

椎基底动脉迂曲扩张症对后循环缺血性眩晕患者病情及预后的影响分析

徐玉杰

博兴县第二人民医院内一科 山东博兴 256504

〔摘要〕目的 观察椎基底动脉迂曲扩张症(VBD)对后循环缺血性眩晕(PCIV)患者病情及预后的影响。方法 我院2020年1月-2022年1月收治的62例PCIV患者为本次研究对象,按照是否并发VBD将本次研究对象分为A组(32例:未并发VBD)与B组(30例:并发VBD),比较两组患者病情及预后效果。结果 B组治疗前、治疗后前收缩期峰值血流速度、血流速度均低于A组,B组治疗前椎基底动脉血流动力学参数中阻力指数以及眩晕评估量表(DARS)评分、眩晕障碍调查表(DHI)评分均高于A组,随访半年,B组阳性事件发生率均高于A组,数据差异明显($P < 0.05$)。结论 PCIV并发VBD患者椎基底动脉血流异常更明显且眩晕病情更重,治疗后病情明显缓解但阳性事件发生率高。

〔关键词〕椎基底动脉迂曲扩张症;后循环缺血性眩晕;预后影响

〔中图分类号〕R441.2 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2022)07-005-02

后循环缺血性眩晕(PCIV)为后循环缺血常见整张,该病患者空间定位和平衡功能失常,致使患者出现运动性错觉,该病的发生与动脉粥样硬化斑块形成,椎基底动脉微小栓塞有关,椎基底动脉血流动力学发生异常改变^[1]。椎基底动脉迂曲扩张症(VBD)以椎基底动脉发生异常迂曲、扩张、延长为基础改变,VBD也可导致椎基底动脉血流动力学改变,近些年,PCIV并发VBD患者确诊数量逐年增多,探究两种疾病之间对患者病情以及预后的影响,可为医师预判PCIV疾病治疗结局,提供参考依据^[2]。本次研究回顾性分析我院2020年1月-2022年1月A组32例PCIV未并发VBD患者以及B组30例PCIV并发VBD患者病情及预后效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

A组32例PCIV未并发VBD患者中男性、女性各16例、16例,年龄在54岁~78岁、平均年龄(68.60±1.45)岁,体重指数(BMI)在19.31~28.74kg/m²、平均BMI(21.32±1.35)kg/m²。B组30例PCIV并发VBD患者中男性、女性各15例、15例,年龄在54岁~80岁、平均年龄(68.62±1.42)岁,体重指数(BMI)在19.33~28.78kg/m²、平均BMI(21.34±1.32)kg/m²。

1.2 病例选择标准

纳入标准:(1)参与本次研究的患者均因头晕入院,结合患者颅脑MRI、MRA检查均确诊PCIV,此外,A组患者未并发VBD,B组患者并发VBD。(2)本次研究对象均入院接受系统治疗且持续治疗2周。

排除标准:(1)排除颈椎不稳或其他疾病致眩晕患者。(2)排除入院接受系统治疗前接受过其他治疗患者。(3)排除未配合本次研究治疗而中途放弃治疗患者。(4)排除合并血液系统疾病或其他重要脏器疾病患者。

1.3 方法

两组患者入院治疗前、接受治疗2周后均采用经颅多普勒超声测定椎基底动脉血流,记录血流速度、收缩期峰值血流速度、阻力指数,并采用眩晕评估评分量表(DARS)、眩晕障碍调查表(DHI)评价患者病情,随诊半年,观察阳性事件发生情况,其中阳性事件包括再发眩晕以及后循环脑梗死。

1.4 观察指标

(1)眩晕评估评分量表(DARS),0分无症状,1分很轻,2分轻度,3分轻至中度,4分中度,5分中至重度,6分重度。

(2)眩晕障碍调查表(DHI)评价患者病情,0分完全控制,1-40分基本控制,41-80分部分控制,81-120分未控制,>120分加重。

1.5 统计学处理

SPSS21.0版本软件处理结果中相关数据,“($\bar{x} \pm s$)”用“t”验证,“(%)”用“ χ^2 ”验证, $P < 0.05$ 表示数据有统计学意义。

2 结果

2.1 椎基底动脉血流动力学指标

B组治疗前、治疗后前收缩期峰值血流速度、血流速度均低于A组,B组治疗前椎基底动脉血流动力学参数中阻力指数均高于A组,见表1。

表1 两组患者治疗前后相关椎基底动脉血流动力学指标 [$\bar{x} \pm s, n$]

例别	n	收缩期峰值血流速度 (cm/min)		血流速度 (cm/min)		阻力指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	32	48.42±3.11	24.23±3.42*	28.58±2.81	13.25±1.42*	0.42±0.06	0.37±0.05#
B组	30	38.27±3.14	23.03±3.44*	17.84±2.84	12.15±1.47*	0.71±0.05	0.41±0.08#
t值		24.721	1.345	21.764	1.374	27.484	1.417
P值		<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05

注:“*”组内治疗前后, $P < 0.05$,”#”组内治疗前后, $P > 0.05$

2.2 DARS评分、DHI评分

B组治疗前后DARS评分、DHI评分均高于A组,见表2。

表 2 两组患者治疗前后 DARS 评分、DHI 评分 [$\bar{x} \pm s, n$]

例别	n	DARS 评分 (分)		t 值	P 值	DHI 评分 (分)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
A 组	32	4.21±0.11	3.13±0.14	27.365	<0.05	74.51±3.13	61.22±2.35	26.178	<0.05
B 组	30	6.22±0.15	4.83±0.12	29.382	<0.05	88.36±3.18	62.22±2.38	26.283	<0.05
t 值		22.541	1.342	-	-	21.562	1.261	-	-
P 值		<0.05	>0.05	-	-	<0.05	>0.05	-	-

2.3 阳性事件发生率

随访半年, B 组阳性事件发生率 23.33% (7/30) 均高于 A 组 6.25% (2/32), $\chi^2=5.125$, 数据差异明显 (P<0.05)

3 讨论

PCIV 的发生与血管退变、血管痉挛、发育异常等因素有关, 近些年, PCIV 疾病预后效果与椎基底动脉改变之间相关性的研究成为临床研究热点问题之一, VBD 患者由于椎基底动脉走行偏离正常位置, 可致使局部脑部微小血管受压, 进而致使椎基底动脉血流动力学发生变化^[3, 4]。本研究发现 B 组并发 VBD 的患者治疗前收缩期峰值血流速度、血流速度均低于未并发 VBD 的 A 组, B 组治疗前椎基底动脉血流动力学参数中阻力指数以及 DARS 评分、DHI 评分均高于 A 组, B 组治疗 2 周后前收缩期峰值血流速度、血流速度均低于 A 组, B 组治疗阻力指数、DARS 评分、DHI 评分, 随访半年, B 组阳性事件发生率均高于 A 组, 由此可见, 对于 PCIV 患者并发 VBD 可加重患者后循环缺血状态, 致使患者基底动脉血流异常更明显, 患者眩晕程度更严重, 尽管患者接受系统治疗后病情可得到明显

缓解, 但是 PCIV 患者并发 VBD 患者相较于 PCIV 患者未并发 VBD 眩晕或后循环脑梗死等阳性事件发生率高。

综上所述, 对于 PCIV 患者应在拟定治疗方案时考虑到 VBD 对疾病预后造成的影响, 并加强病情监控。

[参考文献]

[1] 马聪, 韩莎莎, 刘贤秀. 天麻素胶囊联合氟桂利嗪对椎基底动脉迂曲扩张症合并后循环缺血性眩晕患者血管内皮功能、hs-CRP 及 FIB 的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(28):3163-3166.

[2] 冉文峰, 冯东宁, 李继红, 等. 天麻素胶囊联合眩晕宁颗粒治疗椎基底动脉迂曲扩张症合并后循环缺血性眩晕的近远期疗效 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(10):130-133.

[3] 刘晋, 黄鹏, 刘斌. 椎基底动脉迂曲扩张症的临床及影像学研究进展 [J]. 医学影像学杂志, 2019, 29(2):317-319.

[4] 张志军, 王宝亮, 付利然, 等. “调营充络”法治疗椎-基底动脉迂曲合并后循环缺血性眩晕的临床疗效及对 DHI 评分、BAEP 的影响 [J]. 中医研究, 2022, 35(2):26-30.

(上接第 2 页)

疗的临床疗效观察 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(30):121-122.

[3] 陈大伟. 下肢骨关节损伤患者综合康复治疗的疗效分析 [J]. 中华养生保健, 2020, 38(2):38-39.

[4] 张平, 伍素科. 系统康复治疗对上肢骨关节损伤患者肢体运动的作用 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32(1):126-129.

[5] Zhang M, Zhou J, Zhang Y, Zhang X, Chen J, Chen W. Influence of Scapula Training Exercises on Shoulder Joint Function After Surgery for Rotator Cuff Injury. Med Sci Monit. 2020 Oct 29;26:e925758.

[6] 柳刚, 牛帅. 不同康复方法治疗上肢骨关节损伤的临床效果对比分析 [J]. 吉林医学, 2020, 41(12):2970-2971.

[7] 史小雷, 熊明月. 康复治疗在上肢骨关节损伤治疗中的应用 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(1):189-190.

[8] 于振华, 邵东旭. 热疗联合中药外敷对上肢骨关节损伤恢复情况及对 BGP、IGF- I 水平的影响 [J]. 按摩与康复医学, 2022, 13(12):33-35.

[9] 李野. 综合康复疗法治疗上肢骨折术后肘关节功能障碍的临床效果 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(1):53-53.

[10] Cho CH, Rhee YG, Yoo JC, Ji JH, Kim DS, Kim YS, Rhee SM, Kim DH. Incidence and risk factors of acromial fracture following reverse total shoulder arthroplasty. J Shoulder Elbow Surg. 2021 Jan;30(1):57-64.

[11] 龙定位, 宋晖. 综合康复疗法治疗上肢骨折术后肘关节功能障碍的效果分析 [J]. 心电图杂志: 电子版, 2020, 9(1):102-102.

[12] 王文君. 上肢骨折术后肘关节功能障碍的综合康复治疗效果探讨 [J]. 大医生, 2021, 6(2):123-125.

(上接第 4 页)

来临床工作岗位的核心素养需求。

[参考文献]

[1] Jeffries PR. The NLN Jeffries simulation theory[M]. Alphen aanden Rijn, The Netherlands: Wolters Kluwer Health, 2015:39-42.

[2] 罗先武, 商丽, 喻惠丹. 标准化引导性反馈在高仿真模拟教学中的应用 [J]. 中华护理教育, 2020, 17(2):113-116.

[3] Jeffries PR. The NLN Jeffries simulation theory[M]. New York: National League for Nursing, 2015:40.

[4] Brett-Fleegler M, Rudolph J, Eppich W, et al. Debriefing assessment for simulation in healthcare: development and psychometric properties [J]. Simul Healthc, 2012, 7(5):288-294.

[5] Reed SJ. Debriefing experience scale: development of a tool to evaluate the student learning experience in debriefing [J]. Clin Simul Nurs, 2012, 8(6):e211-e217.

[6] Almeida RG, Mazzo A, Martins JC, et al. Validation to Portuguese of the debriefing experience scale [J]. Rev Bras Enferm, 2016, 69(4):705-711.

[7] JK, Smiley RA, Alexander M, et al. The NCSBN national simulation study: a longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education [J]. Journal of Nursing Regulation, 2014, 5(2):S1-S64.

[8] 朱芬芬, 吴丽荣, 张迪. 中文版 Jeffries 模拟教学设计量表的信度效度评价 [J]. 中国护理管理, 2017, 17(12):1620-1623.