

伴有头晕的脑梗死患者 168 例临床研究

Clinical Research of 168 Patients with Cerebral Infarction Accompanied by Dizziness

王祥翔¹, 柴湘婷¹, 崔焕礼¹, 戴 蓉² (1. 胶南市人民医院神经内科, 山东 胶南 266400, 2. 胶南市中医院血液透析室, 山东 胶南 266400)

摘要:目的 分析伴发头晕的脑梗死(CID)病例的临床特点。方法 回顾性分析 168 例 CID 患者的临床资料, 分别对前循环梗死(ACI)及后循环梗死(POCI)进行彩色多普勒超声、经颅多普勒(TCD)、颅脑 MR/MRA 检查以及代谢综合征(MS)筛查, 记录颈内动脉(ICA)和椎基底动脉(VBA)病变情况。结果 单纯 ACI 者 38 例(22.62%), 单纯 POCI 者 123 例(73.21%), 前后循环均受累及者 7 例(4.17%)。ACI 伴发头晕 45 例(26.79%)中, ICA 发生严重狭窄或斑块 36 例(80%), VBA 发生严重狭窄或斑块 9 例(20.00%); POCI 伴发头晕的 130 例(77.38%)中, ICA 发生严重狭窄或斑块 68 例(52.31%), VBA 发生严重狭窄或斑块 33 例(25.38%); 两者比较 ICA 病变情况差异有显著统计学意义($\chi^2=10.63, P<0.01$), VBA 病变情况差异无统计学意义($\chi^2=0.531, P>0.05$)。ACI 伴发头晕病例中 MS 38 例(84.44%), POCI 伴发头晕病例中 MS 71 例(54.62%), 差异有显著统计学意义($\chi^2=12.662, P<0.01$)。结论 头晕多见于 POCI, 亦可见于 ACI; 伴有头晕的 ACI 更多合并颈动脉的严重狭窄/斑块或 MS。

关键词: 头晕; 脑梗死; 前循环梗死; 后循环梗死; 代谢综合征

中图分类号: R743.33

文献标识码: A

文章编号: 1001-8174(2013)12-2660-02

头晕以自身不稳感为特征, 是神经科最常见症状之一^[1]。欧洲研究报道约 30% 的普通人群有过中、重度的头晕^[2]; 同时头晕又经常是卒中伴发症状。广义的头晕包括眩晕、晕厥前、失衡和头重脚轻感四种症状^[3]。眩晕是后循环缺血(PCI)最常见的症状, 约占 2/3 以上^[4]; 但表现为头晕或眩晕的 ACI 在临床中也的确存在。为探讨 CID 的临床特点, 对 168 例以头晕为主诉的脑梗死(CI)患者, 行彩色经颅多普勒(TCD)、颈部血管彩超、颅脑 MR 检查以及 MS 筛查, 现将结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾性分析 2012 年 1~12 月到胶南市人民医院神经内科住院的以头晕为主诉的 CI 患者 168 例, 所选病例美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)≤3 分, 即符合小卒中的定义^[5]。其中男 97 例, 年龄 49~85(62±4.7)岁; 女 71 例, 年龄 53~86(65±3.2)岁。所有 CI 患者均新发不同程度的头晕, 且发病时间 72h 以内, 有的伴耳鸣呕吐, 无与头晕相关的波动性进行性听力下降; 排除颅内肿瘤、脑出血、耳源性眩晕、偏头痛性眩晕、癫痫、感染中毒及其他内科因素引起眩晕发作病例; 以临床表现和颅脑磁共振检查确定新发卒中。ACI 者 45 例, POCI 者 130 例, 每组病例均含前后循环同时受累者 7 例。

1.2 仪器设备 GE Vivid7 Dimension 彩色多普勒超声显像仪与德国 DWL 经颅多普勒仪, 分别用 7.5~10Hz 及 2 MHz 探头对 168 例 CID 患者颅内主要动脉进行检测, 包括颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉及椎动脉的形态、管壁厚度、测量颈总动脉内-中膜厚度, 观察是否有斑块及斑块大小; 显示彩

色血流, 脉冲多普勒取样测量, 收缩期峰值流速(V_s)、舒张期峰值流速(V_d), 阻力指数(RI), 判断是否存在血管内异常及供血障碍。应用美国 GE 1.5T 磁共振扫描机, 确定卒中为新发, 并观察颅内动脉情况和颈部动脉情况, 进行血管狭窄程度评估。

1.3 血管狭窄的判定标准 超声检查诊断标准: (1) 颅外血管狭窄标准: 收缩期峰流速 120cm/s, 伴或不伴涡流、杂音, 低频增宽等频谱形态异常; (2) 颅内血管狭窄标准: 颈动脉系统血管平均血流速度>120cm/s, 或收缩期峰值流速>160cm/s 伴或不伴涡流、杂音及频谱形态改变, 低频增宽; (3) 血流速度减低标准: 颈动脉系血管平均血流速度<40cm/s 为血流速度减慢, 椎基底动脉系统平均血流速度<20cm/s 为血流速度减慢; (4) 血管闭塞的诊断标准: 闭塞远端无血流信号或闭塞远段血流速度减低、波峰圆钝, 侧支循环形成^[6]。血管狭窄磁共振诊断标准: 根据 MRA 所示狭窄血管信号的丢失量及血管管腔直径减少作以下分类: 正常~轻度狭窄(<50%)、中度狭窄(50%~75%)和严重狭窄(75%~90%)。

1.4 MS 的诊断标准 (1) 腹部肥胖: 腰围男>90cm, 女>85cm; (2) 血 TG≥1.7mmol/L(150mg/dl); (3) 血 HDL-C<1.04mmol/L(40mg/dl); (4) 血压≥130/80mmHg; (5) 空腹血糖≥6.1mmol/L(110mg/dl)或糖负荷后 2h 血糖≥7.8mmol/L(140mg/dl)或有糖尿病史。具有以上 3 项或 3 项以上者可诊断为 MS^[7]。

1.5 统计学方法 所有资料均采用 SPSS 17.0 统计学软件进行分析, 计数资料用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05, P<0.05$ 为差异有统计学意义, $P<0.01$ 为差异有显著统计学意义。

2 结果

所有 CID 病例中,单纯 ACI 者 38 例(22.62%),单纯 POCI 者 123 例(73.21%),前后循环均受累及者 7 例(4.17%),头晕更多见于 POCI,亦见于 ACI。颈动脉严重狭窄或斑块 99 例(58.93%),椎动脉严重狭窄或斑块 39 例(23.21%)。

ACI 伴发头晕 45 例(26.79%,含 7 例前后循环均受累及者)中,ICA 发生严重狭窄或斑块 36 例(80%),VBA 发生严重狭窄或斑块 9 例(20.00%);POCI 伴发头晕的 130 例患者(77.38%,包括 7 例前后循环均受累及者)中,ICA 发生严重狭窄或斑块 68 例(52.31%),VBA 发生严重狭窄或斑块 33 例(25.38%);伴有头晕的 ACI 较 POCI 更多合并颈动脉的狭窄或斑块, $\chi^2=10.63, P<0.01$,差异有显著统计学意义;伴有头晕的 POCI 患者发生椎动脉严重狭窄或斑块者并不比 ACI 多, $\chi^2=0.531, P>0.05$,差异无统计学意义。

ACI 伴发头晕 45 例(含 7 例前后循环均受累及者)中,MS 38 例(84.44%);POCI 伴发头晕的 130 例患者中(含 7 例前后循环均受累及者),MS 71 例(54.62%); $\chi^2=12.662, P<0.01$,差异显著统计学意义,伴有头晕的 ACI 合并 MS 多于 POCI。

3 讨论

脑动脉硬化造成脑动脉供血不足常以椎基底动脉供血不足为主,因耳内前庭器和前庭核的血供来自 VBA,其管腔细小并缺乏侧枝循环,而前庭核在脑干的排列较分散,对缺氧特别敏感而较易受损,所以前驱症状以头晕为主^[8,9]。研究发现 ACI 占 26.79%,POCI 占 77.38%,所以头晕更多见于 POCI。但所有 CID 病例 ICA 发生严重狭窄或斑块者占 58.93%,VBA 发生严重狭窄或斑块者占 23.21%,这一结果提示 ICA 病变也参与了头晕的发病。

头晕的发生和患者脑血管的功能状态密切相关。Willis 环正常时,ICA 狭窄或阻塞而由 VBA 代偿全脑供血时,大部分血液通过后交通动脉转向大脑,脑干会显示“颅内盗血综合征”;所以部分病例前循环血管功能状态虽然发生改变,但并不是导致头晕发生的责任血管^[10]。由于耳蜗内有来源于 ICA 分支的血供,颈外动脉耳后支发出的茎乳动脉及 ICA 发出的颈鼓支亦参与内耳供血,可能对椎基底动脉供血不足起代偿作用;另外丘脑病变可引起位置觉障碍;大脑皮质额叶运动前区的损伤也会导致平衡障碍。这些结构可能在 ACI 相关性头晕中起一定作用^[11]。

整体而言,多种因素导致的 PCI 仍旧是头晕发作的主要原因;大部分的头晕患者的前后循环系统均存在较为普通的动脉硬化现象,但是斑块或严重狭窄主要发生在 ICA(58.93%),这与以往的研究是一致的,VBA 斑块极为少见。PET 对头晕发作病人检查发现,ICA 及其大脑半球灌注区的血流量与 VBA 的血流量同样减低。因此临床将头晕一概归之于椎基底动脉供血不足似乎不够全面^[12]。

MS 可能导致伴发头晕的 ACI 血管基础较差。目前普遍认为胰岛素抵抗(IR)是 MS 主要特征之一。IR 导致脂肪分解减弱,游离脂肪酸进入肝脏后转为 TG 增多;外周组织极低密度脂蛋白分解减少,导致 HDL-C 减少,两者均可加速动脉粥样硬化的进程^[13]。血压增高会使脑小动脉壁上自主神经出现过度调节,引起脑皮质供血障碍,产生包括头晕等一系列临床表现。高血糖状态脑微血管内皮细胞和基质的损伤,形成微血栓;另外高血糖使糖化血红蛋白含量增加,减少了脑组织供氧,导致脑缺血^[14]。

以上资料提示,ICA 也参与了头晕的发病过程,前循环 CID 或许临床症状轻微(NIHSS ≤ 3 分),但往往存在更广泛的血管病变或更多合并 MS,若不加留意则病情易于加重或复发。为减少 CI 发病,临床工作中针对危险因素尽早积极干预。

参考文献:

- [1]中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治专家共识[J].中华神经科杂志,2010,43(5):369-374.
- [2]头晕诊断流程建议专家组.头晕的诊断流程建议[J].中华内科杂志,2009,48(5):435-437.
- [3]Kroenke K,Lucas CA,Rosenberg ML,et al. Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care[J]. ANN Intern Med,1992,117(11):898-904.
- [4]Caplan LR,Wityk RJ,Glass TA,et al. New England Medical Center Posterior Circulation registry[J].Ann Neurol,2004,56(3):389-398.
- [5]Fischer U,Baumgartner A,Arnold M,et al. What is a minor stroke[J]?Stroke,2010,41(4):661-666.
- [6]李建初,袁立华.血管和浅表器官彩色多普勒超声诊断学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1998.92.
- [7]程 桦.代谢综合征[C].陆再英,钟南山.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2009.811-813.
- [8]谢 涛,王龙成,王全山,等.322 例老年人眩晕病因分析[J].中华老年医学杂志,2000,19(1):22.
- [9]中国后循环缺血专家共识组.中国后循环缺血的专家共识[J].中华内科杂志,2006,45(9):787.
- [10]覃东琼,陈桂荣,尼建平,等.椎动脉型颈椎病的彩色多普勒超声检测[J].中国动脉硬化杂志,2004,12(6):725-726.
- [11]汪 波,黄一宁,高山.颈内动脉系统血管狭窄可能是眩晕的病因[J].中华神经科杂志,2000,33(6):382.
- [12]任 民.椎基底动脉短暂缺血发作、椎基底动脉供血不足与慢性脑供血不足[J].临床神经病学杂志,2002,15(4):247-249.
- [13]Reaven GM. Pathophysiology of insulin resistance in human disease[J].Physiol Rev,1995,75(3):47.
- [14]蒲传强,郎森阳,吴卫平.脑血管病学[M].北京:人民军医出版社,1999.441.

收稿日期:2013-05-26

作者简介:王祥翔(1982-),男,山东日照人,硕士研究生,住院医师。研究方向:脑血管病,痴呆,癫痫。