

急性缺血性脑卒中患者 C 反应蛋白与病情及预后临床分析

陈睿

(浙江省宁波市灵塔医院 宁波 315000)

摘要:目的:探讨急性缺血性脑卒中患者 C 反应蛋白与病情及预后的相关性。方法:分析 114 例急性脑梗死患者 CRP 值及临床资料。结果:脑梗死组 CRP 水平与病情轻重、梗死面积呈正相关,与病情恢复程度呈负相关。结论:CRP 是脑梗死预后的一个较有价值的指标,对 CRP 水平增高的患者应加强监测及必要干预,有助于病情减轻,改善预后。

关键词:急性缺血性脑卒中; C 反应蛋白; 预后

中图分类号:R 743.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-044-02

局部和全身炎症在动脉粥样硬化的发展及其并发症的产生中起着重要的作用,高敏 C 反应蛋白(CRP)是循环中的炎症蛋白,反映全身的炎症。大规模前瞻性的临床试验显示 CRP 的水平增高是不稳定性动脉粥样硬化疾病发生的危险信号,也预示着缺血性脑卒中患者的预后不良^[1]。本文收集近 2 年 114 例急性缺血性脑卒中患者病例,检测 CRP 水平进行分析。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 114 例急性脑梗死病例均排除急性感染性疾病, 男性 74 例, 女性 40 例, 年龄 42~86 岁。114 例脑梗死病例按牛津郡社区卒中研究分型 (OCSP) 方法分型, 其中完全前循环脑梗死 11 例, 部分前循环脑梗死 62 例, 后循环脑梗死 18 例, 腔隙性脑梗死 23 例。

1.2 诊断标准 (1)临床表现:安静情况下发病,多数在凌晨发病,1/3 病例在病前有 TIA 发作;(2)局灶性神经功能缺损:有颅神经损害及肢体偏瘫,重症病例有失语及意识障碍;(3)所有病例经过头颅 CT 及 MRI 检查,提示有脑梗死灶。

1.3 预后评定 根据中华神经科学会“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准”^[2]。基本治愈:功能缺损评分减少91%~100%,病残程度为0级;显著进步:功能缺损评分减少46%~90%,病残程度为1~3级;进步:功能缺损评分减少18%~45%;无变化:功能缺损评分减少不足17%或增多或死亡。

1.4 CRP 检测方法 采用芬兰 QuikRead Analyzer Manufactured for Orin Diagnostica 检测仪,用免疫比浊法检测血清 CRP,正常值为 0~8mg/L。

1.5 统计学处理 数据以均数 $\pm$ 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用配对比较 t 检验。

2 结果

2.1 脑梗死各组间的 CRP 浓度比较 见表 1。完全前循环脑梗死组、部分前循环脑梗死组的 CRP 较腔隙性脑梗死组明显升高($P<0.01$), CRP 水平与梗死面积呈正相关。

组别	<i>n</i>	CRP
完全前循环脑梗死组	11	13.02± 2.10
部分前循环脑梗死组	62	10.32± 2.80
后循环脑梗死组	18	9.01± 1.02
腔隙性脑梗死组	23	6.28± 2.10

2.2 脑梗死各组预后的 CRP 浓度比较 见表 2。基本治愈组与显著进步组的 CRP 较无变化组明显减少 ($P<0.01$), CRP 水平与病情恢复程度呈负相关。

组别	n	CRP
基本治愈	26	4.10 $\pm$ 1.25
显著进步	58	8.12 $\pm$ 2.50
进步	28	10.13 $\pm$ 1.52
无变化	2	16.81 $\pm$ 1.03

3 讨论

多种疾病均可导致组织损伤,使体内炎症反应系统被激活,CRP 水平升高。目前认为血管壁损伤伴随对损伤的炎症反应是动脉粥样硬化的主要原因之一,也是 CRP 升高原因之一。越来越多的证据表明血清 CRP 浓度升高与脑梗死的关系^[3],认为其与高血压、糖尿病一样,是脑卒中预后的独立危险因素^[4]。

本文结果显示:脑梗死组 CRP 水平与病情轻重、梗死面积呈正相关,与病情恢复程度呈负相关。本文 CRP 增高组倾向于大面积脑梗死及预后恢复较差病例,而 CRP 较低的病例则倾向于小面积梗死及预后良好,致残率低。急性缺血性卒中炎症反应的特征是白细胞聚集并浸润脑组织^[5],主要是中性粒细胞和单核细胞,它是炎症反应的始动因素,且加剧脑组织的损害^[6]。一方面,有多种黏附因子参与,使中性粒细胞和单核细胞牢固附着于血管内皮细胞,外渗入脑组织,并黏附于缺血区微血管的内皮细胞,机械阻塞微血管,加重组织缺血(特别是缺血半暗带),对缺血组织再灌注时造成“低灌注”或不再流加重脑缺血缺氧^[7];另一方面,中性粒细胞穿过血管内皮间隙游走到缺血区,分化小神经胶质细胞释放细胞因子、氧自由基、兴奋性氨基酸、一氧化碳、蛋白水解酶等神经毒性物质,加重神经组织的损伤^[8]。

本文显示 CRP 是临床了解缺血性脑卒中严重程度及预后的指标,可评价动脉粥样硬化程度。CRP 反映急性脑组织缺血时的炎症病理过程,炎症反应的强弱与梗死区域的大小密切相关^[9]。有学者认为,CRP 是脑梗死预后的一个较有价值的指标,可以独立预测脑梗死的死亡率及其心脑血管病的发生率^[10]。同时临床上对 CRP 水平增高的患者应加强监测及必要干预,可能有助于病情减轻,改善预后。

参考文献

- [1] 王新德. 各类脑血管病的诊断[J]. 中华神经精神科杂志, 1988, 21(1): 60
- [2] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381
- [3] Rost NS, Wolf PA, Kase CS, et al. Plasma concentration of C-reactive protein and risk of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. The Framingham Study[J]. Stroke. 2001; 32: 575-2 579

浅谈晚期癌症姑息治疗的几个原则

熊林楷¹ 熊墨年²

(1 江西省肿瘤医院 南昌 330029; 2 江西省中医药研究院 南昌 330077)

关键词: 晚期癌症; 姑息治疗; 原则

中图分类号: R 730.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0045-02

目前, 晚期癌症患者的姑息性治疗问题已日益引起医学界和社会各界的高度重视。尽管人类经过上百年的努力, 试图彻底克服癌症这一顽症, 但据有关资料报道, 发达国家癌症治愈率为 45%~50%, 这意味着有一半以上的癌症不能被治愈, 而发展中国家癌症治愈率就更低。在我国, 尽管一些省级医院的肿瘤治愈率接近国际先进水平, 但全国癌症平均治愈率只有 20%左右, 也就是说还有 80%的患者尚不能治愈^[1]。很多病人需要进行姑息性治疗和得到良好的医疗照顾, 以缓解痛苦, 使之尽可能以一种轻松的心情积极地进行生活。

WHO 为晚期癌症患者姑息治疗所提出的定义是: “对所患疾病已经治疗无效患者的积极的、全面的医疗照顾。对疼痛、其它症状以及心理、社会和精神的问题控制是首要的。”姑息治疗的目的是使患者和家属获得最佳生存质量^[2]。因此, 晚期癌症的姑息治疗, 除使用一般意义上的治疗手段外, 还包括心理、情感、精神等问题的治疗。具体有: (1) 常见症状的处理, 包括常规抗癌治疗手段, 如姑息性手术、姑息性放疗、姑息性化疗、中医药治疗; (2) 癌症疼痛治疗; (3) 患者心理调节等。它是以病人为中心, 而不是以疾病为中心; 不是以治愈疾病为目的, 而是以支持病人、控制症状、减少痛苦、提高生活质量为目的。依据姑息治疗的目的和特点, 笔者认为对晚期癌症病人的姑息治疗主要应注意以下几个原则。

1 适度治疗原则

有关资料显示, 晚期癌症病人的基本需求有三点: 一是尽可能延长生命; 二是尽量减轻痛苦; 三是希望能够比较轻松地走到生命的尽头。因此, 提出适度治疗的原则, 或者说“保持正常适度治疗, 制止非正常的过度治疗”对于晚期癌症的姑息治疗非常必要。这既是医学原则, 也是伦理原则。根据这一原则, 对晚期癌症病人在根治无望的情况下, 应当避免施行有损人体质的手术或放疗、化疗, 以免加重患者的痛苦, 缩短其生存期。当然, 对于因肿块压迫出现疼痛、梗阻甚至上腔静脉综合征而必须使用姑息性手术、姑息性放疗、姑息性化疗者, 应当及时使用, 以尽快解决危及生命或严重影响患者生活质量的问题。但是要注意使用的“度”, 不可随意

扩大手术治疗范围, 放疗、化疗治疗的时间和剂量, 做到适可而止。

2 中西医结合治疗原则

除了西医的姑息性手术、放疗、化疗外, 中医药对晚期癌症患者的姑息治疗也有良好的效果。中医在辨证论治的原则指导下, 选用具有扶助正气、培植本元、治疗虚损不足的中药来调节人体的阴阳气血和脏腑经络的生理功能, 提高生存质量, 增强机体内在的抗病能力, 提高免疫功能, 达到强壮身体、祛除病邪、抑制癌肿发展、缓解病情、延长生命的目的^[3]。大量的临床实践表明, 把中医与西医治癌有机地结合, 取长补短, 比单纯中医或西医治疗有更好的疗效。所以, 在晚期癌症的姑息治疗中, 对中医的姑息治疗应给予足够的重视。

中医对晚期癌症的姑息治疗包括: (1) 扶正治疗: 就是根据患者的阴、阳、气、血和脏腑的虚损所在, 分别使用滋阴、助阳、益气、补血、健脾、益肺、补肾等法, 纠正机体虚损和不平衡, 达到维护体质的目的。(2) 改善临床症状: 包括神疲肢倦、纳食乏味、腹胀便溏、咳嗽多痰、胸闷气逼、发热不退、自汗盗汗、口渴引饮等。中医辨证论治在癌症相关症状的控制中具有极大的优越性, 可以同时兼顾全身状况与局部症状, 通过辨证施治, 70%晚期癌症患者的相关症状可得到不同程度的改善, 生活质量得以提高^[4]。(3) 改善或消除放化疗的毒副反应, 使病人的体质尽快恢复。

3 无疼痛治疗原则

癌症疼痛约占癌症晚期病人的 70 %左右, 疼痛不仅影响病人躯体(躯体感觉和躯体运动), 对精神、生理、社会、人际关系方面也产生不同程度的影响^[5]。因此, 尽可能控制或消除病人的疼痛, 是晚期癌症患者姑息治疗的重要任务。WHO 已将疼痛控制列入癌症综合规划 4 项重点之一, 制定了疼痛治疗的三阶梯止痛方案。提出了提倡口服给药及服药原则, 即止痛药应当有规律地按时给药, 一般每 3~6 小时给药 1 次, 而不是等疼痛明显来临后再给药, 并根据病人疼痛的等级逐步调整用药, 提高止痛的效果。中医药治疗轻中度癌痛也有较好的效果, 而且既可以内服, 又可以外敷, 安全无毒副作用,

[4]Gracia-Naya M, Uson-Martin M, Serran-Gonzalez G, et al.Predictive value of serum ferritin in the prognosis of acute cerebrovascular accident[J].Rev Neurol, 1997,25(148):1 892

[5]Pricecjs, Warburton EA, Menon DK. Human cellular inflammation in the pathology of acute cerebral ischaemia [J].J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2003,74:1 476-1 484

[6]Kochanek PM,Hallenbeck JM.Polymorphonuclear leukocytes and monocytes in the pathogenesis of cerebral ischaemia and stroke[J].Stroke,1992,23:1 367-1 379

[7]Akopox SE,Simornian NA, Crigorian GS, et al.Dynamics of polymorphonuclear leukocyteaccumulation in acute cerebral infarction and their correlation with brain tissue damage[J].Stroke,

1996,27:1 739-1 743

[8]Giulian D, Corpuz M, Chapnan S, et al.Reactive mononuclear phagocytes release neurotoxins after ischaemic and traumatic injury to the central nervous system[J].J Neurosci Res,1993,36:681-693

[9]Dirnagl U, Iadecola C, Moskowitz MA.Pathobiology of ischaemic stroke:an integrated view[J].Trends Neurosci,1999,22:391-397

[10]Torzewski J,Torzewski M,Bowyer DE,et al. C-reactive protein frequently colocalizes with the terminal complement complex in the intima of early atherosclerotic lesions of human coronary arteries[J].Arterioscler Thromb Vase Biol,1998,18:1 389-1 392

(收稿日期: 2008-07-14)