

急性缺血性卒中血管内治疗新进展

黄德柱

博白县中医院 537600

〔摘要〕急性缺血性卒中运用血管内治疗技术的发展迅猛，近年来的研究表明，血管内介入治疗较静脉溶栓更具优势。缩短从发病到再灌注的时间，是目前多数学者临床研究的首要目标，提前预估并进行有效的影像学检查也可以减少再灌注时间，并掌握治疗最佳时机。取栓技术的发展也为卒中患者的治疗带来了契机，不仅可以缩短手术时间，提高血管再通，不断改善卒中患者治疗效果；规范临床治疗流程，配置合理的医疗资源，也是改善急性缺血性卒中血管内治疗的临床重要手段。

〔关键词〕急性缺血性卒中；血管内治疗；进展

〔中图分类号〕R739.41 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2021) 11-170-02

急性缺血性卒中是神经内科常见病之一，由于各种因素导致的脑组织血液供应障碍，产生的缺血缺氧性坏死，是最常见的脑卒中类型，临床上具有较高的发病率、复发率及致残率^[1]。临床症状出现血栓或栓子脱落，血栓的形成多由于在动脉粥样硬化基础上，官腔发生狭窄或闭塞现象，而栓子脱落会导致脑组织发生缺血缺氧进而坏死^[2]。对于急性缺血性卒中的临床治疗多以让阻塞或闭塞的血管通畅为主，包括对缺血区域的灌注，因此目前应用的治疗方式主要以溶栓和抗栓为主^[1]。随着医疗技术的不断发展进步，临床上对于急性缺血性卒中治疗方式发展迅猛，包括动静脉溶栓、支架成型以及机械取栓、碎栓等。本文针对急性缺血性卒中血管内治疗开展研究，为临床治疗方案的选择提供全新的方向。

1 血管内治疗流程

急性缺血性卒中溶栓时间窗窄，发病后“黄金 4.5 小时”，一般设备比较先进可延长至 6 小时，错过时间窗将丧失溶栓治疗时间，对卒中患者识别应尽快，以争取救治时间，早一分钟救治就能减少神经细胞的死亡^[3]。此外以下流程是关键部分^[4]，一般急性缺血性卒中患者多由急诊科开始接诊，从接诊到治疗的时间及流程也尤为重要，急诊科、神经内科、影像科、神经外科、介入科、麻醉科等治疗过程中涉及到的所有科室组成卒中小组，当疑似患有急性缺血性卒中的患者就诊后，立即展开检查，建立绿色通道，急诊护理首先建立静脉通道，留置套管针，同时预约各项检查，包括（1）预约头部 CT；（2）血常规、尿常规、血型、肝肾功能等检验项目；（3）完成心电图检查并形成报告；（4）卒中小组人员根据各项检查结果评估患者是否为急性缺血性卒中，在黄金时间内展开救治，如超过静脉溶栓时间或大血管有阻塞，预期效果不佳，立即展开血管介入溶栓、碎栓。通过以上一系列措施缩短从接诊到救治的时间，从而降低疾病带来的致死率、致残率，提高患者生活质量。

2 有效的影像评估体系的建立

影像检查是诊断急性缺血性卒中的重要检查手段，随着医疗影像技术的不断发展，多模式影像在临床中被广泛认可并使用，此项检查可以提供血栓的特征，包括血栓的位置、大小、新旧程度、来源等信息，为临床诊断提供重要依据，争取救治时间^[5]。多模式影像技术提供了丰富的诊断信心，缩短患者救治时间，但同时也存在一定的问题待解决，主要一点就是检查时间的问题，4D CT 血管成像，简称 CTA 可以计

算血栓长度，结果显示过长血栓静脉溶栓再通率较低，对比 CT 检查结果，通透性高的血栓患者更易获得较好的预后效果^[6]。但对于初级卒中患者在进行 CT 检查后，若再进行 CTA 检查，则会增加发病至溶栓时间，这也是待解决的问题。

此外，传统的磁共振成像技术，对患者脑组织缺氧性改变诊断敏感度较高，但检查时间较长，多模式影像检查模式作为一种新型的脑血管检查模式，检查时间短，无创伤，且准确性高，这在一定程度上也缩短了检查时间，随着医疗器械开发技术的发展，MRI 检查时间也在日益缩短^[7]。

3 溶栓治疗

急性缺血性卒中血管内治疗越快效果越好，也是治疗卒中患者不断追求的目标，血管内治疗可以再通血管，使组织再灌注时间缩短，预后较好^[7]。有研究表明，组织再灌注时间每延长 15 分钟，治疗后效果下降将近 10% 左右，而大动脉闭塞如采取静脉溶栓，再通率会降低，有疗效的患者不足 3%，三个月内死亡患者近 21%，残疾患者近 68% 左右^[7]。也有研究表明，采用机械溶栓再通率可达到 70±10% 左右，再通与预后良好有着密切关联，颅内出血的风险也想相对降低^[7]。在 2012 年的一项研究中就表明，血管内治疗器械的发展迅猛，如血管取栓装置、血栓抽吸装置在当时均相继问世，不同程度的提高了再通率，同时手术时间缩短，有着良好的前景^[8]。直至今日，取栓技术不断发展，应用于取栓的材料也在不断发展进步，也提高了血管的再通率^[9]。因此，对更多的新型、优质的取栓装置也被期待问世，随着国内的医疗技术发展，也希望更适合中国人的取栓装置及技术问世。

由于急性缺血性卒中致死率、致残率较高的特点，加强对患者的救治是保证临床疗效的关键，卒中患者血管内治疗，从动脉溶栓逐渐发展到机械取栓，抽吸术，根据患者的具体情况选择适当的治疗方式，为患者提供最大益处的治疗。毫无疑问，血管内治疗急性缺血性卒中是近年来医学界的突破性发展，同时也要关注临床实验数据与实践结果的差异，探索更深一层次的高新技术。首先怎样缩短从发病到再灌注的时间，是目前多数学者临床研究的首要目标，提前预估并进行有效的影像学检查也可以减少再灌注时间，并掌握治疗最佳时机。其次，取栓技术的发展也为卒中患者的治疗带来了契机，不仅可以缩短手术时间，提高血管再通，不断改善卒中患者治疗效果。而另一比较重要的措施是规范临床治疗流程，

(下转第 172 页)

差异无统计学意义 ($P>0.05$), 说明生发汤联合生发酊外涂治疗脂溢性脱发与西药常规治疗效果相当, 虽不能作为代替药, 但可以作为脂溢性脱发治疗的选择性药物, 这不仅避免常规西药带来的毒副作用, 而且也能改善患者的生活质量。(见表 1)。

综上, 西药治疗仅能减少毛发脱落, 不能根治本病, 且不良反应多, 停药后易复发, 因此难以维持疗效。中医治疗脂脱注重标本兼治, 从整体上调节人体的内分泌功能, 不良反应少, 可作为维持疗效的治疗方式。

3 讨论

脂溢性脱发的发病原因及临床研究: 脂溢性脱发是由多种因素引起的, 目前西医认为脂溢性脱发的发病原因与患者的雄激素代谢的异常有密切关系, 其中主要是睾酮、二氢睾酮及毛囊单位还原酶与雄激素受体水平的增高而引发。中医认为脱发是因为肝肾不足为本, 湿热、血热、血瘀为标, 由于脂溢性脱发多为本虚标实或虚实夹杂证, 长期心理失衡、病菌感染、饮食失调、精神紧张均可诱发或者加重病情^[7]。

生发汤^[5]是临床研究研制而成的中药口服制剂, 其中侧柏叶具有凉血止血, 化痰止咳, 生发乌发; 桑葚子主治肝肾不足和血虚精亏的头晕目眩, 须发早白, 失眠多梦, 津伤口渴, 消渴; 女贞子具有补益肝肾, 抗衰祛斑等疗效^[8]。刘洪儒^[9]对 64 例 AGA 患者进行治疗, 对照组予非那雄片 1mg/d+ 梅花针叩刺, 治疗组在对照组基础上增加口服中药, 治疗 6 个月后, 治疗组患者总有效率为 96.88%, 其中痊愈 13 例; 对照组患者总有效率为 87.50%, 其中痊愈 8 例, 治疗组与对照组疗效相当, 但复发率明显降低。李勇^[10]将 127 例患者随机分为两组, 治疗组 63 例给予补肾生发方联合非那雄胺片治疗, 总有效率达到 93.65% 说明补肾生发方联合非那雄胺治疗脂溢性脱发在临床疗效及伴随症状改善方面效果显著。都表明了联合用药的治疗疗效远高于单独用药治疗效果。

生发酊^[11-12]中补骨脂用于治疗肾虚阳痿, 腰膝酸软冷痛, 肾虚遗精, 脾肾阳虚引起的五更泄泻及肾不纳气之虚寒喘咳; 白芷具有止痛, 皮肤燥痒以及透骨草的活血利气之功等综上所述, 中药自制生发汤联合生发酊治疗脂溢性脱发治疗效果

与常规西药治疗相当, 且中药治疗从整体通过对肝、肾、脾等各身体器官进行调节来平衡人体阴阳, 并充分利用中药的四气五味、功效主治和配伍原则, 不良反应少, 综合治疗脱发, 从而取得较好的疗效, 可作为维持疗效的治疗方式。希望通过现代实验研究结合中医药理论, 能取得更好的临床疗效。

[参考文献]

- [1] 赵辩. 脱发的治疗 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2003, 19(4):367.
- [2] 刘维, 陈达灿. 脂溢性脱发的中西医研究进展 [J]. 中医药信息, 2003, (20):24-26.
- [3] 席建元, 陈达灿, 脂溢性脱发的治疗研究进展 [J]. 广东医学, 2005, 26(9):1192-1193.
- [4] Ku M C, Teh L S, Chen P M, et al. Synergistic Effect of Platelet-Rich Plasma Injections and Scalp Lifting in Androgenetic Alopecia ☆, ☆☆ [J]. Clinics in Dermatology, 2018.
- [5] 赵焯, 王锁杏. 生发 1 号汤治疗脂溢性脱发的临床观察 [J]. 陕西中医, 2015, 36(10):1388-1389.
- [6] 雷鸣, 范金财. 雄性激素源性脱发病因及治疗进展 [J]. 中国美容医学, 2012, 12(17):423
- [7] 唐迎雪. 湿热体质与 2 型糖尿病相关性研究浅释 [J]. 中华中医药学刊, 2004, 22(9):1656-1657.
- [8] 胡佑志. 乌发、生发之良药——侧柏叶 [J]. 农村百事通, 2017(14):54-54.
- [9] 刘洪儒. 梅花针叩刺联合中医辨证治疗雄激素性脱发的临床观察 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [10] 李勇, 刘靖, 李东海, 刘冠东, 齐庆. 补肾生发方联合非那雄胺治疗脂溢性脱发临床疗效分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(08):862-863+912.
- [11] 李笑甜, 周薇, 宋忠臣. 补骨脂素和异补骨脂素对入牙周膜细胞的抗炎作用 [J]. 上海交通大学学报 (医学版), 2018, 38(2).
- [12] 李晗, 王宇光, 马增春, 等. 补骨脂素、异补骨脂素、补骨脂二氢黄酮与异补骨脂查尔酮对 CYP2B6 诱导作用研究 [J]. 中药药理与临床, 2017(1):15-19.

(上接第 170 页)

配置合理的医疗资源, 也是改善急性缺血性卒中血管内治疗的临床重要手段。

[参考文献]

- [1] 蒙喜斯. 急性缺血性卒中血管内治疗新进展 [J]. 中国社区医师, 2019, 35 (4) : 10-11.
- [2] 张广平, 刘楠, 李慎茂, 等. 急性脑梗死动脉溶栓治疗的临床观察 [J]. 中国临床医生, 2013, 41(2):24-25.
- [3] BERKHEMER O A,FRANSEN P S,BEUMER D,et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke[J]. N Engl J Med,2015,372 (1) : 11-20.
- [4] 王国芳, 朱青峰, 边世春, 周志国, 禹书宝, 孙琦. 急性缺血性卒中血管内治疗的现状与展望 [J]. 解放军医药杂志, 2015, 27 (4) : 103-105.
- [5] ROHAN V,BAXA J,TUPY R,et al. Length of occlusion predicts recanalization and outcome after intravenous thrombolysis

in middle cerebral artery stroke[J]. Stroke,2014,45 (7) : 2010-2017.

- [6] TREURNIET K M,YOO A J,BERKHEMER O A,et al. Clot burden score on baseline computerized tomographic angiography and intra-arterial treatment effect in acute ischemic stroke[J]. Stroke,2016,47 (12) : 2972-2978.
- [7] 王安荔, 陈智才, 史飞娜, 楼敏. 急性缺血性卒中血管内治疗: 时间就是大脑 [J]. 中国卒中杂志, 2018, 13 (2) : 161-166.
- [8] MIAO Z,JIANG L,WU H,et al. Randomized controlled trial of symptomatic middle cerebral artery stenosis: endovascular versus medical therapy in a Chinese population[J]. Stroke,2012,43 (12) : 3284-3290.
- [9] PALANISWAMI M,YAN B. Mechanical thrombectomy is now the gold standard for acute ischemic stroke: implications for routine clinical practice[J]. Interv Neurol,2015,4 (1-2) : 18-29.