

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0195-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.094

选择介入溶栓治疗急性脑梗死的临床价值

张 文 董荣臻

(焦作市第二人民医院, 河南 焦作 454000)

〔摘要〕 **目的:** 观察急性脑梗死患者选择介入溶栓的治疗疗效。**方法:** 选取焦作市第二人民医院 2019 年 4 月至 2020 年 4 月收治的 96 例急性脑梗死患者为研究对象, 按照是否行选择介入溶栓治疗将患者分为对照组 (48 例, 未行选择介入栓塞治疗而行常规溶栓治疗) 与观察组 (48 例, 行选择介入溶栓治疗), 比较两组患者治疗效果。**结果:** 观察组患者脑血管再通率显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者并发症发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗 7 d 后总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 急性脑梗死选择介入溶栓治疗效果明显优于常规溶栓治疗。

〔关键词〕 急性脑梗死; 选择介入溶栓治疗; 血管再通

〔中图分类号〕 R 743.33 〔文献标识码〕 B

急性脑梗死基础病理改变为脑动脉或颈部动脉血管管腔急性闭塞, 致使局部脑组织缺血, 脑组织因缺氧、缺血软化、坏死, 溶栓治疗可显著降低该病患者死亡率与致残率, 但是常规溶栓治疗起效缓慢、再通率较低, 近些年, 介入溶栓治疗在临床得到了一定的应用, 选择介入溶栓治疗即将溶栓药物通过导管注入血管梗死部位, 以实现血管再通, 恢复脑部正常血运的一种微创治疗方式, 目前, 常规溶栓治疗与选择介入溶栓治疗效果对比研究较少^[1]。本研究为论证急性脑梗死患者选择介入溶栓的治疗优越性, 比较本院 96 例分别行常规溶栓治疗以及选择介入溶栓治疗急性脑梗死患者血管完全再通情况、并发症发生情况以及总有效率, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 4 月至 2020 年 4 月收治的 96 例急性脑梗死患者为研究对象, 按照是否行选择介入溶栓治疗将患者分为对照组 (48 例, 未行选择介入栓塞治疗而行常规溶栓治疗) 与观察组 (48 例, 行选择介入溶栓治疗)。观察组中男 24 例、女 24 例, 年龄为 46~75 岁、平均 (58.22 ± 1.42) 岁, 病程为 2~6 h, 平均病程为 (4.02 ± 0.11) h。对照组中男 25 例、女 23 例, 年龄为 45~77 岁、平均 (58.21 ± 1.44) 岁, 病程为 2~7 h, 平均病程为 (4.04 ± 0.11) h。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[2] 中急性脑梗死临床诊断标准, 患者均

骤感头痛、头晕, 入院后结合患者颅脑 MRI 检查确诊。

(2) 患者入院时神志正常, 本研究征得患者、患者家属同意。

1.2.2 排除标准 (1) 排除非首次急性脑梗死入院患者。

(2) 排除凝血功能障碍或血液系统疾病患者。(3) 排除伴全身血管疾病、全身皮肤疾病患者。(4) 排除私自应用影响本研究药物患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 常规溶栓: 应用尿激酶 (开封康诺药业有限公司, 国药准字 H41021707)、阿司匹林 (拜耳医药保健有限公司, 国药准字 J20130078) 以及尼莫地平 (长春远大国奥制药有限公司, 国药准字 H23021402) 治疗, 尿激酶 10 万 U 与 250 mL 浓度为 5.0% 的葡萄糖溶液充分混合后静脉滴注给药, 每日给药 1 次。阿司匹林每次口服 100 mg, 每日给药 1 次。尼莫地平入院后静脉给药 25 mg, 静脉给药速度为 $0.5 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$, 给药期间动态监测血压, 以血压不下降或略有下降为宜, 而后改为口服, 每次口服 30 mg, 每日给药 3 次。

1.3.2 观察组 选择介入疗法: 在数字减影血管造影技术 (digital subtraction angiography, DSA) 监视下经股动脉, 采取 Seldinger 穿刺法对颈内动脉实施穿刺, 向颈内动脉置入 5F 造影管, 在脑血管造影下定位闭塞血管位置, 而后将 10 万尿激酶与 250 mL 浓度为 5.0% 的葡萄糖溶液混合液微量泵注入, 泵注给药速率为 $1 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1}$, 在尿激酶全部注射后通过脑血管造影观察患者血管再通情况, 若未完全再通应继续注入 10 万 U 尿激酶与 250 mL 浓度为 5.0% 的葡萄糖溶液混合液, 若血管仍无再通表现, 应立即停止溶栓, 拔除导管, 并在局部穿刺点持续按压 20 min, 在术后第 2 天参

〔收稿日期〕 2020-09-25

〔作者简介〕 张文, 男, 住院医师, 主要研究方向是脑血管病的诊断和治疗研究。

考对照组应用阿司匹林以及尼莫地平。

两组患者均持续治疗 7 d。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者治疗 7 d 后脑血管造影检查结果。

(2) 比较两组患者治疗期间并发症发生情况以及治疗 7 d 后总有效率, 借助美国国立卫生研究院卒中量表 (national institutes of health stroke scale, NIHSS) 判断患者总有效率, 若患者临床症状以及体征均消失, 肢体肌力恢复至 5 级, NIHSS 评分减少率 $\geq 90.0\%$, 为基本治愈。若患者临床症状以及体征均明显好转, 肢体肌力均提高 2 级以上, NIHSS 评分减少率 $46.0\% \sim 89.0\%$, 为显效。若患者临床症状以及体征均有一定程度的改善, 肢体肌力提升 1 级, NIHSS 评分减少率在 $18.0\% \sim 46.0\%$, 为有效。若患者临床症状以及体征以及肢体肌力均未改善, NIHSS 评分减少率低于 18.0% , 为无效。NIHSS 评分减少率 = (治疗前 NIHSS 评分 - 治疗后 NIHSS 评分) / 治疗前 NIHSS 评分 $\times 100\%$, 总有效率 = (基本治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗 7 d 后脑血管造影检查结果比较

观察组患者脑血管再通率显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗 7 d 后脑血管造影检查结果比较 ($n=48, n(\%)$)

组别	血流量增加	部分再通	完全再通
对照组	19(39.58)	19(39.58)	10(20.84)
观察组	8(16.67)	21(43.75)	19(39.58) ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者并发症发生情况比较

观察组患者并发症发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者并发症发生情况比较 ($n=48, n(\%)$)

组别	颅内出血	皮肤、黏膜出血	消化道出血	并发症发生率/%
对照组	4(8.33)	4(8.33)	3(6.25)	22.91
观察组	2(4.17)	0(0.00)	0(0.00)	4.17 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗 7 d 后总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗总有效率比较 ($n=48, n(\%)$)

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	22(45.83)	17(35.42)	9(18.75)	81.25
观察组	26(54.17)	20(41.67)	2(4.17)	95.83 ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

3 讨论

急性脑梗死流行病学调查显示, 其致残率与致死率与其他脑血管疾病相比, 相对较高, 全国每年约有 1500 万人死于该病, 该病致残率在 50% 左右, 近些年伴随我国人口老龄化程度的加剧, 该病每年确诊率逐年攀升^[3-4]。急性脑梗死早期溶栓治疗可有效开通闭塞血管, 恢复脑部正常血供, 从而逆转神经细胞损伤, 降低患者致死率以及致残率, 该病最佳溶栓时间为发病后 6 h 之内, 常用药物为尿激酶^[5]。尿激酶给药后可作用于机体内源性纤维蛋白溶解系统, 促使纤溶酶原裂解为纤溶酶, 机体纤溶酶含量的增加在降解患者体内纤维蛋白凝块的同时可降解纤维蛋白原在内的多种凝血因子, 抑制血小板聚集, 在溶栓的同时有效预防新血栓的形成^[6]。溶栓常规疗法为静脉注射尿激酶, 现代动力学研究显示, 尿激酶经静脉给药后血浆内半衰期在 20 min 以内, 在降解血液循环中纤维酶原的同时可诱发出血, 且受脑血管梗塞位置的影响, 其效果欠佳。选择介入溶栓治疗与常规溶栓治疗相比, 尿激酶给药前通过脑部血管造影确定血管闭塞位置, 在确定血管闭塞位置的同时有利于医师判断闭塞脑血管侧支代偿情况, 具体结合患者病情选择合适的血管注入尿激酶, 以提升局部血药浓度, 充分发挥尿激酶的作用, 以达到血管完全再通的目的^[7]。

本研究结果显示, 观察组血管再通发生率比对照组高, 并发症发生率低, 且总有效率高, 综上所述, 急性脑梗死患者选择介入溶栓治疗的疗效显著, 安全性高。

〔参考文献〕

- (1) 周伟坤, 林培坚, 李福祥. 急性脑梗塞患者选择介入溶栓的治疗效果观察 (J). 现代诊断与治疗, 2017, 28(7): 1192-1193, 1201.
- (2) 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 (J). 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- (3) 许宝义. 介入溶栓用于急性脑梗塞患者的临床效果分析 (J). 饮食保健, 2019, 6(22): 23-24.
- (4) 刘文英. 急性脑梗塞早期介入溶栓患者围手术期的护理探讨 (J). 中国保健营养, 2017, 27(30): 175-176.
- (5) 丁佳. 超早期急性脑梗塞对比介入选择性动脉溶栓并动脉支架血管成形术与静脉溶栓疗效研究 (J). 中国医疗器械信息, 2019, 25(6): 26-27.
- (6) 侯剑. 介入溶栓治疗急性脑梗塞的效果及对患者神经功能、生活能力的影响 (J). 临床医学研究与实践, 2019, 4(5): 31-33.
- (7) 赵朝刚. 急性脑梗塞介入治疗与静脉溶栓治疗的近期与远期疗效观察 (J). 中国保健营养, 2018, 28(26): 158-159.