

对神经介入治疗缺血性脑血管病患者的 临床疗效进行观察

金 星

珲春市人民医院 吉林珲春 133300

【摘 要】目的：探讨缺血性脑血管病患者应用神经介入治疗的作用。方法：纳入研究对象经随机数字表法分组，共有 52 例缺血性脑血管病患者，纳入时间：2019 年 3 月至 2020 年 3 月，应用动脉溶栓术于对照组，观察组接受脑动脉支架取栓术，观察指标：血管再通率、死亡率、神经功能缺损程度、日常生活能力。结果：两组血管再通率比较的差异检验值为 $P < 0.05$ ，观察组明显高于对照组；两组治疗后美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分呈下降趋势，比较两组 NIHSS 评分的降幅得出结果为 $P < 0.05$ ；两组治疗后 Barthel 指数呈上升趋势，比较两组 Barthel 指数的升幅得出结果为 $P < 0.05$ 。结论：在治疗缺血性脑血管病患者中，脑动脉支架取栓术的应用能够促进血管再通，使神经功能得到显著改善，减轻缺损程度后提升日常生活能力。

【关键词】神经介入治疗；缺血性脑血管病；临床疗效；NIHSS 评分

缺血性脑血管病主要发生于老年人，该病具有致死率、致残率较高的特点，多由脑部血液供应因脑部血液循环障碍后中断造成脑组织供应区缺血与缺氧后引起^[1]。神经介入治疗的优势在于创伤小与操作简单等，其中包括动脉溶栓术、脑动脉支架取栓术，前者是将动脉鞘放置于穿刺后的右侧股动脉，再缓慢注入溶栓药物于血栓部位，以此溶解血栓，促使血管再通；后者是将导管与取栓装置通过闭塞血管，充分释放支架后使其嵌入血栓进行充分接触，再通过回拉取出血栓^[2]。基于此，本文就神

经介入治疗缺血性脑血管病患者的效果展开研究，详细报道如下。

1.资料与方法

1.1 一般资料

缺血性脑血管病患者 52 例进行分组，所有患者临床资料见表 1，比较结果显示 $P > 0.05$ ，均于 2020 年 3 月至 2020 年 3 月期间纳入，分组方式为随机数字表法。

表 1 两组一般资料比较

组别	n	性别		年龄		DPT (min)		DRT (min)		缺血部位	
		男	女	范围	均值	范围	均值	范围	均值	前循环	后循环
对照组	26	14 (53.85)	12 (46.15)	37~80	66.38 ± 5.41	60~190	112.49 ± 10.75	60~190	198.33 ± 10.42	13 (50.00)	13 (50.00)
观察组	26	16 (61.54)	10 (38.46)	37~80	66.23 ± 5.29	60~190	112.38 ± 10.67	95~330	197.68 ± 10.35	16 (61.54)	10 (38.46)
t 值	-	0.315	0.315	-	0.492	-	0.637	-	0.268	0.702	0.702
P 值	-	0.575	0.575	-	0.546	-	0.265	-	0.439	0.402	0.402

纳入标准：（1）经实验室、CT 等检查确诊为缺血性脑血管病患者；（2）患者家属同意加入研究。

排除标准：（1）血压水平呈升高趋势且未得到者；（2）有严重神经、肾脏等疾病存在者；（3）合并传染性疾病或恶性肿瘤者；（4）合并先天性心脏病者；（5）CT 检查结果显示存在出血倾向者；（6）合并动脉粥样硬化者。

1.2 方法

两组病情诊断后接受相同药物治疗，包括脑保护剂、活血化瘀、改善微循环与降脂等。

对照组（动脉溶栓术）：股动脉穿刺插管成功后静脉注射 4000~5000IU 肝素，对活化全血凝血进行维持 180~250s；做全脑血管造影处理，并应用造影导管进行，部位为双侧颈动脉与椎动脉，掌握闭塞血管部位、侧支循环情况时，在血管应用微导管进行闭塞后穿过血栓造影，进一步了解血栓长度、闭塞远端血管情况，再给药；在闭塞血管近端放置造影导管时，将 10ml 氯化钠注射液、10 万 U 尿激酶进行混合，持续性给药，滴速不超过 1 万 U/min，间隔注射 10 万 U 尿激酶后再实施造影观察血管是

否再通，结束时保证血管再通；若治疗期间，应用的尿激酶药物超过 80 万/U，患者血管仍处于未再通状态，则停止治疗。

观察组（脑动脉支架取栓术）：患者体位为平卧位，行局麻，将 6F、5F 导管放置于穿刺后的右侧股动脉，结合病史了解责任血管，在患侧血管远端放置 6F 导管，在闭塞段动脉部位放将 Roadmap 下降 Rebar18 支架导管，确保导管远端越过血栓；以支架导管造影结果为依据，对血栓、闭塞血管情况进行观察，再于闭塞动脉内放置 Solitarie AB 型支架导管，逐渐释放后血管内会有支架标记，停留释放支架 3~5min，轻微收回支架并回撤微导管，在取栓过程中，结束动脉造影检查对闭塞血管再通情况进行观察，根据实际需求反复释放、回拉支架，取出血栓时整块或分块进行，对闭塞血管再通效果进行观察，完成治疗。

1.3 观察指标

（1）血管再通率、死亡率：若脑组织各分支血管完全显影，表明完全再通；仅有部分分支血管显影则为部分再通；未达到以上两项标准为未通；根据完全再通率、部分再通率计算再通率。（2）神经功能缺损情况：评估工具为美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分，该量表内

包含 15 个项目,如瞳孔反射、感觉功能等,评分范围在 0~42 分之间,评分与神经损伤程度严重成正比。(3)日常生活能力:评估工具为 Barthel 指数,其中包括洗澡、进食与如厕等十项内容,评分标准:≤40 分说明重度功能障碍,日常生活无法自行完成需要他人帮助;41~60 分说明中度功能障碍,需要他人部分帮助才可完成日常生活活动;≥60 分说明轻度功能障碍,可独立完成日常生活活动。

1.4 统计学方法

处理工具为 SPSS 22.0 统计软件。计量数据 ($\bar{x} \pm s$) 比较行 t 检验,计数数据 (%) 比较行 χ^2 检验。比较差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2. 结果

2.1 两组血管再通率、死亡率比较

两组血管再通率比较的差异检验值为 $P < 0.05$,与对照组相比,观察组明显更高,且死亡率低于对照组,见表 2。

表 2 对比血管再通率、死亡率 (n/%)

组别	n	完全再通	部分再通	未通	再通率	死亡率
对照组	26	4 (15.38)	3 (11.54)	7 (26.92)	7 (26.92)	12 (46.15)
观察组	26	10 (38.46)	8 (30.77)	3 (11.54)	18 (69.23)	5 (19.23)
χ^2 值	-				9.321	4.282
P 值	-				0.002	0.039

2.2 两组神经功能缺损情况比较

治疗前比较两组 NIHSS 评分, $P > 0.05$; 两组治疗后 NIHSS 评分呈下降趋势,比较两组 NIHSS 评分的降幅得出结果为 $P < 0.05$,观察组 NIHSS 评分降幅更大,见表 3。

表 3 对比 NIHSS 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	26	23.56 ± 3.20	15.30 ± 2.16	10.697	0.017
观察组	26	23.49 ± 3.14	11.34 ± 2.08	16.129	0.015
t 值	-	0.078	6.603		
P 值	-	0.672	0.019		

2.3 两组日常生活能力比较

两组治疗前比较 Barthel 指数, $P > 0.05$; 两组治疗后 Barthel 指数呈升高趋势,比较两组 Barthel 指数的升幅得出结果为 $P < 0.05$,观察组 NIHSS 评分升幅更大,见表 4。

表 4 对比 Barthel 指数 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	26	50.12 ± 5.10	63.55 ± 3.62	16.754	0.010
观察组	26	50.35 ± 5.16	74.24 ± 3.23	58.452	0.001
t 值	-	0.159	39.527		
P 值	-	0.513	0.003		

3. 讨论

缺血性脑血管病患者的疗效与治疗效果关系紧密,即血管开通时间与预后具有相关性,开通时间越短,则疗效越理想^[3]。尤其是大部分患者是血栓栓塞后导致病情发作,脑血流量下降无法满足脑组织运行时,则会造成脑组织缺血性受损^[4-5]。在患者神经细胞未达到不可逆损伤时,迅速且良好地疏通闭塞血管,恢复缺血区域灌注是重点目标,可将患者细胞代谢维持于正常状态^[6-8]。

目前,大量研究证实神经介入治疗对缺血性脑血管病患者病情的改善具有重要意义,能够降低患者的致残率与死亡率^[6-7]。本研究结果显示:两组血管再通率比较的差异检验值为 $P < 0.05$,观察组明显高于对照组;两组治疗后 NIHSS 评分呈下降趋势,比较两组 NIHSS 评分的降幅得出结果为 $P < 0.05$;两组治疗后 Barthel 指数呈升高趋势,比较两组 Barthel 指数的升幅得出结果为 $P < 0.05$ 。以上结果均证实了神经介入治疗的有效性。分析是应用脑动脉支架取栓术治疗过程中,纤维蛋白具有降解作用,其可刺激血栓的自行溶解,促进闭塞血管再通,术中应用的 SolitaireAB 支架的径向支持力良好,适用于大脑前动脉、颅内血管等部位,有助于医护人员取出患者脑组织中的较大血栓,将治疗时间窗延长,促进再通率的提高,通过治疗有效改善患者已经受损的神经功能,从而降低死亡率^[9-10]。此外,脑动脉支架取栓术可缩小血栓体积,降低取出难度,并减少取栓次数,减轻手术操作对患者造成的损伤,有利于加快患者术后恢复速度,使其尽快康复后提升日常生活能力^[11-12]。

综上,为缺血性脑血管病患者进行神经介入治疗,不仅临床效果理想,可促进血管再通,减轻神经功能缺损程度,提升日常生活能力,降低死亡率。

参考文献:

[1]邱桂森,林玉婷,宋倩倩.缺血性脑血管病介入治疗的临床观察[J].智慧健康,2021,7(34):70-72.

[2]丁文雯.神经介入治疗缺血性脑血管病的临床护理观察[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(33):353-354.

[3]周海云.颅内血管介入治疗缺血性脑血管病的临床疗效及预后分析[J].中外医疗,2020,39(8):46-48.

[4]杨欢,张珊珊,钱海洲,等.颅内血管介入治疗缺血性脑血管病的疗效及预后分析[J].中国继续医学教育,2018,10(29):106-108.

[5]宗勃,王慧.神经介入治疗缺血性脑血管病患者的临床疗效观察[J].中国继续医学教育,2018,10(5):121-122.

[6]欧阳坤,杨国栋,唐英,等.颅内血管介入治疗老年缺血性脑血管病患者的疗效及对神经功能的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(9):2074-2076.

[7]钟务招,罗云辉,刘飞龙,等.神经介入支架取栓联合静脉溶栓治疗缺血性脑血管病对患者神经功能及血流动力学的影响[J].基层医学论坛,2022,26(13):70-72.

[8]刘炜,张焕立,高超.血管内介入联合静脉溶栓治疗对老年急性缺血性脑血管病患者神经功能、凝血功能及脑血管血流状态的影响[J].川北医学院学报,2022,37(3):340-344.

[9]杨永平.介入支架治疗缺血性脑血管病对患者病变血管血流状况及神经功能的影响[J].临床研究,2021,29(7):20-21,24.

[10]林道云,陈高俊,华如鹏,等.经全脑血管造影术引导神经介入治疗对缺血性脑血管病的疗效分析[J].湖南师范大学学报(医学版),2021,18(6):35-38.

[11]董发新.全脑 DSA 联合神经介入术在缺血性脑血管病中的应用效果观察[J].中国实用医药,2021,16(20):35-37.

[12]戚进聪,徐力,赖勇.支架取栓术与动脉溶栓术治疗急性缺血性脑卒中的疗效分析[J].中国实用医刊,2018,45(11):30-31.