

• 临床研究 •

对缺血性脑血管疾病应用介入治疗后中长期预后及安全性探讨

毛 熹

湘潭市中心医院神经内科一区 411101

【摘要】目的 分析对缺血性脑血管疾病应用介入治疗后中长期预后及安全性。**方法** 本次的研究对象选自 2017 年 8 月 -2019 年 7 月期间, 在我院接受治疗的 40 例缺血性脑血管疾病患者, 随机将患者分为对照组 (n=20)、观察组 (n=20), 对照组实施常规药物治疗, 观察组在对照组的基础上实施介入治疗。**结果** 治疗后观察组患者的 Vd、Vs 与对照组对比, $P<0.05$; 观察组的不良事件发生率为 10.00%, 明显低于对照组的不良事件发生率, 差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。**结论** 缺血性脑血管疾病患者接受介入治疗, 能够有效改善患者脑部的供血情况, 减少不良事件风险概率, 值得被推广、应用。

【关键词】 缺血性脑血管疾病; 介入治疗; 安全性**【中图分类号】** R743**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711 (2019) 11-076-02

缺血性脑血管疾病是脑部血液供应出现障碍而产生的疾病, 是我国老年人群较为常见的疾病^[1]。缺血性脑血管疾病患者的脑组织会出现缺血、缺氧, 使其脑组织逐渐软化和坏死, 从而对患者的脑组织结构造成持续性的损伤, 患者的神经功能会出现严重障碍, 若患者治疗不及时, 此病会导致患者死亡^[2]。介入治疗是对缺血性脑血管疾病患者治疗的常见方法, 但是关于介入治疗后的中长期预后及安全性具有不确定性, 因此本文对 2017 年 8 月 -2019 年 7 月期间我院收治的 40 例缺血性脑血管疾病患者作为研究对象, 分析介入治疗对其中长期预后及安全性的影响, 现报道如下:

1 资料与方法**1.1 资料**

本次的研究对象选自 2017 年 8 月 -2019 年 7 月期间, 在我院接受治疗的 40 例缺血性脑血管疾病患者, 随机将患者分为对照组 (n=20)、观察组 (n=20)。对照组: 年龄 54-82 岁, 平均 (68.14±6.69) 岁; 男性 11 名、女性 9 名。观察组: 年龄 55-83 岁, 平均 (69.07±6.72) 岁; 男性 12 名、女性 8 名。2 组资料比较, $P>0.05$, 可作对比。

1.2 方法

对照组实施常规药物治疗, 方法为: 给予患者口服阿司匹林肠溶片治疗, 每日口服 100mg。

观察组在对照组的基础上实施介入治疗, 方法为: 在介入治疗前 4d, 给予患者口服 1-3 片的阿司匹林肠溶片, 在介入治疗时

对患者实施全身麻醉, 使其凝血酶激活时间为正常人体的 3 倍, 对患者实施全身肝素化处理, 同时严密监测患者的生命体征; 使用 Seldinger 穿刺法对其股动脉进行逆行穿刺, 然后置入支架, 使用超滑导丝导入各个血管; 在 X 线血管造影机下, 对患者实施 Seldinger 右股动脉穿刺, 然后实施造影剂检查, 在选择性动脉造影后, 在狭窄远端固定支架一端, 使用微导丝引导支架使其在狭窄区域内; 对支架固定后, 使用压力泵将球囊扩张, 以使支架释放; 手术后给予患者口服阿司匹林肠溶片 (100mg/d)、氯吡格雷 (75mg/d)。

两组患者均接受为期 1 个月的治疗干预。

1.3 观察指标

统计两组患者的血管收缩期峰流速 (Vs)、舒张末期流速 (Vd)、不良事件发生情况, 并进行对比。

1.4 数据处理

应用 spss22.0 软件整理和分析文中研究结果数据。独立样本 t 检验定量资料, 表示行均数 ± 标准差, 检验计数资料用 χ^2 , 行百分比 (%) 表述, $P<0.05$ 时, 差异存在统计学意义。

2 结果**2.1 两组患者 Vd、Vs 水平对比**

治疗前对比两组患者的 Vd 和 Vs, 差异不存在统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后观察组的 Vd 为 (22.08±2.07) cm/s、Vs 为 (101.33±10.02) cm/s, 与对照组对比, $P<0.05$ 。如表 1:

表 1: 组间 Vd、Vs 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Vd (cm/s)		Vs (cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	20	42.58±4.06	22.08±2.07	151.82±14.96	101.33±10.02
对照组	20	42.75±4.09	35.57±3.39	152.05±14.99	137.71±13.24
T	—	0.132	15.188	0.049	9.799
P	—	0.896	0.001	0.962	0.0001

2.2 两组患者不良事件发生情况对比

观察组的不良事件发生率为 10.00%, 明显低于对照组的不良事件发生率, 差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。如表 2:

表 2: 组间不良事件发生情况对比 [n(%)]

组别	例数 (n)	短暂性脑缺血性发作	脑梗死	缺血性脑血管疾病发作	总发生率
观察组	20	1	0	1	2 (10.00)
对照组	20	3	1	2	6 (30.00)
χ^2	—	—	—	—	4.329
P	—	—	—	—	0.037

3 讨论

缺血性脑血管疾病是临床上发病率较高的脑血管疾病, 对患者的脑部功能有较大的影响, 患者会出现多种功能障碍, 并危及

患者的生命安全^[3]。对于缺血性脑血管疾病患者, 需要采取积极的治疗措施, 快速有效的改善其病情, 减少后遗症的出现^[4]。

以往临床主要对缺血性脑血管疾病患者实施单纯的药物治疗, 但是治疗时的效果较慢, 在治疗期间的并发症较多。介入治疗是一种新兴的治疗技术, 此种治疗方式的应用能够快速有效改善血液中的微循环, 并且放入支架后可以将血管开通, 促进脑部的血液循环, 进而有效改善脑部缺血缺氧的症状, 使患者的病情得到快速有效的好转^[5]。

本文研究得出, 治疗后观察组患者的 Vd 为 (22.08±2.07) cm/s、Vs 为 (101.33±10.02) cm/s, 与对照组对比, $P<0.05$; 观察组的不良事件发生率为 10.00%, 明显低于对照组的不良事件发生率, 差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。

(下转第 79 页)

力学不稳的情况下,心脏超声等综合超声影像技术就成了有效的检查方式。对于突发性病症的患者,如突发胸痛、呼吸困难等,超声心动图能够很快对其进行病症的鉴别。同时由于检查费用低,重复性好,因此可以作为患者病情监测的手段。超声检查并不能直接排除肺栓塞的可能性,而综合超声影像技术能够对特殊的肺栓塞作出直接的诊断,但是这项检查敏感度较低,因此其准确性不能得到保证。

(八) D-二聚体

我国在对肺栓塞的诊断中通常采用 ELISA 法来检测患者血浆中的 D-二聚体。当 D-二聚体小于 $500 \mu\text{g/L}$ 时,能够排除低度和中度的肺栓塞可疑患者,但是对于高度肺栓塞可疑患者不能够直接进行排除,其敏感较高,但是特异性低,通常作为排除低概率可疑肺栓塞患者的指标。

(九) 血气分析

血气分析是诊断肺栓塞的有效指标,对于没有心肺病史、突发呼吸困难的患者显示出低碳酸血症、呼吸性碱中毒增大等应高度怀疑^[6]。应当注意的是,虽然大多数肺栓塞患者血气分析 PaO₂ 小于 20mm Hg,但是也有血气分析在正常范围的可能。

(十) 血清酶学检查

血清酶学检查对于肺栓塞的诊断价值小,但是可以用来鉴别肺栓塞和急性心肌梗死,肺栓塞额 ALP/ASP 大于 1,而急性心肌梗死的 ALP/ASP 小于 1^[7]。此外肺栓塞会出现心肌肌钙蛋白浓度升高的现象,通过对血清酶学检查,也能够作为肺栓塞病情鉴别评估的标准。

二、肺栓塞的临床诊断方法进展

(一) 诊断方法现状

肺栓塞的发病率较高,是常见的急性心肺血管疾病,致死率也较高,主要死因为右心衰竭,反复肺栓塞和慢性肺动脉高压。经临床研究,不经过治疗的情况下肺栓塞的死亡率在百分之二十到百分之三十,而通过明确确诊并进行治疗的情况下死亡率仅为百分之二到百分之八,因此肺栓塞的诊断对于患者来说至关重要。肺栓塞发病率会随着年龄增长,而许多老年人会患有一些心肺上的疾病,从而使诊断的难度加大,危害患者生命安全。随着近年来肺栓塞的诊断技术加强,出现了多种新的诊断技术,对于肺栓塞的误诊和漏诊率有明显降低。但是从临床现状来看,肺栓塞的误诊率依然居高不下,一定程度上反映了医生对肺栓塞的认识还

不够。

(二) 诊断方法进展

如今出现了许多方法对肺栓塞患者进行诊断,特别是随着影像学诊断的发展,对于肺栓塞的诊断准确性也大大提高。如放射性核素肺显像(灌注与通气)、增强 CT(螺旋 CT 和电子束 CT)、磁共振动脉造影、超声心动图、血管镜、血管内超声检查及血清 D-二聚体测定等,使肺栓塞的检查变得方便可靠^[8]。但是当前这些技术在我国医院并没有得到广泛利用,特别是基层医院,不具备使用条件,因此还需要结合临床医师的经验来对患者进行诊断。临床医师需要学习掌握肺栓塞的基本症状,患者的体征等基本知识从而做出最初步的诊断,在现有条件下利用影像学的诊断方式对患者进行确诊,通过两者结合的方式保证诊断的准确性。

结语:

本文对肺栓塞临床上的诊断方式做了总结,并阐述了当前诊断方式在我国利用和发展情况。如今在临床上被高度怀疑肺栓塞的病人首选的检查方式是螺旋 CT,其次是放射性核素显像,最后是综合超声影像技术。通过判断上述检查是否呈阳性即可对患者进行确诊,如果不能确诊的情况下需要采用肺动脉造影技术进行准确诊断。

参考文献:

- [1] 穆丽萍. 肺栓塞患者应用多层螺旋 CT 诊断的临床价值[J]. 特别健康, 2019, (23):124.
- [2] 王永胜, 马雏凤. 急性肺栓塞的影像诊断与介入治疗分析[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3(20):129-130.
- [3] 谢佳峻. 急性肺栓塞的临床诊断及治疗方法探讨[J]. 饮食保健, 2019, 6(39):221.
- [4] 陈国新. 放射诊断急性肺栓塞的价值分析[J]. 医药前沿, 2019, 9(23):84.
- [5] 赵真真. 急性肺栓塞疾病早期心电图诊断效果[J]. 母婴世界, 2019, (14):47.
- [6] 张丽. 超声心动图联合下肢深静脉超声对急性肺栓塞诊断的临床价值分析[J]. 特别健康, 2019, (18):98.
- [7] 张阔伟, 罗娜. 肺栓塞诊断中应用宝石能谱 CT 成像碘基图检查的效果观察[J]. 包头医学, 2019, 43(3):25-27.
- [8] 张玉芝. 超声心动图与下肢深静脉超声在急性肺栓塞诊断中的应用价值[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(16):54-56.

(上接第 76 页)

综上所述,缺血性脑血管病患者接受介入治疗,能够有效改善患者脑部的供血情况,降低不良事件风险。

参考文献:

- [1] 杨志刚, 程伟, 潘春联. 神经介入联合静脉溶栓治疗缺血性脑血管病的临床疗效[J]. 医学综述, 2018, 24(18):203-206.
- [2] 刘长江, 李可, 张大权, 等. 40 例缺血性脑血管病患者介入治疗后效果观察[J]. 河北医科大学学报, 2017, 38(11):93-96.
- [3] 吴兴军, 孙树杰. 血管内支架植入治疗缺血性脑血管病的中长期预后效果及安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2017,

10(35):50-51.

- [4] Zuo F T, Liu H, Wu H J, et al. The effectiveness and safety of dual antiplatelet therapy in ischemic cerebrovascular disease with intracranial and extracranial arteriostenosis in Chinese patients: A randomized and controlled trail[J]. Medicine, 2017, 96(1):e5497.
- [5] Huang Y S, Koo M, Chen J C, et al. The association between tinnitus and the risk of ischemic cerebrovascular disease in young and middle-aged patients: A secondary case-control analysis of a nationwide, population-based health claims database[J]. Plos One, 2017, 12(11):e0187474.

(上接第 77 页)

综上所述, COPD 并发急性呼吸衰竭的危险因素涉及尿酸低、ALB 水平较低、未使用糖皮质激素吸入、酸碱失衡、院内感染、急性发作次数较多,且上述因素也可影响患者预后。

参考文献:

- [1] 刘开林. 慢性阻塞性肺疾病并发急性呼吸衰竭的危险因素分析[J]. 内科, 2014, 9 (03):278-280+286.
- [2] 李毅云, 钱传云. 慢性阻塞性肺病致急性呼吸衰竭的相关危险及预后因素分析[J]. 现代预防医学, 2013, 40 (21):4103-4105.

- [3] 刘才锐. 慢性阻塞性肺疾病致急性呼吸衰竭的危险因素[J]. 名医, 2018, 04 (02):17.

- [4] 邓朋亮. 慢性阻塞性肺病急性加重合并呼吸衰竭患者病死率现状调查及影响因素分析[J]. 实用预防医学, 2015, 22 (11):1346-1348.

- [5] 成忠凤, 刘林. 慢性阻塞性肺病并发急性呼吸衰竭的危险因素分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16 (72):162-163.

- [6] 陈红. 慢性阻塞性肺疾病致急性呼吸衰竭的危险因素分析[J]. 中国实用医药, 2017, 12 (30):61-62.