

脑血管介入灌注治疗急性分水岭区脑梗死

郭长江

(河南省许昌市立医院神经内科 许昌 461670)

摘要:目的:探讨脑血管介入灌注治疗急性分水岭区脑梗死的临床疗效。方法:选取 2014 年 9 月~2016 年 7 月我院收治的急性分水岭区脑梗死患者 74 例,随机分为对照组和观察组各 37 例。对照组采用常规药物治疗,观察组在对照组基础上采用脑血管介入灌注治疗。比较两组临床疗效。结果:观察组临床疗效显著高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:脑血管介入灌注治疗急性分水岭区脑梗死,可显著提高临床治疗效果,值得临床推广应用。

关键词:急性分水岭区脑梗死;脑血管介入灌注;疗效

中图分类号:R743

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.026

分水岭区脑梗死是指颅内两条动脉交界处血管出现狭窄及阻塞,造成颅内血流低灌注,导致局限性缺血,引起脑梗死。据统计^[1],分水岭区脑梗死占脑梗死疾病的 10%左右。分水岭区脑梗死多因血流动力学不稳定所引起,临床表现为抽搐、偏盲、言语障碍、感觉障碍、意识障碍、运动障碍、精神障碍等。临床以病因治疗为主,奥扎格雷钠、舒血宁等为常用药物治疗,但效果不佳。随着血管介入技术的发展,介入治疗在脑血管疾病中广泛应用。本研究应用脑血管介入灌注治疗急性分水岭区脑梗死,取得满意疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 9 月~2016 年 7 月我院收治的急性分水岭区脑梗死患者 74 例,随机分为对照组和观察组各 37 例。对照组男 25 例,女 12 例;年龄 45~76 岁,平均年龄(60.27±5.62)岁;椎基底动脉梗死 19 例,颈内动脉梗死 18 例;合并糖尿病 14 例,高血压 20 例,冠心病 9 例。观察组男 26 例,女 11 例;年龄 46~78 岁,平均年龄(61.73±5.94)岁;椎基底动脉梗死 18 例,颈内动脉梗死 19 例;合并糖尿病 13 例,高血压 25 例,冠心病 8 例。两组患者在性别、年龄、梗死部位、合并症等一般资料方面比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:发病时间<6 h;无溶栓治疗史;签署知情同意书。排除标准:心源性脑梗死;心肾功能异常;凝血功能损伤;脑白质疏松;脑干、小脑梗死;其他脑血管疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用常规药物治疗。静脉滴注舒血宁(国药准字 Z13020796)20 ml/次、奥扎格雷钠(国药准字 H20153174)100 ml/次,2 次/d;静脉滴注羟乙基淀粉注射液(国药准字 H20100026)500 ml/次,1 次/d;合并糖尿病者根据病情给予控制血糖;合并高血压者口服卡托普利 50 mg/次,3 次/d。

1.3.2 观察组 采用脑血管介入灌注治疗。在发病 6 h 内即予以脑血管介入灌注治疗,椎造影导管超选送入病变血管后脉冲注入小剂量尿激酶(国药准字 H20074226),椎基底动脉病变注入 50~100 万 U,颈内动脉病变注入 70~150 万 U。术后治疗与对照组相同。两组均持续治疗 14 d。

1.4 疗效判定标准 比较两组患者临床疗效。参照脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准评估治疗前后两组患者神经功能缺损程度,总分 45 分^[2]。基本治愈:功能缺损评分降低 91%~100%,0 级病残;显著进步:功能缺损评分降低 46%~90%,1~3 级病残;进步:功能缺损评分降低 18%~45%;无效:功能缺损评分降低<17%或增长;死亡。总有效=基本治愈+显著进步+进步。

1.5 统计数据 通过 SPSS22.0 对数据进行分析,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组临床疗效显著高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

梗死部位	组别	n	基本治愈	显著进步	进步	无效	死亡	总有效
椎基底动脉	观察组	18	7(38.89)	6(33.33)	4(22.22)	1(5.56)	0(0.00)	17(94.44)
	对照组	19	5(26.32)	3(15.79)	2(10.53)	7(36.84)	2(10.53)	10(52.63)
颈内动脉	观察组	19	7(36.84)	6(31.58)	5(26.32)	1(5.26)	0(0.00)	18(94.74)
	对照组	18	3(16.67)	4(22.22)	3(16.67)	6(33.33)	2(11.11)	10(55.56)
		χ^2						5.727
		P						<0.05

3 讨论

急性分水岭区脑梗死具体发病机制还不明确，可能与颅内外动脉血管狭窄、阻塞有关。颈内动脉血管管腔出现狭窄或阻塞时，脑部供血减少，大脑动脉深穿支血管血流灌注不足，造成脑组织损伤，引发急性分水岭区脑梗死。研究发现^[3]，常规药物治疗低灌注导致的急性分水岭区脑梗死效果尚可，但治疗血管狭窄所致急性分水岭区脑梗死的效果不佳。因此，寻找能有效治疗急性分水岭区脑梗死的方法为当前神经内科医师亟待解决难题之一。

脑动脉病变部位血流量≥正常值 50%时多无明显症状，但病变血流量<正常值 40%时可出现抽搐、言语障碍、意识障碍等，应及时提高脑血流量，并维持病变血流量>50%，可快速恢复神经功能。脑血管介入灌注治疗具有操作简单、手术创伤小、治疗时间短、并发症较少、作用部位确切等优点。脑血管介入灌注治疗可使药物直接到达病变血管，迅速对病变血管发生作用，其机制为：(1)提高病变部位药物浓度，快速溶解微栓子，清理血管壁斑块，疏通血管，增加病变血管血流量，使受损脑组织获得有效血液灌注；(2)椎、颈动脉注入药物可提高动脉灌注压，增

强梗死区外围侧支循环代偿能力，打开椎基底动脉、颈内动脉及颈外动脉三者间代偿性循环，增加病变部位供血供氧，修复受损神经。羟乙基淀粉为血容量补充药，有抑制血管内红细胞聚集作用，有效提高动脉远端血流速度，改善内分水岭脑梗死患者预后^[4]。术后联合药物治疗，效果更佳。本研究结果显示，观察组治疗总有效显著高于对照组($P<0.05$)。说明介入灌注治疗可维持脑动脉血流量稳定，实现对脑组织的有效灌注。该结果与高志刚^[5]等研究一致。综上所述，脑血管介入灌注治疗急性分水岭区脑梗死，可显著提高临床疗效，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 乔利云,徐秀芝.心房纤颤患者急性分水岭区脑梗死的临床与影像学特点[J].国际老年医学杂志,2015,36(3):99-102
[2] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):62-64
[3] 董先成,郎清,陈忠,等.急性脑梗死患者介入治疗的疗效及对患者纤溶系统的影响[J].现代生物医学进展,2015,15(15):2900-2903
[4] 姜玉龙,吴卫文,武刚,等.羟乙基淀粉扩容治疗大脑中动脉狭窄致内分水岭脑梗死效果观察[J].山东医药,2015,55(37):86-87
[5] 高志刚,宋慧芳,陈翠娟.微创监测脑灌注压对急性脑梗死患者的临床效果观察[J].山西医药杂志,2016,45(19):2297-2298

(收稿日期: 2017-04-14)

神经节苷脂联合面肌运动训练治疗急性面神经炎疗效分析

张付安

(河南省鄢陵县中心医院 鄢陵 461200)

摘要:目的:探讨急性面神经应用神经节苷脂联合面肌运动训练的治疗效果。方法:选取 2014 年 3 月~2016 年 7 月我院收治的 74 例急性面神经炎患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 37 例。对照组给予常规药物治疗,观察组在对照组治疗基础上给予神经节苷脂联合面肌运动训练治疗。比较两组临床疗效,治疗前及治疗 4、8 周后面部神经改善(Portmann 评分)情况。结果:观察组临床疗效显著高于对照组($P<0.05$);治疗 4、8 周后,观察组 Portmann 评分均高于对照组($P<0.05$)。结论:急性面神经炎采用神经节苷脂联合面肌运动训练效果显著,可有效改善患者面部神经。

关键词:急性面神经炎;神经节苷脂;面肌运动训练

中图分类号:R745.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.027

急性面神经炎又称贝尔麻痹,主要由感染性病变、脑血管病引起,临床表现为眼裂扩大、口角下垂、嘴巴歪斜等,严重影响患者生活质量。临床常以消除局部炎症,改善患者神经功能治疗为主。神经节苷脂属于神经鞘糖脂类物质,具有重塑神经系统作用。面肌运动训练可有效改善局部血液循环,增强面部肌力^[1]。本研究探讨了神经节苷脂、面肌运动训练联合使用对急性面神经炎的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 3 月~2016 年 7 月我

院收治的 74 例急性面神经炎患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 37 例。对照组女 16 例,男 21 例;年龄 14~63 岁,平均年龄(32.85± 17.26)岁。观察组女 17 例,男 20 例;年龄 15~64 岁,平均年龄(33.04± 17.35)岁。两组一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均符合急性面神经炎诊断标准^[2];均为单侧发病;签署知情同意书。排除标准:耳源性面神经麻痹者;脑干病变引发面神经麻痹者。

1.3 方法