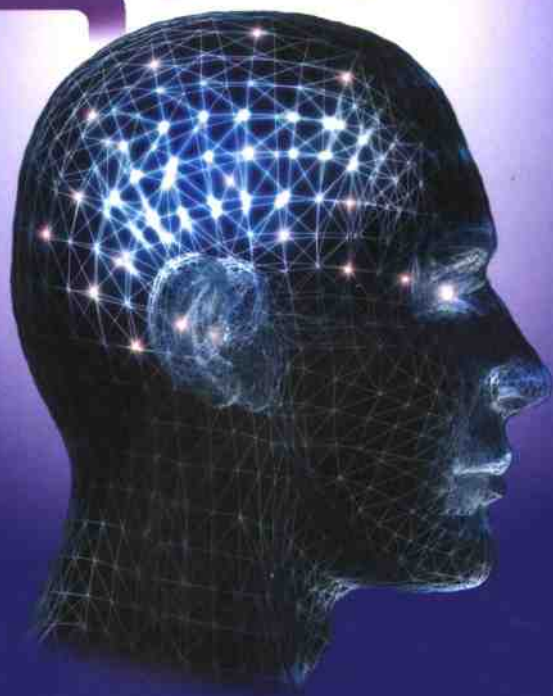


神经病学 基础与临床

黄瑞雅 刘运广 李雪斌 编著

广西科学技术出版社

SHENJINGBINGXUE
JICHU YU
LINCHUANG



神经病学基础与临床

黄瑞雅 刘运广 李雪斌 编著

SHENJINGBINGXUE JICHU YU LINCHUANG

广西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经病学基础与临床/黄瑞雅等编著. —南宁:
广西科学技术出版社, 2006. 6
ISBN 7-80666-653-2
I. 神... II. 黄... III. 神经病学 IV. R741
中国版本图书馆CIP数据核字 (2006) 第 148041 号

神经病学基础与临床

黄瑞雅 刘运广 李雪斌 编著

*

广西科学技术出版社出版

(南宁市东葛路 66 号 邮政编码 530022)

广西新华书店发行

广西地质印刷厂印刷

(南宁市建政东路 88 号 邮政编码 530023)

*

开本 890mm×1240mm 1/32 印张 7.375 字数 185 000

2006 年 6 月第 1 版 2006 年 6 月第 1 次印刷

印数: 1-3 000 册

ISBN 7-80666-653-2/R·101 定价: 15.00 元

本书如有倒装缺页, 请与承印厂调换

前 言

神经系统疾病是多发病、常见病，其中一些疾病，如脑血管疾病，属急、危、重症，有着较高的病死率和致残率，对病人的身心健康造成严重的危害，给社会带来了巨大的负担。有一些神经系统疾病，如癫痫，其发病机理尚未十分明确，治疗上仍以长期服药控制发作为主，相当一部分病人难以根治，影响了病人的生活质量甚至生活信心。另有一些神经系统疾病，如神经系统变性疾病，尚缺乏有效的治疗方法。十几年来，右江民族医学院神经病学的医学工作者，在探究神经系统疾病的发病机制、流行病学特点和治疗方法等方面做了大量有效的工作。本书汇集了我们多位作者的研究论文，研究的内容包括脑血管疾病、癫痫与神经电生理、小儿神经系统疾病、中枢神经系统感染、神经外科疾病等的基础与临床研究。由于时间仓促，书中难免存在错漏或不足之处，望广大读者批评指正。

本书在编印过程中得到了右江民族医学院科研处和临床学院教科部的大力支持，在此致谢。

编著者
2006年3月28日

目 录

第一部分 脑血管疾病	(1)
50 例脑出血破入脑室的 CT 与临床分析	(1)
急性脑血管病 161 例评分总结	(5)
丘脑卒中 146 例临床与 CT 分析	(11)
糖化血红蛋白检测在急性脑梗死中的应用价值	(15)
血清神经元特异性烯醇酶检测在短暂性脑缺血发 作中的应用价值	(19)
紫外线照射充氧自血回输治疗脑血管病 20 例 疗效观察	(24)
长期服用小剂量阿司匹林对脑梗死患者病情的影响	(28)
简易定向锥颅血肿碎吸术治疗高血压性脑出血	(31)
微创神经外科与高血压脑出血的治疗	(34)
影响锥颅血肿碎吸术治疗高血压脑出血疗效的因素分析	(39)
脑出血与脑血栓形成指血 15 项指标比较	(42)
脑动脉硬化形成与治疗新进展	(45)
脑梗死与脑出血患者继发癫痫发作情况比较	(53)
溶栓与颅内出血并发症	(55)
兆科降纤酶治疗急性脑梗死的溶栓疗效观察	(61)
脑出血病人近期预后分析	(64)
第二部分 癫痫与神经电生理	(69)
腹型癫痫 66 例临床与脑电图分析	(69)

原发性癫痫全身强直-阵挛发作患者脑电图与血清	
神经元特异性烯醇酶的检测	(72)
癫痫患儿血清骨代谢指标和镁变化的初步研究	(77)
儿童癫痫及抗癫痫治疗对甲状腺功能影响的	
前瞻性研究	(81)
儿童癫痫及抗癫痫治疗对血脂水平影响的研究	(86)
儿童阴茎勃起发作性癫痫 1 例	(89)
腹型癫痫 76 例临床与脑电图分析	(90)
小儿难治性癫痫药物治疗进展	(94)
癫痫的流行病学现状	(101)
以大便失禁为主要表现的癫痫 2 例	(106)
第三部分 小儿神经系统疾病	(108)
脑多肽治疗流行性乙型脑炎 20 例疗效观察	(108)
中枢神经系统感染血清与 CSF 液中 IL-6、TNF、	
ET-1 变化的研究	(111)
脑干听觉诱发电位在学龄前儿童语言发育障碍病	
因诊断中应用价值的探讨	(116)
神经细胞凋亡与新生儿缺氧缺血性脑病	(121)
学习障碍儿童的智力水平及结构缺陷分析	(126)
婴幼儿脑震荡 93 例临床分析	(129)
儿童神经母细胞瘤 36 例诊断分析	(132)
脑穿通畸形 20 例临床分析	(136)
第四部分 中枢神经系统感染	(139)
中枢神经系统感染患者血浆与脑脊液中内皮素变化	
的研究	(139)
第五部分 神经外科疾病	(143)
不同手术方式治疗老年慢性硬膜下血肿对比研究	(143)
颅底骨折致颅神经损伤 110 例临床分析	(147)

颅脑损伤后血液流变学检测及临床意义	(151)
颅脑损伤急性期血糖变化与病情及预后的关系	(155)
生长抑素与颅脑损伤关系的研究与现状	(158)
选择性脑亚低温治疗重型颅脑损伤	(163)
早期应用低分子右旋糖酐对外伤性脑内血肿吸收 及神经功能恢复的影响	(168)
重度颅脑损伤患者血糖血钠浓度与预后关系的研究 ...	(171)
重型颅脑外伤患者急性期心率变异性分析及意义	(176)
钻孔引流术与微创术治疗老年人慢性硬脑膜下血肿 的疗效比较	(180)
床边锥颅血肿碎吸、大剂量尿激酶溶解引流治疗硬 膜外血肿	(185)
脑内小脓肿型囊虫病临床特点分析	(188)
外伤性脑梗死的临床研究	(191)
外伤性脑水肿药物防治的研究近况	(198)
重型颅脑损伤患者院内感染分析	(204)
重型颅脑损伤后中枢性低钠血症的特点与诊治	(207)
重型脑外伤患者 T 细胞亚群与免疫球蛋白的变化 及意义	(211)
第六部分 其 他	(216)
急性运动性轴索神经病的临床研究进展	(216)
68 例终末期尿毒症并发神经精神症状原因分析	(221)
黛安神治疗神经症疗效观察	(225)

第一部分 脑血管疾病

50 例脑出血破入脑室的 CT 与临床分析

脑出血破入脑室患者病情凶险、病死率高。笔者对 50 例脑出血破入脑室患者的 CT 和临床特征进行分析,探讨影响其生命预后的因素,探索有效的治疗方法,现报道如下。

一、资料和方法

1. 一般资料

全组 50 例,男 32 例,女 18 例;年龄 28~82 岁(平均年龄 60.32 岁);60 岁以下 16 例,60~70 岁 27 例,70 岁以上 7 例。入院时病程均在 24 小时以内,其中 5 小时以内 37 例。既往有高血压病的 23 例,心脏病 7 例,脑出血 4 例,脑梗死 11 例,蛛网膜下腔出血 2 例。临床表现:头痛呕吐 31 例,意识障碍 35 例,高血压 41 例,抽搐 16 例,肢体瘫痪 45 例,病理征 31 例,脑膜刺激征 26 例,失语 23 例,高热 16 例。腰穿检查 9 例,脑脊液均为全程均匀血性,其中颅内压增高 8 例,心电图表现异常 32 例。神经功能缺损程度评分(按改良爱丁堡与斯基的那维亚评分标准)为 3~43 分,平均为 26.16 分。死亡 16 例,占总人数的 32.0%。

2. CT 资料

出血部位：丘脑 21 例，壳核 12 例，脑叶 3 例，混合型 14 例。血肿侵入脑室范围：1 个脑室系统 37 例，2 个脑室系统 7 例，3 个脑室系统 6 例。血肿量： $<20\text{ ml}$ 24 例， $20\sim50\text{ ml}$ 16 例， $>50\text{ ml}$ 10 例，最大血肿量为 136 ml ，血肿量按公式：长 $\times$ 宽 $\times$ 层数 $\times\pi/6$ 计算。脑室扩大 19 例，中线移位 8 例。

二、治疗

本组 50 例患者全部是采用药物降低颅内压、减轻脑水肿、控制血压、防治并发症、小剂量冬眠合剂配合冰枕、吸氧降低脑的代谢率、保护脑细胞等内科治疗，注重基础护理。资料统计采用卡方或校正卡方检验。

三、结果与讨论

在 CT 问世以前脑出血破入脑室主要靠症状、体征及腰穿来诊断，其典型的表现突然昏迷加深、出现脑膜刺激征、四肢弛缓性瘫痪、阵发性强直痉挛或去大脑强直状态，生命体征不稳定，预后极差^[1]。本组符合上述典型表现的患者有 17 例，占总人数的 34%，另有 66% 的患者不符合或部分符合上述表现。如果血肿破入脑室量少，脑室内脑脊液血细胞压积在 12% 以下时 CT 不能显示^[2]。对脑出血患者行头颅 CT 检查使本病检出率明显提高，但仍有漏诊，若病情允许予以腰穿检查可进一步提高本病的检出率。

近年来，有关文献报道此病病死率为 33.33%~60.4%，而影响其生命预后的因素亦不尽相同^[3~5]。本组男性 32 例，死亡 12 例；女性 18 例，死亡 4 例，经统计学检验，男、女患者病死率比较差异无显著性 ($\chi^2=0.2305$, $P>0.05$)，二者生命预后相仿。年龄在 60 岁以下者 16 例，死亡 6 例；60~70 岁 27 例，死亡 8 例；70 岁以上 5 例，死亡 2 例，三个年龄组患者病死率差异无显

著性 ($\chi^2=0.32$, $P>0.05$), 生命预后与年龄无关, 与文献报道相符^[3], 年轻患者如果具备某些因素, 病死率也会高, 同样应引起重视, 而高龄患者的生命预后不一定非常差。出现病理征 31 例, 死亡 12 例; 失语 23 例, 死亡 8 例; 病初高血压 41 例, 死亡 16 例; 肢体瘫痪 45 例, 死亡 15 例, 与不具备上述特征的患者相比, 病死率的差异无显著性, χ^2 值分别为 1.69、0.15、3.53、0.01, $P>0.05$, 生命预后与病理征、失语、病初高血压及肢体瘫痪间无明显关系。出现头痛、呕吐患者 31 例, 死亡 14 例; 意识障碍 35 例, 死亡 16 例; 肢体抽搐 16 例, 死亡 10 例; 脑膜刺激征 26 例, 死亡 13 例; 高热 16 例, 死亡 11 例, 与不具备上述特点的患者相比, 病死率的差异有高度显著性, χ^2 值分别为 6.49、8.09、10.06、8.07、14.60, $P<0.01$, 提示此病生命预后与病后出现头痛、呕吐、意识障碍、肢体抽搐及高热密切相关, 应当引起高度重视。有脑出血病史的患者 4 例全部死亡, 提示再发性脑出血患者如血肿破入脑室则病情更凶险、预后更差。

在 CT 表现方面: 丘脑出血 21 例, 死亡 7 例; 壳核出血 12 例, 死亡 2 例; 脑叶出血 3 例, 死亡 1 例; 混合型 14 例, 死亡 6 例。经统计学检验, 各组病死率差异无显著性 ($\chi^2=3.11$, $P>0.05$), 此病生命预后与出血部位无明显关系。有中线移位者 8 例, 死亡 5 例, 与无中线移位者相比, 病死率差异无显著性 ($\chi^2=2.56$, $P>0.05$), 生命预后与中线移位无关。血肿量小于 20 ml 者 24 例, 死亡 2 例; 20~50 ml 者 16 例, 死亡 6 例; 50 ml 以上者 10 例, 死亡 8 例, 各组病死率差异有高度显著性 ($\chi^2=16.99$, $P<0.01$), 血肿越大病死率越高, 生命预后越差, 与有关文献报道相符^[3]。血肿侵入 1 个脑室系统的 37 例, 死亡 8 例; 侵入 2 个脑室系统的 7 例, 死亡 4 例; 侵入 3 个脑室系统的 6 例, 死亡 4 例, 各组病死率相比差异有显著性 ($\chi^2=7.18$, $P<0.05$), 血肿侵入脑室系统范围越广, 病死率越高, 与文献报道^[5]相符。有脑室扩大

者8例,死亡5例,病死率明显高于无脑室扩大者($\chi^2=14.80$, $P<0.01$)。脑室扩大往往是由于脑脊液循环通路被血肿阻塞所引起,易导致颅内压骤然升高而发生脑疝,以致患者死亡。

本组病例总病死率为32%,较有关文献报道低。本组全部采用内科药物治疗,急性期的主要治疗措施有:(1)降低颅内压,减轻脑水肿。常规应用20%甘露醇250 ml加压静脉滴注,每4~6小时用1次,必要时可加用速尿及人血白蛋白增强脱水效果。(2)防止再出血。控制血压,绝对卧床休息、镇静等。(3)保护脑细胞维持生命机能。输氧、合理补液,维持水电解质平衡。对无意识障碍及轻度意识障碍者常规予小剂量冬眠合剂(冬眠Ⅱ号1/4~1/3量)深部肌注,每日3~4次,配合冰枕以降低脑细胞的代谢率,同时还起到镇静作用,又有利于观察病情变化。(4)防治并发症。除了合理应用抗生素防治感染、静注甲氧咪呱防消化道出血外,还应加强护理,建立翻身卡,每2小时帮助翻身拍背1次以防褥疮、坠积性肺炎。(5)其他。包括血糖增高者胰岛素的应用、对症治疗等。采用积极合理的内科药物治疗并注重护理亦能取得较好的效果。但从CT表现来看,血肿量超过50 ml者、脑室扩大者、3个脑室系统都有血肿侵入者的病死率仍较高,分别为80.0%、66.7%及60.0%。有的学者认为对脑室出血患者采用超早期(发病5小时以内的)在脑疝未形成时实施血肿清除脑室引流术能获得较好的效果^[6],由于此病表现危重,大多数病人在起病后5小时入院,本组有41例,占82.0%。建议有以上CT表现特征的病例采用超早期血肿清除脑室引流术以期降低病死率,改善生命预后。

参考文献

- 1 黄友岐主编. 神经病学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1993. 156
- 2 Scott WR. Comp terized axial tomography of intracerebral and intraventricular

- ular hemorrhage. Rodialogy, 1974, 12: 73
- 3 周农, 刘斌, 杨吉英等. 脑室出血 133 例临床分析. 安徽医科大学学报, 1993, 28(2): 150
 - 4 盛雨辰, 陈士谟, 韩辉等. 自发性脑出血破入脑室 90 例临床与 CT 分析. 中国急救医学, 1994, 11(4): 22
 - 5 毛振帮, 王思明. 150 例脑出血破入脑室及生命预后. 中风与神经疾病杂志, 1991, 8(4): 204
 - 6 张延东. 破入脑室的高血压脑出血超早期手术治疗的临床经验. 中国神经精神病杂志, 1987, 13(3): 158

(李雪斌)

急性脑血管病 161 例评分总结

自 1986 年全国第二次脑血管病学术会议通过并建议使用统一的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准以来, 国内许多临床工作者采用该标准对脑卒中患者评分, 用评分结果来比较卒中的严重程度和观察疗效, 取得了较满意的效果, 但对该标准的评价和评分总结方面报道甚少。现总结我院 1990 年 8 月至 1995 年 7 月收治的 161 例急性脑血管病患者的神经功能缺损程度评分, 并分析评分与卒中类型、性别、年龄、症状、病史及预后的关系, 报道如下。

一、临床资料

1. 性别、年龄、病人来源

在 161 例患者中, 男 101 例, 女 60 例, 男、女之比为 1.68 : 1。年龄 36~90 岁, 平均年龄 61.3 岁。来自农村的 99 例, 占 61.5%; 来自城镇的 62 例, 占 38.5%。

神经病学基础与临床

2. 卒中类型、病程

161 例患者中脑出血 63 例, 脑梗死 98 例。入院时病程最短的为 30 分钟, 最长的为 30 天。诊断均符合 1986 年中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第三次修订的各类脑血管病诊断要点^[1], 其中 154 例经头颅 CT 扫描确诊。

3. 症状、病史

较多见的症状有: 运动障碍、意识障碍、呕吐和失语, 其中以运动障碍最多 (138 例, 占 85.7%)。161 例中有高血压病史者 72 例, 占 44.7%; 有心脏病史者 24 例, 占 14.9%; 有糖尿病史者 13 例, 占 8.1%。

4. 评分标准与方法

评分按改良爱丁堡与斯堪的那维亚研究组标准^[2], 在患者入院时由本科室 2~3 位有经验的医师, 根据患者神经功能缺损的项目和程度逐项评分, 然后将各项评分相加即得最终评分, 最高分为 45 分, 评分越高则神经功能缺损程度越重。出院时再次评分, 按 1986 年全国第二次脑血管病学术会议通过的临床疗效评定标准^[2]评定预后。

二、结果

1. 评分与卒中类型的关系

从表 1-1 可以看出, 脑出血患者的评分高于脑梗死患者的评分 ($\chi^2=33.99$, $P<0.01$)。

表 1-1 评分与卒中类型的关系

评 分	脑出血	脑梗死	合 计
0~15	16	68	84
16~30	20	20	40
31~45	27	10	37
合计	63	98	161

2. 评分与性别、年龄的关系

表 1-2 提示评分与性别无关 ($\chi^2=0.2415$, $P>0.05$), 70 岁以上年龄组患者的评分高于其他年龄组患者的评分 ($\chi^2=15.63$, $P<0.01$)。

表 1-2 评分与性别、年龄的关系

评 分	例数	性别		年龄			
		男	女	<50	50~59	60~69	70~79
0~15	84	54	30	10	28	41	5
16~30	40	24	16	7	11	13	9
31~45	37	23	14	5	7	9	16
合 计	161	101	60	22	46	63	30

3. 评分与症状、病史的关系

从表 1-3 可知, 出现呕吐患者的评分偏高, 以评分为 31~34 分者最多 ($\chi^2=24.40$, $P<0.01$)。出现失语的患者评分在各分数段差异无显著性 ($\chi^2=2.93$, $P>0.05$), 出现意识障碍的患者的评分高于无意识障碍的患者 ($\chi^2=81.02$, $P<0.01$)。有运动障碍的患者的评分明显高于无运动障碍的患者 ($\chi^2=10.46$, $P<0.01$)。经统计学分析, 认为评分与高血压病、心脏病、糖尿病等病史间无关系 ($\chi^2=3.57$, $P>0.05$; $\chi^2=2.75$, $P>0.05$; $\chi^2=2.68$, $P>0.05$)。

表 1-3 评分与症状、病史的关系

评 分	例数	症状 (n)				病史 (n)		
		呕吐	失语	运动障碍	意识障碍	心脏病	高血压病	糖尿病
0~15	84	6	21	65	9	11	33	4
16~30	40	10	9	39	22	4	22	5
31~45	37	17	18	34	34	9	17	4
合 计	161	33	48	138	65	24	72	13

4. 评分与预后的关系

评分在 31~45 分的患者病死率高达 48.6%，治愈率仅为 2.7%；相反评分在 0~15 分的患者病死率仅为 4.8%，治愈率为 54.8%；而评分在 16~30 分的患者其预后处于上述二者之间（见表 1-4）。三个评分段患者的预后差异有高度显著性（ $\chi^2=68.21$ ， $P<0.01$ ），评分越高者预后越差，评分越低者预后越好。

表 1-4 评分与预后的关系

评 分	治 愈	好 转	无变化	死 亡	合 计
0~15	46	6	28	4	84
16~30	4	12	15	9	40
31~45	1	10	8	18	37
合 计	51	28	51	31	161

三、讨论

1. 评分与卒中类型

脑出血患者的评分明显高于脑梗死患者的评分，表明脑出血患者的神经功能缺损程度明显重于脑梗死患者。脑出血的临床意义有两个部分：一是血肿本身，二是周围的脑水肿^[3]。血肿本身会刺激、压迫脑组织，当血肿破入脑室后对脑干功能的影响、血肿周围水肿的损害，以及它们共同作用所引起的脑疝，都可导致严重的神经功能缺损，因而评分较高。由脑梗死引起的神经功能缺损，主要是由于脑水肿和脑肿胀所造成，而决定脑水肿和脑肿胀的重要因素则取决于缺血的速度、时间与程度，只有当缺血达到或超过生存阈时神经功能才完全消失，否则还是一个可逆的过程。另外，还取决于侧支循环的代偿能力^[3]。若侧支循环代偿能力良好，则可不造成神经功能缺损或缺损轻微。因此脑梗死患者的神经功能缺损程度较轻，评分较低。

2. 评分与性别、年龄

男、女患者的神经功能缺损评分无明显差异，这与有些文献报道的男性患者发病重于女性患者，病死率亦高于女性患者之观点不相符。也可能是由于本组病例男性明显多于女性（男、女之比为 1.68 : 1），分布不均所造成的。70 岁以上患者的神经功能缺损评分明显高于其他各年龄组的评分，这与有关文献报道的 >75 岁者卒中病死率高、老年人发生卒中的程度严重^[3,4,6]等观点基本相符，可能与老年人脑动脉硬化广泛而且严重，以及常合并心肺疾病有关。

3. 评分与症状、病史

出现意识障碍的患者评分明显高于无意识障碍者。造成意识障碍的卒中往往是大范围、多部位的卒中，累及广泛大脑皮层和脑干网状结构，因而神经功能缺损程度重、评分高。出现呕吐患者的评分明显高于无呕吐患者的评分。脑卒中患者出现呕吐的常见原因有：颅内压增高、延髓呕吐中枢受刺激及丘脑受刺激以后导致应激性消化道出血而出现呕吐咖啡样物，这些常是神经功能缺损严重的标志，因而神经功能缺损程度重、评分高。出现失语患者与无失语患者的评分无明显差别，其机理有待进一步探讨。本组病例中绝大多数（占 85.7%）都有运动障碍，这与供应大脑皮质运动中枢及内囊的大脑中动脉是脑血管病的最好发血管^[6]有关。有运动障碍的患者的评分明显高于无运动障碍的患者，这是由于运动障碍是一项重要的神经功能缺损，它在改良爱丁堡与斯堪的那维亚评分标准中占有较大的比例。评分与有无高血压病、心脏病、糖尿病等病史之间无关系，这与有关文献报道的高血压病、心脏病、糖尿病是影响卒中病情、预后的重要因素^[3,7]之观点不相符，也可能是本组病例多数来自边远山区的农村，卫生条件差，入院前极少就诊，影响构成比所造成的。

4. 评分与预后

评分在 0~15 分的患者治愈率为 54.8%，病死率为 4.8%；而评分在 31~45 分的患者治愈率仅为 2.7%，病死率则高达 48.6%；评分在 16~30 分的患者处于二者之间，评分越低者预后越好，评分越高者预后越差。梁玉宏认为意识障碍、肢体瘫痪、水平凝视麻痹等神经体征为卒中预后的主要预测因素之一^[8]。改良爱丁堡与斯基的那维亚研究组评分标准包括了对意识、水平凝视、言语、上下肢肌力和行走能力等神经体征的评判，可以认为据评分结果预测卒中患者的预后较可靠。评分为我们正确掌握病情提供了量化标准，对估计预后、指导治疗有着重要意义。我们还可以在病程第 20、第 30、第 60 天再次评分，用于与入院时的评分对照以评判疗效。评分方法简单、易行，意义重大，值得推广，对无 CT、MR 等设备的基层医院尤甚。但改良爱丁堡与斯基的那维亚研究组评分标准也有一定的局限性，比如偏盲、偏身感觉障碍在该标准中没有反映出来，而上述一种或两种缺失的组合会使预后更差。另外，较高级的认识机能缺失，如失语、失认的定量较难，它们也会影响预后^[3]。这些有待我们临床工作者不断总结和改进。

参考文献

- 1 王新德. 各类脑血管病的诊断要点. 中华神经精神科杂志, 1988, 21(1): 60
- 2 孟家眉. 对脑卒中临床研究工作的建议. 中华神经精神科杂志, 1988, 21(1): 57
- 3 隋邦森主编. 脑血管疾病 MR、CT、DSA 与临床. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 96
- 4 Lefkowitz J. Acute stroke outcome: effects of stroke type and risk factors. Aust Nz J Med, 1992. 22(1): 30
- 5 Wade DT, Langton-Hewer R, Wood VA. Stroke: the influence of age