

短暂脑缺血发作概念的变迁

杨任民

1889 年 Peabody 首先对突然出现半身不遂、失语、失明等神经功能障碍, 而于 24h 至数月自愈的一组高血压或(及)动脉粥样硬化的患者, 称为“脑血管痉挛”。1951 年 Denny-Brown 发现心源性休克等原因引起全身血压下降或脑血管狭窄惹致脑内血流量不足, 出现一过性神经障碍者, 命名脑供血不足(cerebral vascular insufficiency, CVI)。1955 年 Millikan 发现这种可逆性、反复短暂发作的神经功能缺失, 可能是由于大动脉粥样硬化斑块的溃疡表面的微栓子脱落所致, 称做短暂脑缺血发作(transient ischemic attacks, TIA)。Fisher (1959)、Russell (1961) 等进一步提供了微栓子引起 TIA 的证据。1974 年美国卒中委员会(JCSF)制订了 TIA 的概念和诊断标准, 并获得临床医师的普遍接受。1986 年中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第 3 次修订的各类脑血管病诊断要点中, 对 TIA 的概念与诊断要点内容与 JCSF 基本相同: “反复发作的脑局部血流一过性减少, 使相应灌流区出现短暂的神经缺失症状, 临床表现为发病急, 持续时间短, 一般持续 5~30min, 最多不超过 24h, 多无意识障碍, 不遗留后遗症”。

80 年代初, 不少脑血管病专家对 TIA 患者进行随访时发现 TIA 患者脑梗塞及心肌梗塞的患病率较高。如日本一组统计, 约半数 TIA 在 10~14 天内发生脑梗塞。美国随访 5 年的两组资料表明, 脑梗塞发病的危险率主要在初次 TIA 发作后的 1 年内, 如美国 Heyman 对 324 例 TIA 随访 5 年, 发生脑梗塞 69 例, 发生急性心肌梗塞 43 例。Toole 对 225 例 TIA 平均随访 5.5 年, 有 82 例死亡, 其中死于心脏病者 52 例, 21 例发生脑梗塞, 4 例死亡。因此, 有人将脑梗塞、脑出血称做完全性脑卒中, 而将 TIA 称做先兆卒中或卒中前驱期。但近年随着 CT、MRI 的普及, TIA 在概念上发生了变化, TIA 患者行 CT 或/及 MRI 检查, 发现存在梗塞灶的阳性率为 14%~30%, 有一组报道竟高达 75.8%。Waxman 报告一组内囊附近腔隙梗塞的患者, 临床表现为 TIA, 而脑血管造影证实为颈内动脉梗

塞, 命名为短暂脑梗塞(cerebral infarct with transient, CIT)。因此, 临床表现 TIA 发作的患者中, 部分可能被 CT 证实为腔隙梗塞, 而动脉造影可能存在颈内动脉闭塞。

TIA、可以恢复性脑卒中(reversible ischemic neurological deficit, RIND)与腔隙梗塞(又称部分性非进展性脑卒中, partial none progressive stroke, PNPS)。

教科书已明确记载, 临床对局灶性脑症状于 24h 内消失的缺血性脑血管病, 称 TIA; 局灶性脑症状持续 48h 以上, 而于 3 周内基本消失者称 RIND; 轻微局灶性症状持续 3 周以上, CT 证实脑部存在 1.0~20mm 病灶者称腔隙卒中(绝大多数为腔隙梗塞)。Loeb 对 76 例 TIA、45 例 RIND 及 85 例腔隙卒中随访 5~7 年, 认为 TIA 与 RIND 除后者起病和恢复较慢外, 临床经过相似, 故提出 RIND 可视为延迟性短暂脑缺血发作(prolong transient ischemic attacks, PTIA), 二者可统称为可逆性缺血发作(RIA), 都属卒中前期范畴。但是 Calandre 对 88 例 TIA、46 例 RIND 及 70 例 PNPS CT 扫描比较, 发现这 3 组的 CT 阳性率、梗塞部位和大小均无显著差异, 所以认为, 这三类局灶性脑缺血在脑组织结构损害方面并无本质性差异。近代这些研究表明, 临床 TIA 表现可能是可逆性缺血性脑功能缺失; 也可能是部分腔隙梗塞或脑梗塞的一种临床表现。所以, 将 TIA 称做中风前兆或前期是不妥的。

(收稿: 1997-07-11)

提供空心胶囊

产品型号(胃溶), 型号: 0[#] 装量 0.3g~0.5g; 1[#] 装量 0.1g~0.3g; 2[#] 装量 0.1g 以下。

价格: 135 元/万粒(含邮资)。

需要者请汇款至浙江新昌越州制药有限公司 潘炎锋收, 邮编: 312560, 电话: (0575) 6060338, 9086676。款到三日内发货, 如有质量问题及数量不足厂方负责。请写清收货地址。