做到早期诊断、早期治疗。在积极有效治疗原发性脑损伤的基础上,解除脑血管痉挛、纠正低血流量、降低血液黏稠度、维持脑灌注压,对预防和治疗外伤性脑梗塞至关重要[3]。虽然尼莫地平不能改善颅脑创伤的总体预后,但早期应用钙离子通道拮抗剂尼莫地平可避免或减轻脑血管痉挛,改善缺血灶及其附近脑组织的血流,减少细胞损失[11]。本组保守治疗 6 例, 除 2 例因病情恶化行去大骨瓣减压术外,其余 4 例有 3 例预后良好,1 例中残。本组行二次手术扩大骨瓣治疗 14 例,结果恢复良好 9 例,中残 4 例,重残 2 例,死亡 1 例。

基于本研究结果,我们认为外伤性脑梗塞一经确诊即应积极采用手术去大骨瓣减压治疗,手术清除血肿及挫伤的脑组织可以有效减轻脑水肿、降低颅内压避免正常脑组织及血管过度受压,是防止外伤后脑梗塞的有效方法。同时,早期应用钙离子通道拮抗剂、自由基清除剂等治疗也有利于改善患者预后,减轻外伤性脑梗塞。

参 考 文 献

[1] 艾子敏,靳怀明,常静茹. 外伤性脑梗塞 48 例临床分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2007,12(9):559-560.

[2] 郭珍立,刘红朝,柯贤军, 等. 23 例外伤性脑梗塞的临床分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2007,12(9):559-560.

[3] 李 华,樊明新,周 懿,等. 外伤性脑梗塞 18 例临床分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2006,11(10):627-628.

[4] 陈大惠,陈小聪,王 嵩. 小儿外伤基底节梗塞与血流变的关系[J]. 陕西医学杂志,2000,29(7):389-390.

[5] Engel DC, Mies G,Terpolilli NA, et al. Changes of cerebral blood flow during the secondary expansion of a cortical contusion assessed by 14C-iodoantipyrine autoradiography in mice using a non-invasive protocol [J]. Neurotrauma,2008,25(7):739-53.

[6] Zurynski Y A,Dorsch N W. A review of cerebral vasospasm. Part Ⅳ. Post-traumamatic vasospasm[J]. Clin Neurosci,1998, 5(2):146-154.

[7] 姜大宇,朱首峰,董克辛,等.创伤性蛛网膜下腔出血 73 例诊疗分析[J]. 基层医学论坛,2008,12(4):142.

[8] 赵爱国,李新钢.外伤性脑梗塞的临床研究进展[J]. 国外医学:神经外科学分册,2004,31(2):176-179.

[9] 黄海林,成 刚,谭学书.外伤性脑梗塞的临床诊治[J].华西医学,2008,23(3):457-458.

[10] 曹国恒.外伤性脑梗塞的 CT 诊断价值[J]. 河北医学,2009,15(4): 493.

[11] Thomas S,Herrmann B,Samii M,et al. Experimental subarachnoid hemorrhage in the rat: influences of nimodipine[J].Acta Neurochir Suppl,2009,102(8):377-379.

(责任编辑:关蕴良)