

## Clinical diagnosis and treatment of cerebral infarction analysis report

Yu Qinghong\* Fu Lanqing

The First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou

**Abstract:** Objective: to explore the clinical features of brain stem infarction and summarize the experience of diagnosis and treatment. Methods: clinical diagnosis and treatment of 45 cases of brain stem infarction and literature review. Results there were different clinical manifestations of brain stem infarction due to different etiology, number and location of occlusion vessels. There were 26 cases (57.8%) with typical brain stem lesion, and some patients had no typical clinical manifestations of brain stem lesion (42.2%). Conclusion: the diagnosis and treatment of patients with brain stem infarction requires the clinician to have certain neuroanatomical knowledge, the treatment must be specific case specific analysis, accurate positioning and qualitative neurological department, comprehensive treatment, and the best combination of MRI examination, to strengthen the psychological counseling of patients in the treatment process.

**Key words:** The brain stem. Cerebral infarction; Wallenberg syndrome

Received: 2019-08-01; Accepted: 2019-08-19; Published: 2019-08-29

# 脑梗死临床诊治分析报告

余庆鸿\* 付兰清

兰州大学第一医院, 兰州

邮箱: qh.yu3001@gmail.com

**摘 要:** 目的: 探讨脑干梗死的临床表现特点及总结诊治经验。方法: 45 例脑干梗死临床诊断治疗分析及结合文献回顾。结果脑干梗死由于病因、闭塞血管数目及部位的不同, 临床表现各异, 具备典型脑干损害表现者 26 例 (占 57.8%), 部分患者可无脑干损害典型的临床表现 (占 42.2%), 头颅 MRI 与 CT 比较对于颅底结构的影像表达有一定的优势。结论: 脑干梗死患者的诊治需要临床医师具备一定的神经解剖学知识, 治疗方面一定要求做到具体病例具体分析, 神经科定位定性准确, 全面治疗, 并且最好结合 MRI 检查, 治疗过程中对患者加强心理辅导。

**关键词:** 脑干; 脑梗死; Wallenberg 综合征

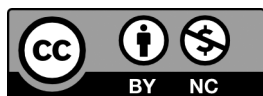
收稿日期: 2019-08-01; 录用日期: 2019-08-19; 发表日期: 2019-08-29

---

Copyright © 2019 by author(s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



脑梗死是神经科的常见病和多发病，由于脑干的神经解剖结构复杂，发生梗死后临床表现复杂多样，仅部分病例符合典型的定位体征，临床诊断治疗有一定的难度，易发生漏诊和误诊。临床探讨有一定实用价值。现将笔者所在医院 2015 年 4 月至 2019 年 7 月收治的脑梗死患者 45 例进行分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

45 例患者中男性 26 例，女性 19 例，年龄 37、82 岁，平均 56.2 岁。既往高血压病史者 32 例，糖尿病史者 12 例，冠状动脉粥样硬化性心脏病 12 例，肺源性心脏病者 3 例，高脂血症者 1 例，无任何病史突发起病者 3 例。有大脑半球病灶伴发脑梗死的患者 27 例，单发或多发性脑梗死病灶的患者 18 例。其中 41 例是脑干腔隙性梗死，小脑后下动脉所致梗死患者 3 例（Wallenberg 综合征），桥脑基底部梗死致闭锁综合征 1 例。

### 1.2 临床表现

表现为典型的脑梗死 26 例，占 57.8%。系指有颅神经核性或核下性损害、交叉性瘫痪、Horner 综合征、眼震、核间性眼肌麻痹、共济失调、意识障碍等典型脑干部症状；表现不典型的脑梗死 19 例，指无明显前述的脑干损害体征，仅表现为头昏、头痛、肢体无力等神经科体征，占 42.2%，影像学报告这部分无典型脑干损害体征的患者均为腔隙性脑梗死，直径小于 1.0cm。45 例患者均经头颅 MRI 检查确诊，之前有 21 人已经作过 CT 检查，仅有 5 例确诊为脑梗死，其他未报告脑梗死或仅疑诊脑梗死。

### 1.3 治疗

根据患者的临床表现、起病时间、有无基础疾病，采取不同的治疗原则，

但一般均给与活血化瘀,改善微循环,阿司匹林口服抗血小板聚集,对症支持,营养神经细胞等治疗,部分合并急性意识障碍或头颅影像学检查提示病灶周围神经细胞水肿明显者加用小剂量脱水治疗,3 例小脑后下动脉梗死患者及 1 例闭锁综合征患者给与低分子肝素皮下注射,其中一例小脑后下动脉梗死患者年仅 48 岁。既往糖尿病病史(无心房颤动,骨折等病史)的患者,无溶栓禁忌证,起病 5h 后给与尿激酶溶栓治疗(150 万 U 静脉溶栓)。

## 2 结果

临床观察脑干部位的梗死以高血压病、糖尿病等基础疾病所致的腔隙性梗死最为常见,有相当一部分患者临床观察并未出现典型的脑干损害表现,临床所见的脑干损害患者其颅神经损害及皮质脊髓束损害的神经分布与定义的神经解剖部位大体一致,但可能稍有出人,临床脑干损害的症状以共济失调(占 53.8%)、交叉性瘫痪(占 73.1%)、颅神经损害最为常见,颅神经损害当中又以位听神经损害为主。

按照 1986 年全国第二次脑血管病学术会议制定的疗效评定标准,基本痊愈(临床症状体征均恢复正常,一个月内无再发者)20 例(占 44.4%),显著进步(瘫痪肢体肌力提高至 IV 度或 III 度以上,CT 等辅助检查有明显缓解的证据)14 例(占 31.1%),进步(症状有改善,瘫痪肢体的肌力提高 I 至 II 度,语言障碍改善)11 例(24.4%),无死亡病例。

## 3 讨论

(1) 脑干是维持生命活动及意识状态的重要中枢,因血管闭塞部位、数目不同,引起脑干梗死的部位、范围的不同,加上原有基础病的影响,使得脑干梗死的临床表现复杂多样,临床脑干损害的症状以共济失调、交叉性瘫痪、颅神经损害最为为主。颅神经损害当中又以位听神经损害常见,考虑脑干部位的前庭神经核较为表浅,对缺血极为敏感,前庭神经核及其传导通路的缺血很容易造成头昏、眩晕、共济失调等症状,往往病初即有表现。本文总结的 45 例脑干梗死患者,无脑干部典型损害的患者达 19 例,占 42.2%,与既往部分文献[1、

3] 报告的结果基本符合,究其原因,认为这类患者绝大多数为脑干部的细小腔隙性梗死患者,本文观察的这类病例,其腔隙性脑梗死的直径均小于 1.0cm,直径 200  $\mu\text{m}$  以下的细小深穿支动脉所致的脑干梗死体积小,故临床症状有可能不显著。

(2) 从诊治方法上来看,脑干梗死似无新奇之处,但实际上对于这部分患者的诊断和治疗,往往需要医师具备一定的基本功和一定的临床经验。由于部分脑干梗死的患者合并存在大脑半球的梗死灶,临床医生易忽略可能同时存在的脑干部位梗死灶,起病初期梗死病灶的临床症状可能并未达到顶峰,如果没有对病情的充分全面评估,就很可能对之后出现的明显的脑干损害症状无准备。因头颅 CT 在神经系统出血性疾病上的诊断优势,使得许多医生都将 CT 作为急性脑血管病首选辅助检查,由于颅底颅骨部位出现的伪影,影响了一部分患者颅底结构的观察,易误诊、漏诊脑干疾病,在笔者观察的脑干梗死患者中,经头颅 MRI 确诊的部分患者,之前进行过 CT 检查,但没有报告或仅疑诊为脑干梗死,CT 对于脑干梗死的检出率仅为 6.7% ~ 0.5%,而 MRI 对于梗死灶的检出率可以达到或接近 100%。但由于条件限制,即使行 MRI 检查亦要等到一定时期(起病后 6h)方可出现典型的梗死灶影像,这就要求临床医生争分夺秒先于影像学检查作出正确的判断,脑干梗死是由于较大的脑动脉分支形成血栓,或深穿支动脉慢性病变所导致的微小腔梗,梗死的部位都要求做出准确判断,并根据不同的病因选择正确的治疗。

(3) 对于这 45 例患者的诊疗,笔者总结:详细诊察患者,对于怀疑脑干病灶的患者,争取进行 MRI 检查;脑干梗死患者由于大多患者合并有高血压及糖尿病等基础疾病,全面系统的治疗才能达到满意的疗效。由于脑干梗死临床表现复杂,症状较庞杂,且要与中枢神经系统感染、脱髓鞘疾病等相鉴别,易引起患者焦虑紧张,应增加患者治疗的信心,加强必要的心理辅导。

## 参考文献

- [1] 张军彩,王育贤.脑干梗死 35 例临床分析.中国误诊学杂志,2008,24(8): 2795.

- 
- [2] 于均成, 雷爱舒, 金萍萍. 脑干梗死 46 例临床分析. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 12 ( 5 ) : 42.
- [3] 梁伦昌, 黄俭. 近年脑干梗死误诊确诊原因分析. 临床医学, 2009, 29 ( 2 ) , 114.
- [4] 刘翔, 戴建平, 詹桐, 等. 颅内脑干疾病的影像学诊断 · 中华放射学杂志, 2001, 33 ( 4 ) : 233.