

## 出血性脑梗塞 16 例分析

焦晓东

(扬州市第二人民医院, 扬州, 225002)

出血性脑梗塞 (HI) 可分为栓塞后出血与血栓后出血 2 种, 前者为心源性栓子栓塞所致, 后者为血栓形成所致。我科自 1993 年 1 月~1995 年 12 月共收治脑梗塞患者 132 例, 现将 CT 发现有 HI 的 16 例分析如下。

### 1 临床资料

16 例患者中, 男 9 例, 女 7 例, 年龄 28~76 岁, 平均 52 岁。有高血压病史 7 例, 心脏病史 5 例, 高血压合并心脏病者 3 例。在 132 例脑梗塞患者中, 脑血栓形成 108 例, 心源性梗塞 24 例。其中 63 例接受蝮蛇抗栓酶常规剂量抗凝治疗, 包括血栓形成 54 例和心源性栓塞 9 例, 另外 69 例接受扩血管降低血粘度治疗, 包括血栓形成 54 例, 心源性梗塞 15 例。心源性栓塞 24 例中, 发生 HI 8 例, 发生率 33.3%; 脑血栓形成 108 例中, 发生 HI 8 例, 发生率 7.4%。132 例中共发生 HI 16 例, 发生率 12.1%。其中卒中后第 1、2、3、4 周发生 HI 者分别占受检人数的 14.6%、15.3%、7.1%、3.9%。抗凝治疗组 63 例中发生 HI 7 例 (11.1%), 非抗凝组 69 例中发生 HI 9 例 (13%)。

本组 132 例患者均在发病 24h 内入院作头颅 CT 扫描检查, 均表现为低密度影而确诊为脑梗塞。其中发生 HI 的 16 例病灶分布是: 病灶位于基底节区 8 例, 基底节区波及到一侧大脑皮质 5 例, 仅限于一侧大脑皮质 3 例。后在发病 4 周内, 复查头颅 CT, 发现在低密度区出现不均匀或不规则斑片状、环状或条索状与血液等密度的高密度影共 7 例, 其中 2 例形成血肿, 有明显占位效应。另外 9 例 CT 片示弥漫性点状高密度影。

本组 16 例发生 HI 的患者起病时, 都具备脑梗塞的临床特征。但入院后治疗过程中, 有 5 例

(其中 3 例接受抗凝治疗) 病情突然加重, 肢瘫程度加重, 有 2 例出现头痛、呕吐等颅高压征, 1 例发生癫痫, 1 例发生意识障碍。其它 11 例临床表现稳定, 甚至神经缺失症状开始改善。对病情恶化的 5 例患者作 CSF 生化常规及细胞学检查, 结果发现, 1 例 CSF 黄变, 镜下见到含铁血黄素吞噬细胞; 1 例在排除损伤因素后, 镜检可见少量红细胞。

### 2 讨论

HI 的发生原因: ①栓子被血流推向血管远端, 使血管再通; ②梗塞毛细血管麻痹性扩张, 管腔内压力降低, 血液自小静脉或吻合血管流入受损的毛细血管中; ③大灶性梗塞或梗塞区水肿明显时, 使周围血管受压, 血流瘀滞, 当水肿消退后, 侧枝循环建立, 受水肿压迫损伤的血管又恢复灌注等因素而使得缺血损伤通透性明显增加的血管壁, 在重新获得灌注后, 血液漏溢而出血致 HI。

HI 发生率: 国外 Hart 报道 HI 在栓塞性脑梗塞中占 51%~71%, 而非栓塞性梗塞中仅 2%~21%。Homing 的临床及前瞻性研究为 43%, 国内沈鼎烈报告为 34%, 朱克病理报告为 15%。本文栓塞组 HI 发生率为 33.3%, 非栓塞组占 7.4%, 总发生率 12.1%, 其中心源性栓塞组 HI 发生率高于血栓形成组。因此, 临床医生对心源性梗塞患者应引起足够重视, 注意观察病情变化并作头颅 CT 复查监测, 及时发现 HI, 及时处理。本组报道总发生率低于文献报告, 可能与检查时间未作 CT 连续监测, 样本量少有关。

出血发生的时间: Homing 等报告 65 例脑梗塞患者发病后 4 周内动态 CT 检查, 结果发现在卒中后第 1 周 HI 发生率为 17%, 第 2 周为

23%，第3周为3%，第4周为0。本组脑梗塞患者HI发生率。第1周为14.6%，第2周为15.5%，第3周为7.1%，第4周为3.9%。出血易发生在梗塞后2周内。但有的病例出血发生在梗塞后2~4周，甚至个别长达8周报道。

本文抗凝治疗组HI发生率为11%，非抗凝治疗组HI发生率13%，两者无显著差异，说明抗凝治疗不会继发性出血。但本组抗凝组发生HI的7例患者中，有3例病情恶化，其中2例出现颅高压征，说明抗凝治疗会使出血量增大，甚至形成占位效应，直接影响预后。因此，一旦病情变化或CT发现出血，明确HI诊断，应立即停用抗凝治疗。

大多数HI并不使临床症状恶化。本组11例患者病情无明显改变，所以单凭临床表现来判断有无HI是比较困难，必须作头颅CT或MRI连续动态监测，发现在梗塞性低密度区出现与血液相同的高密度影方可确诊为HI。脑血管造影发

现原闭塞血管的再通，偶有造影剂外渗到出血区有助于诊断；脑脊液（CSF）生化常规及细胞学检查，在排除损伤的前提下，发现少量红细胞，或呈血性或黄变亦有助于HI的诊断，本组16例患者均经CT检查确诊，并对其中症状恶化的5例HI患者作CSF生化常规检查，其中2例符合上述改变。

关于HI的治疗，作者认为临床症状未加重，甚至好转的HI患者，应停用抗凝剂及血管扩张剂，予以缺血与出血的中性处理。而对于病情加重甚至恶化的患者应按脑出血治疗，降颅压、止血、改善脑水肿等综合治疗。HI预后与抗凝治疗有关，抗凝治疗易发展为重症病例，大块梗塞者预后差，自发的HI预后常常是良性的。

参考文献（略）

（收稿日期：1997-11-10）

（上接316页）

栓塞止血失败和反复咯血原因之一。我们将单纯用明胶海绵栓塞支气管动脉主干的方法改为用明胶海绵微粒栓塞末梢血管，而用明胶海绵条栓塞主干以阻断病区的丰富末梢血管网络，切断B-P分流通道，使栓塞疗效更好，3个月以上止血成功率达96.6%。

本组32例中有3例复发（占9.37%），但复发时咯血量不多，有2例再次进行支气管动脉造影，发现阻塞血管再通，但血管较前变细，再次栓塞后，咯血立即停止，说明重复进行栓塞仍有效。

国内外资料介绍支气管动脉栓塞多数选用明胶海绵为中期栓塞剂或用同种硬脑膜，牛心包

等，我们主要是用明胶海绵，少数用钢丝圈或丝线段，取材容易，且远期疗效达87.5%。

本组并发症有低热、胸骨后烧灼痛、背部及肋间痛，一般对症处理，3~5天症状缓解，1例并发麻痹性肠梗阻，仅作了胃肠减压，3天后症状缓解，出现麻痹性肠梗阻可能由于栓子小而随血流进入肠系膜上动脉引起，此例是我院早期病例，以后改用双栓塞后未再出现此并发症。文献报导该疗法偶可出现严重的并发症如脊髓损害及肺梗塞，本组病例未出现。

参考文献（略）

（收稿日期：1998-02-14）