

床应用[J].温州医学院学报,2012,42(4):371-373

[4]张邛.高频超声对腹股沟斜疝的诊断价值分析[J].医学影像学杂志,2012,22(2):297-299

[5]许云峰,蒋海燕,胡慧勇,等.高频彩超对小儿阴囊急症的诊断及鉴别诊断价值[J].中华男科学杂志,2016,22(11):996-1000

[6]周海燕.高频彩色多普勒超声诊断阴囊疾病110例分析[J].中国误诊学杂志,2012,12(11):2686

[7]李海红.超声鉴别诊断腹股沟肿块价值的体会[J].中国临床医生,2012,40(12):55-56

[8]胡小霞,王立中,张引法.超声引导下骶管阻滞在小儿腹股沟疝修补术中的应用[J].临床麻醉学杂志,2014,30(8):814-815

[9]韩诚.高频彩色多普勒超声在小儿腹股沟包块的诊断价值[J].安徽医药,2014,18(9):1734-1735

(收稿日期:2017-04-04)

脑梗死患者脑血管狭窄的分布及影响因素分析

夏俊博

(河南省郑州市职工医院 郑州 450000)

摘要:目的:探讨脑梗死患者脑血管狭窄的分布及影响因素。方法:选取2013年7月~2015年4月我院收治的急性脑梗死患者80例,进行CTA检查后,根据患者是否有高血压分为高血压组(61例)和非高血压组(19例)。分析两组患者血管狭窄程度、分布特点及危险因素。结果:两组患者颅内血管病变发生率均较高,且组间比较无显著性差异($P>0.05$);高血压组颅外血管病变与多支病变狭窄发生率明显高于非高血压组($P<0.05$);年龄($r=1.551, P<0.05$)、高血压病($r=2.106, P<0.05$)、糖尿病($r=1.834, P<0.05$)、高血脂($r=1.996, P<0.05$)等均为脑血管重度狭窄的独立危险因素。结论:急性脑梗死的重要发病原因为脑动脉狭窄,颅内血管病变发生率高于颅外血管病变,且血管狭窄重度狭窄存在多种影响因素,临床干预中应有针对性的进行治疗和二级预防。

关键词:脑梗死;脑血管狭窄;数字减影血管造影;形象因素

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.071

脑血管狭窄是导致脑血管病变的主要原因,早期发现和干预可有效改善预后,降低病变损害程度。随着影像技术的发展,血管狭窄的诊断率不断提高,如CT血管造影(CTA)具有较好的直观性及空间分辨率,是血管狭窄诊断中的金标准^[1]。本研究旨在探讨脑梗死患者脑血管狭窄的分布和影响因素,为脑血管疾病的筛查、治疗及二级预防提供有利依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年7月~2015年4月我院收治的急性脑梗死患者80例,均符合相关诊断标准^[2],经MRI与CT检查后确诊,排除严重脑出血患者。其中,男45例、女35例,年龄41~77岁、平均年龄(52.3±5.3)岁。根据患者是否有高血压,分为高血压组(61例)与非高血压组(19例)。两组患者年龄、性别等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 资料收集 通过询问病史、临床病例等,收集患者资料,包括性别、年龄、吸烟史、饮酒史、高血压病史、糖尿病史、生化检查结果等。

1.2.2 脑血管检查 进行脑血管造影检查前签署知情同意书。造影剂为泛影葡胺(80~100 ml),用高压注射器注射以3 ml/s、延时35 s注射;头颈部血管造影完成后进行血管成像,进行薄层扫描(3~5 mm)和

重建(2~3 mm),横断扫描获取数据后作后期处理和多次层面重建。血管狭窄根据北美症状性颈内动脉内膜切除标准,分为轻度狭窄、中度狭窄、重度狭窄。

1.3 观察指标 分析两组患者血管病变情况,高血压病分级与动脉狭窄分布情况及脑血管重度狭窄影响因素。

1.4 统计学方法 数据处理采用SPSS19.0统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验,对脑血管狭窄的影响因素进行logistic逐步回归分析, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血管病变情况 两组患者颅内血管病变发生率均较高,组间比较无显著性差异, $P>0.05$;高血压组颅外血管病变与多支病变狭窄发生率明显高于非高血压组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表1。

表1 两组患者血管病变情况[例(%)]

组别	n	颅内血管病变	颅外血管病变	多支病变
高血压组	61	32 (52.46)	16 (26.23)	36 (59.02)
非高血压组	19	8 (42.11)	1 (5.26)	5 (26.32)
χ^2		3.12	5.69	6.38
P		>0.05	<0.05	<0.05

2.2 高血压程度与动脉狭窄分布情况分析 非高血压组患者中发生动脉狭窄9例,高血压组48例。其中,颈总动脉6例,颈内动脉20例,锁骨下动脉

8 例, 大脑前动脉 1 例, 大脑中动脉 12 例, 椎动脉 7 例, 大脑后动脉 3 例。见表 2。

表 2 高血压程度与动脉狭窄分布情况分析

组别	非高血压组	高血压病 1 级	高血压病 2 级	高血压病 3 级
颅外段				
颈总动脉	1	1	1	3
颈内动脉	2	1	2	15
锁骨下动脉	1	0	0	7
颈外动脉	0	0	0	0
颅内段				
大脑前动脉	1	0	0	0
大脑中动脉	2	1	1	8
椎动脉	1	0	1	5
大脑后动脉	1	0	0	2
基底动脉	0	0	0	0

2.3 脑血管重度狭窄影响因素分析 对患者年龄、性别、高血压病、糖尿病、高血脂等因素进行 Logistic 逐步回归分析, 结果显示, 年龄 ($r=1.551, P<0.05$)、高血压 ($r=2.106, P<0.05$)、糖尿病 ($r=1.834, P<0.05$)、高血脂 ($r=1.996, P<0.05$) 等均为脑血管重度狭窄的独立危险因素。

3 讨论

脑梗死是临床中较为常见的心脑血管疾病之一, 具有较高发病率、致残率和致死率。随着经济的快速发展, 人们生活习惯的改变, 脑梗死发病率呈逐年增长趋势。脑血管狭窄作为脑梗死重要原因, 其分布情况及影响因素具有较高的分析价值。有学者认为^[3-4], 高血压对脑血管具有一定的影响, 但血管的狭窄程度和高血压病分级之间无明显相关性。另有研究指出^[5-7], 临床脑梗死患者, 不管是椎基底动脉系统还是颈动脉系统, 颅内病变比颅外病变显著。

研究结果显示, 颅内血管病变发生率较颅外血管高, 且高血压组颅外血管病变与多支病变狭窄发生率明显高于非高血压组 ($P<0.05$); 年龄、高血压病、糖尿病、高血脂等均为脑血管重度狭窄的独立危险因素。结果同相关文献资料一致^[8]。综上所述, 急性脑梗死的重要发病原因为脑动脉狭窄, 颅内血管病变发生率高于颅外血管病变, 且血管狭窄重度狭窄存在多种影响因素, 临床干预中应有针对性的进行治疗和二级预防。

参考文献

- [1] 王普清, 王安平, 曹志华, 等. 颅内外动脉并发狭窄导致的脑梗死模式[J]. 临床神经病学杂志, 2012, 25(5): 331-334
- [2] 桂树华, 王挺刚, 殷晓菁, 等. 老年脑梗死患者颅内外动脉粥样硬化狭窄的危险因素及与病变部位的相关性[J]. 中国老年学, 2013, 33(22): 5564-5566
- [3] 汪香君, 李江霞, 刘莉, 等. 脑梗死患者同型半胱氨酸及尿酸水平与头颈血管动脉粥样硬化和狭窄的关系[J]. 西安交通大学学报医学版, 2013, 34(5): 692-694
- [4] 刘欣, 胡进, 戴三冬. 大动脉粥样硬化狭窄性脑梗死的危险因素[J]. 临床神经病学杂志, 2013, 26(4): 290-292
- [5] 汪冰, 傅佳. 脑梗死患者血清胱抑素 C 水平与颅内外动脉硬化性狭窄的相关性[J]. 安徽医科大学学报, 2014, 49(4): 512-515
- [6] 段永伟, 田建辉. ABCD2 评分结合管腔狭窄程度对 TIA 发展为脑梗死的预测价值[J]. 中华神经医学杂志, 2012, 11(4): 383-386
- [7] 陈红兵, 洪华, 王莹, 等. 颈内动脉颅外段严重狭窄和闭塞所致脑梗死病灶分布模式特征分析[J]. 国际脑血管病杂志, 2011, 19(1): 50-57
- [8] 陈芳, 吕海东, 秦东香, 等. ABCD2 评分及责任血管狭窄对短暂性脑缺血发作进展为脑梗死的预测价值[J]. 中华神经医学杂志, 2013, 12(3): 289-292

(收稿日期: 2017-05-10)

(上接第 80 页) 胎盘延伸至子宫口位置, 引发凶险性前置胎盘。凶险性前置胎盘常并发胎盘植入子宫壁, 容易引发大出血, 若未给予有效的止血措施, 可损害患者机体, 影响生育功能, 严重者导致死亡^[3]。剖宫产术中控制出血的方法主要有子宫动脉结扎、髂内动脉结扎、止血带捆扎子宫下段。其中, 子宫动脉结扎止血效果欠佳; 髂内动脉结扎手术范围大, 可能损伤输尿管、盆腔血管; 止血带捆扎子宫下段能有效控制出血, 但不利于剥离胎盘。研究发现^[4], 术前行腹主动脉球囊阻断术阻断面积大, 可明显减少术中出血量。通过血管介入, 术前行球囊放置于腹主动脉中, 术中暂时阻断动脉血流, 减少子宫出血量, 从而为人工剥离胎盘提供清晰视野, 降低子宫切除率。

研究结果显示, 观察组手术时间、术中出血量、子宫切除率、术后转 ICU 率、住院时间及下肢血栓率均明显低于对照组 ($P<0.05$), 与李继军等^[5] 研究

结果一致。说明, 凶险性前置胎盘合并胎盘植入患者剖宫产术前行腹主动脉球囊阻断术疗效显著, 可明显缩短手术时间, 减少术中出血量, 降低子宫切除率, 缩短住院时间, 改善预后。

参考文献

- [1] 吕静, 宋耕, 杨慧霞. 腹主动脉球囊阻断术应用于凶险性前置胎盘并胎盘植入病例报道及文献复习[J]. 中国计划生育和妇产科, 2016, 8(12): 10-12
- [2] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 127-128
- [3] 刘传, 赵先兰, 刘彩, 等. 腹主动脉球囊阻断在凶险性前置胎盘合并胎盘植入剖宫产术中的应用[J]. 实用妇产科杂志, 2016, 32(3): 204-207
- [4] 崔世红, 职云晓, 张凯, 等. 腹主动脉球囊阻断术在中央型前置胎盘伴胎盘植入孕妇剖宫产术中的应用[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(9): 672-676
- [5] 李继军, 左常婷, 王谢桐, 等. 腹主动脉球囊阻断术在凶险性前置胎盘并胎盘植入剖宫产术中的应用[J]. 山东大学学报(医学版), 2016, 54(9): 22-25

(收稿日期: 2017-05-10)