

介入疗法治疗神经内科缺血性脑血管病的临床疗效探析

王佳秋

(湖北民族大学附属民大医院 湖北 恩施 445000)

摘要:目的 分析介入疗法治疗神经内科缺血性脑血管病的临床疗效。方法 2020年1月至2022年1月期间,选取湖北民族大学附属民大医院收治的神经内科缺血性脑血管病患者,样本总量为40例。按照随机数字表法将其平均分至两组,分别实施常规静脉溶栓治疗、介入治疗,并将其命名为对照组、观察组。对比两组患者的临床治疗效果、并发症发生率、血流动力学指标、血液流变学指标、神经功能缺损评分情况。结果 与对照组相比,观察组患者的临床治疗效果显著更高,并发症发生率显著更低,血流动力学指标、血液流变学指标均有较为显著的改善,神经功能缺损评分显著降低,组间对比差异显著($P<0.05$)。结论 对于神经内科缺血性脑血管病患者而言,对其实施介入治疗的效果较好,可有效改善患者的血流动力学与流变学指标,减轻对神经功能的损伤,故而具有较高的临床应用价值。

关键词:介入疗法;神经内科;缺血性脑血管病;临床疗效

缺血性脑血管病是神经内科较常见的一种疾病,其主要好发于老年人群,但近年来有相关的研究学者指出,由于生活方式、饮食结构的改变以及工作压力的增加,该疾病的发病年龄有下降的趋势,因此需引起临床的高度重视^[1]。就现阶段临床治疗水平而言,神经内科缺血性脑血管病主要包括药物溶栓、介入治疗、手术治疗等3种方式^[2]。而且近年来有相关的研究学者指出,随着医学诊疗技术的进步,介入技术的成熟度较以往有所增加,在此类疾病的治疗中收效较好^[3]。基于此种情况,笔者选取湖北民族大学附属民大医院在近年来收治的神经内科缺血性脑血管病患者作为研究对象,分组后分别对其实施差异化的干预方案,旨在分析介入疗法治疗神经内科缺血性脑血管病的临床疗效,现进行如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020年1月至2022年1月期间,选取湖北民族大学附属民大医院收治的神经内科缺血性脑血管病患者,样本总量为40例。纳入标准:患者均确诊为神经内科缺血性脑血管病^[4];均为首次发病;均对患者讲明此次研究目的、方法、内容后,由其本人或家属自主签署知情同意书;临床资料保存完整者。排除标准:患者对此次研究涉及到的药物等存在过敏反应或易敏体质者;患者近期内服用过影响其凝血功能的相关药物或者伴有凝血障碍;恶性肿瘤或近期实施过重大手术者^[5]。按照随机数字表法将其平均分至两组,分别实施常规静脉溶栓治疗、介入治疗,并将其命名为对照组、观察组。对组间相关资料实施统计对比,其结果显示无显著差异($P>0.05$),后文数据对比具有较高的可信度,具体数据见表1所示。

表1 两组一般资料对比

组别	性别[n(%)]		平均年龄(岁)	发病时间(mmHg)	基础疾病[n(%)]		
	男性	女性			高血压	糖尿病	高血脂症
观察组 (n=20)	10 (50.00)	10 (50.00)	67.84 ± 1.28	3.78 ± 1.28	14 (70.00)	6 (30.00)	8 (40.00)
对照组 (n=20)	11 (55.00)	9 (45.00)	67.01 ± 1.15	3.61 ± 1.15	15 (75.00)	8 (40.00)	7 (35.00)
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

入院后,两组患者均需完善相关的实验室检查,并开展常规的对症治疗,如控制血压及血糖平稳,维持水电解质平衡、纠正酸碱

失衡等^[6]。在此基础上,对照组实施常规静脉溶栓治疗:选用0.9mg/kg的注射用阿替普酶,其中10%于1min内进行静脉推注,剩余90%+250ml的0.9%氯化钠注射液行静脉滴注,1次/d,注意最大用药剂量不超过80mg,在此期间密切关注患者的生命体征及凝血功能,如有异常及时进行对症处理^[7]。观察组实施介入治疗:介入前嘱患者口服阿司匹林肠溶片100mg/次、氯吡格雷75mg/次,均为1次/d,连续服用3d。对患者实施全身麻醉、生命体征监测,于腹股沟下行股动脉穿刺,在X线血管造影机的指导下,插入导丝头端通过狭窄部位,经微导丝引导扩张球囊撑开狭窄部位,观察血管再通情况,撤出器械,术毕^[8]。介入治疗之后继续按照之前的剂量继续服用阿司匹林、氯吡格雷,连续服用6个月^[9]。

1.3 观察指标

对比两组患者的临床治疗效果、并发症发生率、血流动力学指标、血液流变学指标、神经功能缺损评分情况^[10-11]。

1.4 统计学分析

利用SPSS18.0统计学软件对本次研究所得数据进行分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,对比采用t检验,计数资料用[n(%)]表示,对比采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床治疗效果对比

具体数据见表2所示。

表2 两组患者的临床治疗效果对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组 (n=20)	12 (60.00)	6 (30.00)	1 (5.00)	19 (95.00)
对照组 (n=20)	8 (40.00)	7 (35.00)	5 (25.00)	15 (75.00)
P				<0.05

2.2 两组患者的并发症发生情况对比

具体数据见表3所示。

表3 两组患者的并发症发生情况对比[n(%)]

组别	脑梗死	脑出血	血压异常	心率异常	合计
观察组 (n=20)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	1 (5.00)
对照组 (n=20)	1 (5.00)	1 (5.00)	1 (5.00)	1 (5.00)	4 (20.00)
P					<0.05

2.3 两组患者治疗前后的血流动力学指标对比

具体数据见表4所示。

表4 两组患者治疗前后的血液流变学指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	血浆黏度 (mpa/s)		血小板聚集率 (%)		网织红细胞 (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=20)	2.40 ± 0.36	1.65 ± 0.44	60.61 ± 2.61	45.02 ± 1.17	4.92 ± 1.18	2.20 ± 0.59
对照组 (n=20)	2.41 ± 0.34	1.94 ± 0.52	60.56 ± 2.74	50.85 ± 2.04	4.90 ± 1.22	3.35 ± 0.67
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者治疗前后的血液流变学指标对比

具体数据见表5所示。

表5 两组患者治疗前后的血流动力学指标对比 ($\bar{x} \pm s$), cm/s]

组别	收缩期最大血流速度		舒张期最小血流速度		平均血流速度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=20)	72.40 ± 6.64	96.02 ± 3.77	24.96 ± 3.72	40.15 ± 4.56	48.49 ± 5.86	73.20 ± 4.11
对照组 (n=20)	71.99 ± 6.58	89.67 ± 4.89	25.01 ± 4.33	35.61 ± 4.31	48.60 ± 6.92	60.84 ± 3.95
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 两组患者治疗前后的神经功能缺损评分对比

具体数据见表6所示。

表6 两组患者治疗前后的神经功能缺损评分对比 ($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	治疗前	治疗后
观察组 (n=20)	13.01 ± 3.80	3.60 ± 1.12
对照组 (n=20)	12.96 ± 3.75	7.81 ± 1.34
P	>0.05	<0.05

3 讨论

神经内科缺血性脑血管病患者的临床表现一般为失眠、情绪不稳、恶心呕吐、头晕目眩等,随着疾病进展,较为严重者可出现昏迷甚至死亡^[12]。有临床学者指出,此类疾病既往多实施药物治疗,即采用阿司匹林、氯吡格雷等抗血小板聚集类的药物以及一些溶栓药物等控制并缓解病情,不能有效缓解脑组织缺血导致的神经损伤,不能起到有效根治的作用,故而其整体治疗效果并不是十分理想^[13];而外科手术虽然能够有效治疗此类疾病,但对患者造成的创伤较大,并发症相对较多,而且术后恢复时间较长,故也不是首选治疗方式^[14]。而介入治疗是通过在血管内植入支架,达到扩张或重建血管的目的,经较多的学者研究指出,其疗效与安全性均俱佳^[15]。故而笔者将其运用至此次研究中,本研究结果显示:与对照组相比,观察组患者的临床治疗效果显著更高[95.00% (19/20) vs 75.00% (15/20)],并发症发生率显著更低[5.00% (1/20) vs 20.00% (4/20)],血浆黏度、血小板聚集率、网织红细胞等血液流变学指标以及收缩期最大血流速度、舒张期最小血流速度、平均血流速度等血流动力学指标均有较为显著的改善[(1.65 ± 0.44 vs 1.94 ± 0.52) mpa/s、(45.02 ± 1.17 vs 50.85 ± 2.04) %、(2.20 ± 0.59 vs 3.35 ± 0.67) %、(96.02 ± 3.77 vs 89.67 ± 4.89) cm/s、(40.15 ± 4.56 vs 35.61 ± 4.31)

cm/s、(73.20 ± 4.11 vs 60.84 ± 3.95) cm/s],神经功能缺损评分显著降低[(3.60 ± 1.12 vs 7.81 ± 1.34)分],组间对比差异显著(P<0.05)。

综上所述,对于神经内科缺血性脑血管病患者而言,对其实施介入治疗的效果较好,可有效改善患者的血流动力学与流变学指标,减轻对神经功能的损伤,故而具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1]王进鹏,雷延成,张豪,等.血管介入与阿司匹林、低分子肝素、降纤酶联合应用在小鼠脑缺血中的治疗作用[J].卒中与神经疾病,2019,26(06):673-676+701.

[2]殷涛,韩靖,赵腾跃.介入治疗血管内溶栓联合机械取栓对急性缺血性卒中患者脑血管血流状态及预后的影响[J].中国医药,2020,55(07):757-761.

[3]钟秀招,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.

[4]李明浩,张举孔,韩星伟,等.血管内介入与静脉溶栓对急性缺血性脑卒中患者纤维蛋白原、同型半胱氨酸水平及神经功能缺损的影响[J].黑龙江医学,2021,45(09):947-948+951.

[5]万晓强,雷波,陈利,等.动脉溶栓联合介入治疗老年急性脑梗死患者的疗效及其对Vp、Vm、DVp、DVm、PI及CVR影响[J].转化医学杂志,2022,11(02):97-100.

[6]王铁军,石富铭,陈书阁,等.神经介入联合静脉溶栓治疗急性缺血性卒中的临床疗效及对患者脑血流的影响[J].临床和实验医学杂志,2021,20(07):728-731.

[7]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(03):340-344.

[8]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(06):35-38.

[9]杨增升,王燕,巩晓宁,等.动脉联合神经介入溶栓术对缺血性脑血管病患者神经功能及复发的影响[J].国际医药卫生导报,2020,26(17):2570-2573.

[10]曹光宇,罗勇.单纯静脉溶栓与静脉溶栓联合血管内介入治疗对急性缺血性脑血管病的临床疗效比较[J].中华老年心脑血管病杂志,2020,22(04):402-405.

[11]阿不都克尤木·亚生,麦尔普·艾尼,努尔曼古丽·斯迪克.血管内介入联合静脉溶栓治疗急性缺血性脑血管病对患者脑神经功能缺损与血流动力学的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,4(05):41-43.

[12]刘远来,孙异春,何咏超.介入机械取栓联合盐酸替罗非班治疗急性颅内动脉栓塞患者的临床疗效[J].血管与腔内血管外科杂志,2020,6(01):46-49.

[13]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(09):2074-2076.

[14]华建军,应明亮,杨文婷,等.介入治疗脑血管病相关对比剂脑病临床及影像学表现:7例报告[J].中国介入影像与治疗学,2022,19(04):210-214.

[15]董发新.急性缺血性脑血管病患者应用数字减影血管造影检查展开介入治疗对提高疗效的作用[J].影像研究与医学应用,2021,5(06):162-163.