

短暂性脑缺血发作

徽郎中

2019-03

概念

- 由于脑血管疾病引起的脑部局灶性或视网膜功能障碍，临床症状**一般不超过1小时**，最长不超过24小时，且无责任病灶的证据。

传统TIA定义：只要临床症状在24小时以内消失，且不遗留神经系统体征，而不管是否存在责任病灶。

进来研究证实，如果神经功能缺损症状超过1小时，绝大部分神经影像学检查均可发现对应的脑部小梗死灶。



流行病学资料

- 1 . 据统计美国每年约有50000人发生 TIA 。
- 2. 65~74岁的美国白种人每年发生卒中的可能性为1%，而与之相匹配的TIA人群中，每年发生卒中的可能性是5~8%。
- 3 . 统计资料表明约20%脑梗死患者发病前有TIA史。

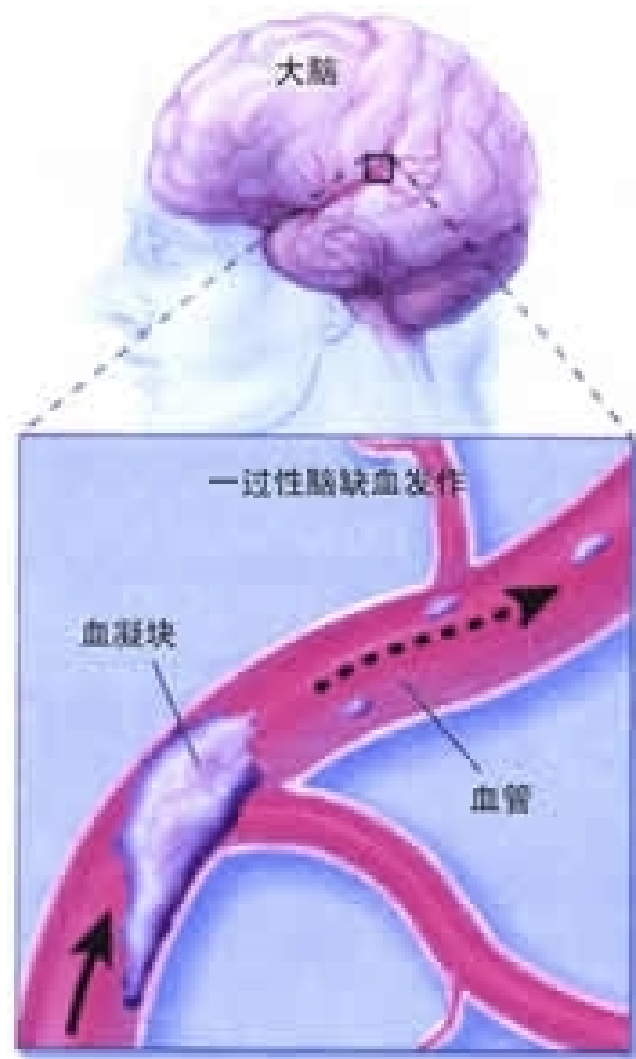
不谋而合



病因及发病机理

✚ TIA的发病与动脉粥样硬化、动脉狭窄、心脏病、血液成分改变及血流动力学变化等多种病因及多种途径有关主要的发病机制有：

- 血流动力学学说
- 微栓子学说



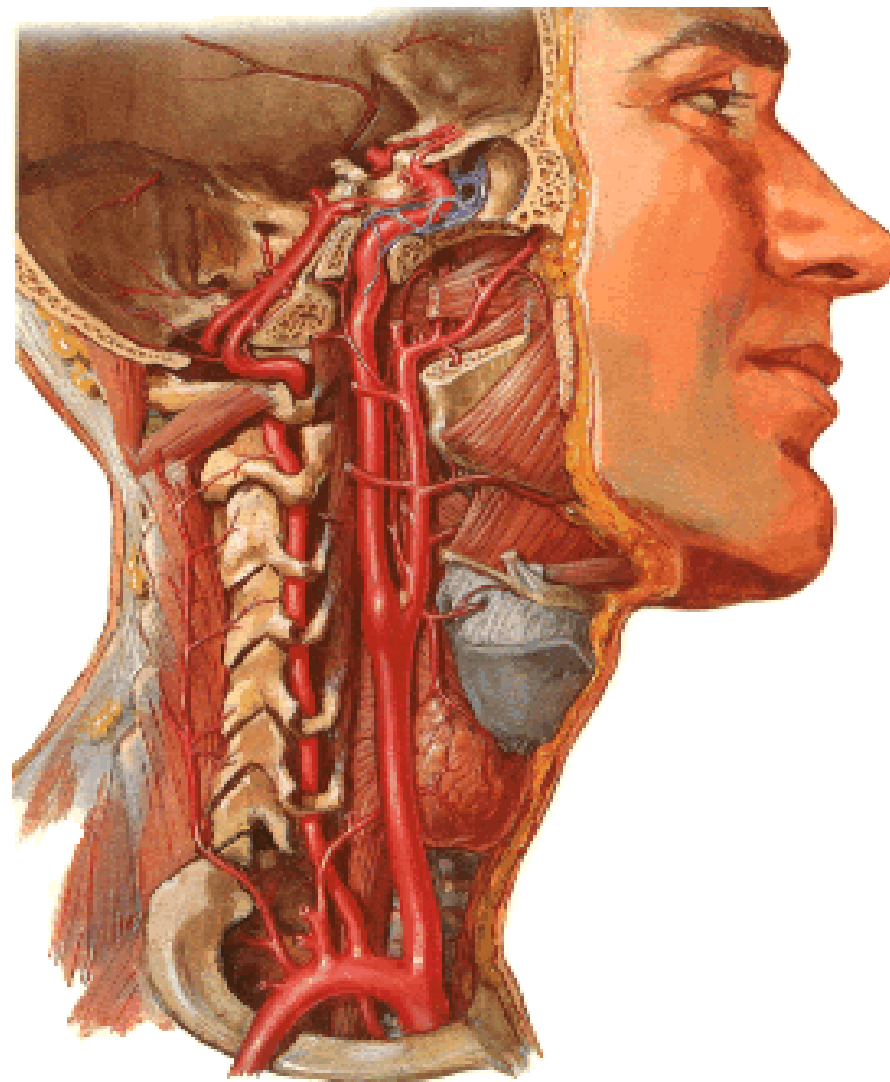
脑的动脉来源

颈内动脉

- 供应端脑前2/3
与间脑的前部

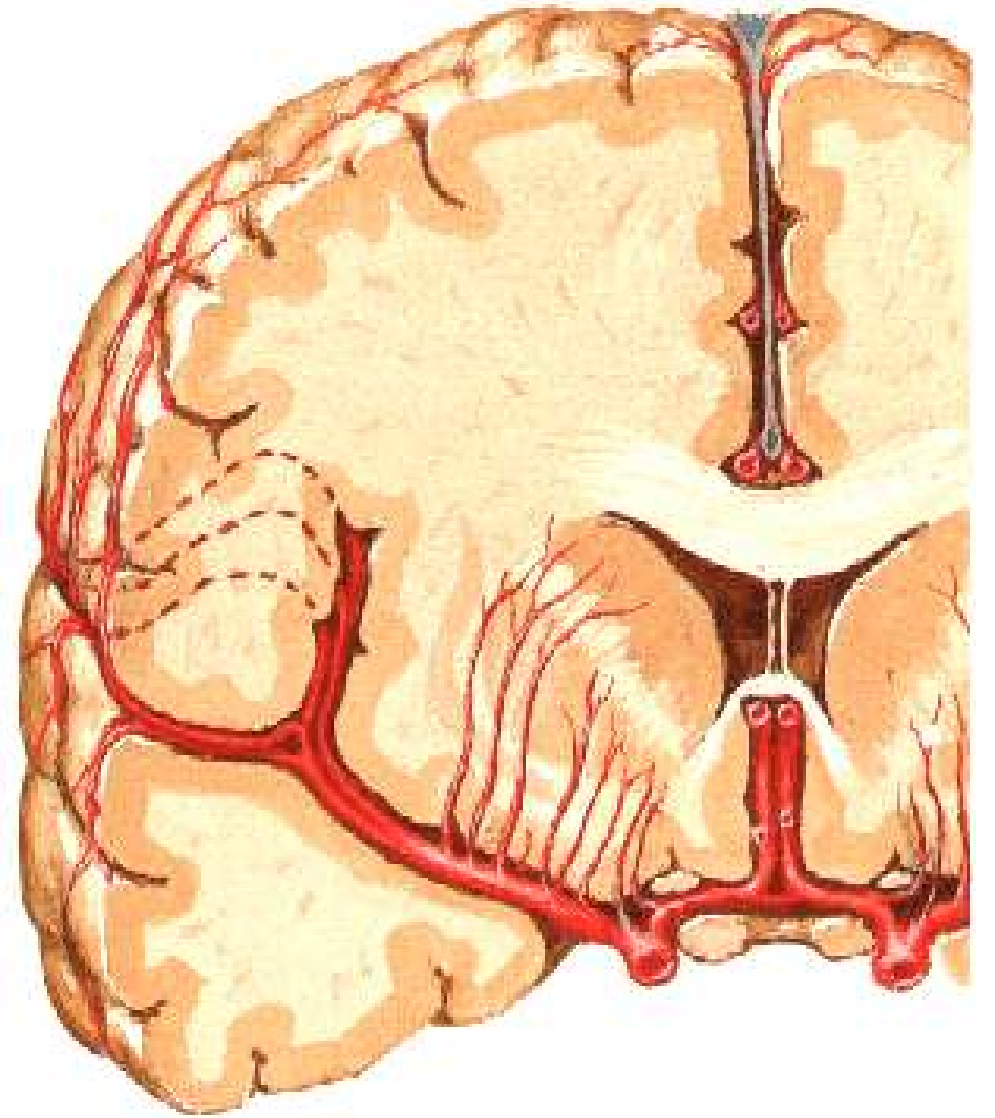
椎动脉

- 供应端脑后1/3、脑干、小脑
和间脑后部



脑动脉分支

- 皮质支：
 - 大脑前动脉
 - 大脑中动脉
 - 大脑后动脉
- 营养脑皮质及其深面的髓质
- 中央支：
 - 从大脑前、中、后动脉的起始处发出
 - 营养深部脑髓质、基底核、内囊和间等



病因及发病机理

1. 血液动力学说

- 各种原因(如动脉硬化和动脉炎等)所致的颈内动脉系统或椎-基底动脉系统的动脉严重狭窄—血压的急剧波动导致原来靠侧枝循环维持的区域发生**一过性缺血**
- 此型TIA的临床**症状比较刻板，发作频度较高，每天或每周可有数次发作，每次发作持续时间多不超过10min**

病因及发病机理

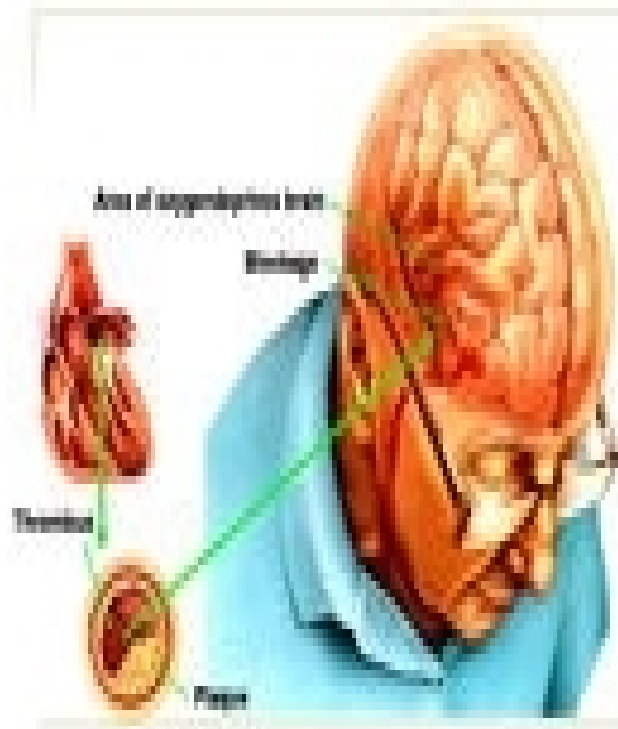
2. 微栓子学说

微栓子主要来源

- 动脉粥样硬化的不稳定斑块
- 附壁血栓的破碎脱落
- 瓣膜性或非瓣膜性心源性栓子及胆固醇结晶

微栓子阻塞小动脉常导致其供血区域脑组织缺血，当栓子破碎或溶解移向远端时，血流恢复，症状缓解

此型TIA的临床症状多变，发作频度不高，数周或数月发作一次，每次发作持续时间较长，可达数十分钟至2小时



临床表现

一般特点

- TIA好发于中老年人，男性多于女性，
- 多伴高血压、动脉粥样硬化、糖尿病或高血脂 等脑血管病危险因素
- 发病突然，历时短暂，最长时间不超过24小时
- 局灶性脑或视网膜功能障碍；恢复完全，不留后遗症；
- 反复发作；

临床表现

1. 颈内动脉系统TIA：临床表现与受累血管分布有关

(1) 大脑中动脉(MCA)供血区的TIA

- 缺血对侧肢体的单瘫、轻偏瘫、面瘫和舌瘫
- 可伴有偏身感觉障碍和对侧同向偏盲
- 优势半球受损常出现失语和失用
- 非优势半球受损可出现空间定向障碍

(2) 大脑前动脉(ACA)供血区TIA

人格和情感障碍、对侧下肢无力

(3) 颈内动脉(ICA)主干TIA

- 眼动脉交叉瘫
- Horner交叉瘫



临床表现

- 2. 椎-基底动脉系统TIA

- (1) 眩晕、平衡障碍、眼球运动异常和复视
- (2) 可有单侧或双侧面部、口周麻木，或伴有对侧肢体瘫痪、感觉障碍，呈现典型或不典型的脑干缺血综合征

特殊临床综合征：

- 1) 跌倒发作
- 2) 短暂性全面遗忘症
- 3) 双眼视力障碍发作

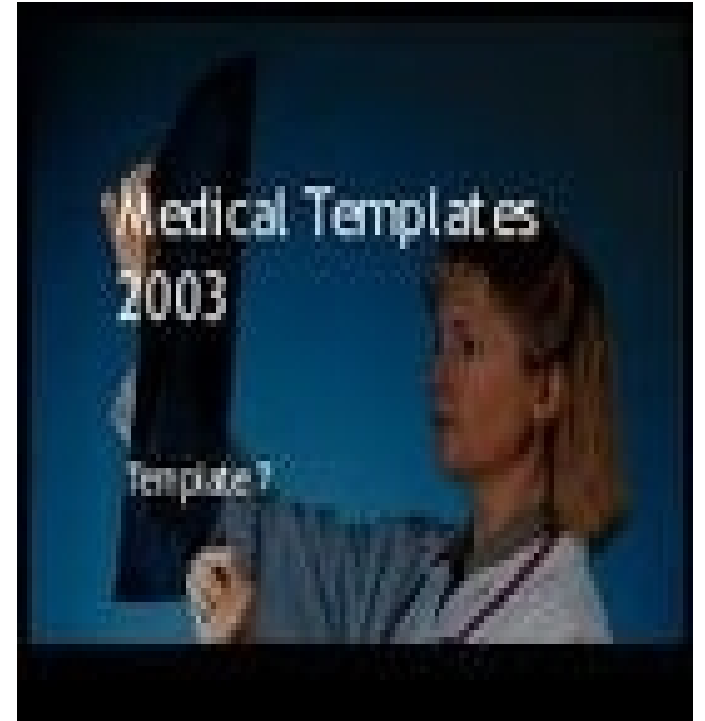
临床表现

- 据统计90%的TIA发生在颈内动脉供血区域
- 7% 在椎-基底动脉供血区域
- 3%二者共有

辅助检查

- CT或MRI检查大多正常，部分病例(发作时间>60min者)于弥散加权MRI可见片状缺血灶
- CTA、MRA及DSA可见血管狭窄、动脉粥样硬化斑
- TCD可发现颅内动脉狭窄，并可进行血流状况评估和微栓子监测
- 血常规和生化检查是必要的
- 神经心理学检查可能发现轻微的脑功能损害

CT或MRI是最重要的初始诊断性检查



诊断及鉴别诊断

（一）诊断

应明确两个问题：

1) 是否为TIA?

2) 明确病因。

1 TIA的诊断标准：（是否为TIA?）

- 神经功能缺损**必须**能够定位在特定的血管分布区。
- 发作持续时间通常<15分钟，少数患者<60分钟,但不能超过24小时。
- 除非存在陈旧性脑梗死，发作间歇期无神经功能缺损的症状与体征。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/517046151120006062>