

# 急性脑梗塞机械取栓术的治疗效果的分析

何泰吉

白银市第二人民医院神经外科 730900

**〔摘要〕** 目的 分析急性脑梗塞机械取栓术的治疗效果。方法 选取 2017 年 11 月-2019 年 8 月以来收治的急性脑梗塞患者 62 例，随机分为研究组和对照组各 31 例，对照组采用静脉溶栓术，研究组采用机械取栓术。结果 研究组临床效果高于对照组 ( $P < 0.05$ )；研究组不良反应发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 急性脑梗塞患者应用机械取栓术治疗效果理想，可有效提高血管再通率，值得推广应用。

**〔关键词〕** 急性脑梗塞；机械取栓术；治疗效果

**〔中图分类号〕** R743.33 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 08-051-02

急性脑梗死属于神经内科比较多见的一种疾病类型，其主要临床特点为高发病率、高死亡率以及高致残率，对患者生命安全造成严重威胁。一般情况下，急性脑梗塞患者发病都比较急，往往会出现口角歪斜、一侧肢体无力、麻木，语言不清晰以及视线模糊等状况，经常伴随较为明显的头晕、耳鸣、反应迟钝以及肢体不灵活等症状<sup>[1]</sup>。因此，为了更好地确保急性脑梗塞患者的生命安全，需及时采取有效的方法实施治疗。本次研究分析急性脑梗塞机械取栓术的治疗效果，现具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2017 年 11 月-2019 年 8 月以来收治的急性脑梗塞患者 62 例，随机分为两组，其中对照组 31 例，男 19 例，女 12 例，年龄 47~65 岁，平均年龄 (56.2±2.1) 岁，发病至治疗间隔 1~3h，平均时间 (2.1±0.1) h。研究组 31 例，男 21 例，女 10 例，年龄 45~64 岁，平均年龄 (57.1±1.4) 岁，发病至治疗间隔 2~3h，平均时间 (2.3±0.2) h。患者均经头颅 CT / MRI 检查，确诊为急性脑梗塞，两组患者一般资料比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组采用静脉溶栓术：首先选用尿激酶 100 万 Ur-TPA (注射用阿替普酶) 50mg 溶于浓度 0.9% 的氯化钠溶液 50 毫升中，其次给予 10% 静脉 1min 注射完成，其他余量 70% 实行静脉微量泵滴稳定泵注，操作在 1h30min 内完成，若神经功能没有任何恢复现象，则需应用动脉溶栓。

研究组采用机械取栓术：对患者进行局部麻醉以及神经镇静，在股动脉处实施穿刺，并放置进 F68F 动脉鞘，在造影下应用超滑导丝引导，同轴技术内置微导管以及微导丝，把 8F-Guiding 放置到发生病变血管的主干开口位置，然后在微导丝的牵引下把微导管通过闭塞段血管放置进取栓支架，接着应用“Solubra”以及“ADAPT”技术将血栓取出，在重复操作三次之后将支架取出，同时抽取 30 毫升血液，以免取出的血栓在回流进动脉血管中。造影显示应用机械取栓之后，血管前向血流 mTICI 都处在 II b 以上状态，且大约可以维持 30min 便取出导引导管，术后检查双源能谱 CT，将股动脉鞘留置 6h<sup>[2]</sup>。

### 1.3 观察指标

(1) 对比分析两组患者的临床治疗效果。显效：NIHSS

分数降低范围为 46%-90%，神经功能恢复到正常水平；有效：NIHSS 分数降低到 15%-45%，神经功能有明显好转，发生病变的血管得到有效疏通。无效：NIHSS 评分没有任何变化甚至增高，有明显的神经功能障碍。总有效率 = (显效 + 有效) / 例数 × 100%。(2) 对比分析两组患者的不良反应发生率，主要包括脑出血、再灌注损伤以及血管鼻塞等。

### 1.4 统计学处理

本次研究的全部数据应用 SPSS20.0 进行分析，其中计数进行  $\chi^2$  (%) 检验，计量进行  $t$  检测 ( $\bar{x} \pm s$ ) 检验， $P < 0.05$  提示有显著差异。

## 2 结果

研究组临床效果高于对照组 ( $P < 0.05$ )，具体见表 1。

表 1: 临床效果对比 (n, %)

组别	例数(n)	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	31	11	11	9	70.96%
研究组	31	19	10	2	93.54%
$\chi^2$ 值	/	7.314	6.063	6.982	7.658
P 值	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

研究组不良反应发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )，具体见表 2。

表 2: 不良反应比较 (n, %)

组别	例数	脑出血	再灌注损伤	血管闭塞	发生率 (%)
对照组	31	2	2	3	22.58%
研究组	31	1	0	2	9.67%
$\chi^2$ 值	/	7.036	6.341	6.094	5.953
P 值	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

## 3 讨论

急性脑梗塞属于临床较为常见的脑卒中疾病之一，主要是因人体局灶性血运降低使附近神经元、神经胶质细胞遭到损伤，进而导致患者神经功能受损、血液凝聚功能异常而发生的脑梗塞症状。患者发病之后会明显感觉到自身出现肢体不受控以及意识障碍等，病情继续发展会威胁患者生命<sup>[3]</sup>。因此，对患者进行早期溶栓治疗可以有效疏通血管，改善血管状况，进一步提升患者生活质量。

临床上最长应用的溶栓方式主要有静脉溶栓、动脉溶栓以及动静脉桥接溶栓，其中静脉溶栓具有花费低且患者易接受等优势，但是它在一定程度上会导致患者发生颅内再出血

(下转第 53 页)

平衡。但是长期住院老年病人由于多种老年病困扰，如老年晚期肿瘤合并重症肺部感染者比较容易出现电解质紊乱的情况<sup>[1]</sup>，另外活动量的减少，以及进食量的下降，出现一系列的机体代谢紊乱，临床表现为恶心，呕吐，腹泻，头晕眼花，意识模糊，四肢发麻，肌无力等等症状。

其原因，主要有以下几方面造成的。一，由于长期的卧床住院，饮水减少，或者身体不适呕吐造成的大量的失水，失电解质，患者伴有口渴感，尿少，四肢发麻，肌无力，意识模糊等。相关研究指出，老年晚期肿瘤并发重症肺部感染患者的治疗过程中应以预防为主，当患者出现呕吐和纳差时，及时补充钠和钾，防止因自身丢失和摄入不足造成的电解质紊乱。当患者的原发疾病和感染得到控制后，临床仍表现为嗜睡、精神萎靡等症状时，均要及时进行钾、钠、钙、氯等指标的检测<sup>[2]</sup>。二，由于长期的卧床住院和疾病的困扰，食欲下降，进食减少，造成体内电解质严重不足。三，受体内激素的影响，其中最大影响的是醛固酮，它能够促进各肾小管对 Na 离子的重吸收和 K 离子离子的排出，从而导致低钾。如若血钾升高

血钠降低，引起醛固酮合成增加，可启动负反馈机制。四长期的代谢性疾病，糖尿病，肝硬化等消化系统疾病导致的长期进食不足，但是肾脏仍旧一如既往的排泄钾离子，从而引起低血钾。五，长期的药物使用，如糖尿病患者使用的胰岛素，促进葡萄糖合成糖原，钾离子也进入细胞内，易造成低血钾；代谢性碱中毒或者输入过多的碱性药物，使得细胞内 H 离子外流，交换钾离子进入细胞内中和碱。

综上所述，长期住院老年患者受多种疾病和各种药物之苦，极易导致电解质紊乱。医护人员多注重观察患者的病情，注意病人的不适，及时化验电解质，以便早发现、早纠正，解决病人痛苦。

#### [ 引用文献 ]

- [1] 李瑾. 老年晚期肿瘤患者重症肺部感染与电解质紊乱的临床治疗效果观察[J]. 中国实用医药, 2018 年 11 月第 13 卷第 33 期
- [2] 张伟红, 王丽敏等. 老年晚期肿瘤患者重症肺部感染与电解质紊乱的临床治疗[J]. 中华医院感染学杂志, 2015 年第 25 卷第 3 期

(上接第 50 页)

十分必要的临床意义。通过本次研究发现，血红蛋白：观察组为  $(125.58 \pm 6.32)$  g/l 明显高于常规组  $(95.26 \pm 7.13)$  g/l,  $P < 0.05$ ；血小板计数：观察组为  $(65.25 \pm 8.96) \times 10^9/l$  明显低于常规组  $(96.15 \pm 7.77) \times 10^9/l$ ,  $P < 0.05$ ；平均血小板体积：观察组为  $(8.29 \pm 0.87)$  fl 明显高于常规组  $(7.44 \pm 0.64)$  fl,  $P < 0.05$ ；血小板体积分布宽度：观察组为  $(16.01 \pm 1.21)$  % 明显高于常规组  $(13.98 \pm 1.32)$  %,  $P < 0.05$ ；门静脉主干直径：观察组为  $(1.41 \pm 0.17)$  mm, 常规组为  $(1.19 \pm 0.10)$  mm, 观察组明显比常规组宽,  $P < 0.05$ ；门静脉血流速度：观察组为  $(11.96 \pm 1.81)$  cm/s, 常规组为  $(17.36 \pm 2.02)$  cm/s, 观察组明显比常规组慢,  $P < 0.05$ 。

综上所述，阑尾炎手术后患者的血红蛋白水平、血小板和门静脉相关指标是门静脉、肠系膜上形成静脉血栓的重要

危险因素，对各种危险因素进行分析，在有效预防阑尾炎患者术后发生静脉血栓方面具有极其重要的临床意义。

#### [ 参考文献 ]

- [1] 刘治信, 赵欢欢. 阑尾炎患者门静脉和肠系膜上静脉血栓形成的危险因素分析[J]. 血栓与止血学, 2018, 24(02):276-277+279.
- [2] 雷润梅, 杜霞. 阑尾炎患者术后发生门静脉和肠系膜上静脉血栓形成的危险因素分析[J]. 血栓与止血学, 2019, 25(04):655-656.
- [3] 樊洪, 刘兆爱, 李文晓等. 门静脉、肠系膜上静脉广泛血栓形成 1 例[J]. 山东大学学报(医学版), 2017, 55(05):129-130.
- [4] 王泉雄, 方志杰, 刘志苏等. 腹腔镜脾切除后门静脉系统血栓形成早期预防与治疗[J]. 腹部外科, 2019, 32(04):270-273+279.

(上接第 51 页)

状况，使患者在接受治疗之后再次出现血管闭塞等现象，降低患者的预后疗效。因此，机械取栓术在临床治疗中的使用也越来越普遍。机械取栓属于一种介入治疗方法，它主要原理就是通过直接与血管内部血栓进行接触将其取出，以便最快的实现疏通血管的目的。这种治疗方法的优势在于：①可以用最快的速度将血栓破碎后取出，极大地减少了患者颅内出血的几率，提高了预后效果。②可以尽快将脑部出现闭塞部位的血流恢复，在一定程度上降低了血管在通时间，减少了溶栓药物的使用量，有效的减少了疾病的复发率以及并发症发生率，预后效果更为理想<sup>[4]</sup>。本次研究结果表明，研究组临床效果高于对照组 ( $P < 0.05$ ) 且研究组不良反应发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )，这表明相对于静脉溶栓治疗来说，机械取栓的效果更为理想，可有效疏通血管，降低不良反应发生率，增强患者的预后效果，在临床应用中其安全性及可靠性更高。

综上所述，急性脑梗塞患者应用机械取栓术治疗效果理想，可有效提高血管再通率，值得推广应用。

#### [ 参考文献 ]

- [1] 倪贵华, 梁晨, 赵卫东. 三种不同血管再通方法治疗椎基底动脉闭塞性脑梗死的疗效对比[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(13):1001-1005.
- [2] 庞红立, 关东升. 机械介入取栓术联合 rt-PA 溶栓治疗对急性脑梗死患者血清 PON-1、hs-CRP、Lp-PLA2、NSE 水平及神经功能评分的影响[J]. 中国老年学杂志, 2018, 36(1):2561-2564.
- [3] 张翔, 张全斌, 孙继平. 单中心急性缺血性卒中行机械取栓的疗效分析(附 58 例报告)[J]. 中华神经外科杂志, 2018, 34(3):248-252.
- [4] 邢鹏飞, 杨鹏飞, 李子付. 支架机械取栓治疗急性基底动脉闭塞的疗效观察[J]. 中华神经外科杂志, 2018, 34(3):235-241.