

探讨外伤性脑梗死法医临床学鉴定的要素

杨福玲

北京盛唐司法鉴定所 北京 100049

【摘要】目的：分析外伤性脑梗死法医临床学鉴定的要素。方法：随机抽取本所 2018 年 5 月至 2019 年 5 月接收的 50 例外伤性脑梗死案件，对所有患者一般状况、预后、临床表现、梗死出现时间等资料进行回顾分析。结果：50 例患者均被明确诊断为外伤性脑梗死，且大部分合并原发颅脑损伤，通常出现在伤后 2 日至 7 日，具有较高的致残率和致死率。结论：尽管外伤性脑梗死单独发生概率偏低，很容易合并原发性颅脑损伤，同时被掩盖，其可能被严重原发性颅脑损伤吸收，因此，应准确鉴别、理解外伤性脑梗死。

【关键词】脑梗死；法医学；外伤性

近年，在社会经济飞速发展的同时，人们的生活水平和生活方式发生显著改变，由于诸多因素作用，致使外伤性脑梗死患者不断增多，并呈增加趋势。外伤性脑梗死指的是颈部或者头部外伤后造成脑血管闭塞或者堵塞引起的脑组织缺血性坏死，该病是颅脑损伤常见并发症之一，该病病情相对严重，其很容易进一步加重疾病，具有较高的致残率和致死率。由于医疗救治水平的进步，颅脑损伤的患者存活率逐渐增加，故在法医临床鉴定中外伤性脑梗死的案件也随之增多，所以，能够准确鉴别和认定脑梗死是否与外伤有关对于法医学鉴定至关重要。本文主要针对外伤性脑梗死法医临床学鉴定内容进行分析，具体如下。

1 研究资料与方法

1.1 研究资料

将 2018 年 5 月至 2019 年 5 月本所接收的 50 例外伤性脑梗死患者收入本研究中，其中男、女分别有 27 例和 23 例；年龄最小、最大分别是 5 岁和 69 岁（ 35.46 ± 5.32 ）岁。临床表现：具有肢体肌力降低、头痛及意识障碍。根据 GCS 评分划分：5 例 13 分-15 分，10 例 9 分-12 分，35 例 3 分-8 分。

1.2 方法

中华神经外科学会制订的脑血管疾病诊断标准为依据进行判定，具体如下：具有明确脑部外伤史，CT 频繁检查过程中，提示边界清楚、血管分布区低密度影，需除外陈旧性梗死灶以及病情演变恶化难以用原发性损伤解释等其它情况。根据《人体损伤程度鉴定标准》对各种致伤因素对人体造成的原发性损伤及原发性损伤引起的并发症或者后遗症为依据，全面分析，综合鉴定损伤程度；按照《人体损伤致残程度分级》标准并依据人体组织器官结构破坏、功能障碍及其对医疗、护理的依赖程度，适当考虑由于残疾引起的社会交往和心理因素影响，综合判定致残程度等级。

1.3 观察指标

对外伤性脑梗死分布状况、外伤性脑梗死临床出现时间和外伤性脑梗死伤残程度及损伤程度进行分析。

1.4 统计学方法

采取统计学软件 SPSS21.0 准确处理研究数据，计数资料以率（%）表示。

2 结果

2.1 以 CT 结果为依据对外伤性脑梗死分布状况进行推断

以 MRI 和 CT 等影像学检查提示，20 例外伤性脑梗死发生于大脑前动脉供血支配区，15 例发生于大脑中动脉供血支配区，8 例发生在大脑后动脉供血支配区，5 例皮层梗死，2 例豆纹动脉-丘脑动脉。

2.2 外伤性脑梗死临床出现时间

受伤后，首次对颅脑进行 CT 检查无低密度，定期复查颅脑 MRI 和 CT 发现持续出现低密度，同时对强化效应、占位效应及梗死灶密度变化等考虑，再根据临床表现，最终明确诊断为外伤性脑梗死。本研究中，外伤性脑梗死出现时间：3 例 1 日内出现，23 例 2 日-4 日出现，13 例 5 日-7 日出现，5 例 7 日后出现，3 例 17 日出现，3 例 40 日出现。

2.3 外伤性脑梗死伤残程度和损伤程度

本研究中，7 例因病情严重经抢救无效死亡。外伤性脑梗死合并原发颅脑损伤，以《人体损伤程度鉴定标准》为依据评定：16 例重伤一级，22 例重伤二级，5 例轻伤一级。以《人体损伤致残程度分级》为依据评定：16 例一级伤残，6 例二级伤残，10 例三级伤残，6 例九级伤残，5 例十级伤残。

3 讨论

到目前为止，外伤性脑梗死诱发机制和损伤因素依旧无法明确，据有关资料显示，其可能与如下因素有关，具体如下：首先，颅脑损伤后，脑内形成的血肿或者广泛脑挫裂伤合并血管压迫或者血管壁损伤。其次，

广泛性及外伤性蛛网膜下腔出血引起脑血管痉挛, 最终造成的血管闭塞。再次, 受伤后, 颅内压水平提高导致脑灌注减少, 延缓了血流, 造成脑部出血缺氧、缺血现象。其四, 在外力作用下, 颈部血管内膜受损, 位于血管壁上的血栓脱落, 外伤性脑梗死体征及症状通常出现在伤后 12 小时至 48 小时, 部分甚至达到数日。其五, 动态监测低灌注压与颅内高压, 同时实施相应的手术治疗方法, 从而使外伤性脑梗死死亡率和发生率降低。最后, 其他因素。患者自身药物不良反应及基础疾病等, 若患者自身合并高血脂、高血压及高血糖等, 导致继发外伤性脑梗死发生风险提高。经调查研究发现, 外伤性脑梗死发生率在 1.9% 左右, 在医学技术日益发展的同时, 特别是治疗方法的增多和影像学技术的发展, 外伤性脑梗死诊断率越来越高。

颅脑外伤是外伤性脑梗死诊断的基础, CT 检查在其中具有重要作用, 经影像学检查提示主要分布在血管部位, 边界清楚, 且出现低密度影。据有关资料显示, 通过解剖重型颅脑损伤合并外伤性脑梗死的尸体发现, 相比于病理性脑梗死, 外伤性脑梗死楔形病灶具有较高的相似度, 尖端指向脑组织中心部位。组织学差别明显, 病理性脑梗死以液化性坏死及脑软化呈现, 外伤性脑梗死临床表现包括周围血管性出血、毛细血管高度淤血、

小血管淤血、脑组织高度水肿等。CT 检查过程中, 可根据其特点联合诊断, 受伤后 24 小时内 CT 检查通常无法清楚显示更多的梗死灶, 同 CT 检查相比, MRI 应用效果更为明显。有关研究人员认为, 外伤性脑梗死发生 6 小时后, 通过 MRI 检查提示部分脑水肿, 如果实施 MRI 增强可以提前 2 小时至 4 小时。因此, MRI 在早期诊断脑梗死中具有重要作用。研究结果显示, 本研究中, 外伤性脑梗死出现时间: 3 例 1 日内出现, 23 例 2 日-4 日出现, 13 例 5 日-7 日出现, 5 例 7 日后出现, 3 例 17 日出现, 3 例 40 日出现。

当前, 如何对非外伤性脑梗死与外伤性脑梗死准确鉴别是目前法医鉴定的重点。通常情况下, 对于合并高血压、动脉硬化、风心病及糖尿病患者而言, 很容易发生病理性脑梗死。针对法医司法鉴定人员应综合诸多因素判定患者是否存在病理性脑梗死, 包括患者基础疾病状况、颅脑损伤、受伤事件、动脉 CT 片变化、外伤严重程度等。

总而言之, 尽管外伤性脑梗死单独发生概率偏低, 很容易合并原发性颅脑损伤, 同时被掩盖, 其可能被严重原发性颅脑损伤吸收, 因此, 应准确鉴别、理解外伤性脑梗死。

【参考文献】

- [1] 刘海峰, 孙威, 方强, 于洋. (2019). 脑外伤后颅内出血的法医临床学鉴定研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 19(10), 21-22.
- [2] 周军, 肖恒波. 43 例脑外伤后颅内出血的法医临床学鉴定分析 [J]. 医学与法学, 2017, 9(3):85-86.
- [3] 丁春丽, 陈骏, 孟浩. 3 例二次损伤案的法医临床学鉴定分析 [J]. 医学与法学, 2018, 10(6):82-84.
- [4] 王明勇, 马东程. 脑外伤后颅内出血的法医临床学鉴定研究 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(24):173-174.
- [5] 林孔才. (2018). 对外伤性脑梗死法医临床学进行鉴定的要点分析 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, v.2; No.18(09), 27-28.
- [6] 王明勇, & 马东程. (2018). 脑外伤后颅内出血的法医临床学鉴定研究. 中国社区医师, v.34(24), 173-174.