

数字减影血管造影神经介入取栓术用于缺血性脑血管疾病的效果分析

李佳沅 程皎旭

北京大学国际医院麻醉科 102206

【摘要】目的 探讨数字减影血管造影(DSA)神经介入取栓术用于缺血性脑血管疾病的效果。**方法** 选取本院收治的60例缺血性脑血管疾病患者(2021年11月至2023年3月),随机分为非取栓组和DSA取栓组,各30例。非取栓组常规静脉溶栓治疗,DSA取栓组DSA神经介入取栓术治疗,对比两组疗效。**结果** DSA取栓组治疗1个月后NIHSS评分(12.36 ± 4.12 分)低于非取栓组(16.89 ± 3.68 分)($P < 0.05$)。DSA取栓组治疗1个月(1.89 ± 0.42 分)、3个月后mRS评分(1.62 ± 0.34 分)均显著低于非取栓组(2.94 ± 0.76 分、 2.73 ± 0.83 分)($P < 0.05$)。**结论** DSA神经介入取栓术可提升患者神经功能,促进患者预后改善,治疗缺血性脑血管疾病效果可靠。

【关键词】 缺血性脑血管疾病;神经介入治疗;取栓术;DSA;神经缺损

【中图分类号】 R743.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2023) 05-001-02

缺血性脑血管疾病是高发的神经系统疾病,可引发脑血液循环异常,局部脑组织缺血、坏死风险较高,需尽快治疗。快速疏通堵塞脑血管是该类患者治疗的重点与难点,常规治疗以静脉溶栓为主,可在一定程度上阻塞堵塞,但是疗效欠佳。DSA神经介入取栓术是重要的介入治疗技术,可有效梗阻区域恢复血液循环,临床应用频次逐渐升高,但是其应用于缺血性脑血管疾病的效果有待明确。为此,本研究选取本院收治的60例缺血性脑血管疾病患者(2021年11月至2023年3月),对DSA神经介入取栓实施价值进行了分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院收治的60例缺血性脑血管疾病患者(2021年11月至2023年3月),随机分为非取栓组和DSA取栓组,各30例。DSA取栓组,男:女比例为19:11,年龄平均 75.02 ± 11.52 岁,病程平均 4.98 ± 1.55 h。非取栓组,男:女比例为17:13,年龄平均 75.48 ± 11.37 岁,病程平均 4.87 ± 1.49 h。两组一般资料具有可比性($p > 0.05$)。本研究经院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: DSA确诊为缺血性脑血管疾病;可耐受血管对比剂;无介入治疗禁忌症;患者及家属均签署知情同意书。

排除标准: 合并重要脏器功能异常者;合并血液类疾病者;存在颅脑外伤者;手术禁忌证。

1.3 方法

非取栓组常规静脉溶栓治疗:注射用尿激酶(规格:10万u,国药准字H10920040,南京南大药业)100万U,与100ml生理盐水混合,10%的药液静脉推注,剩余药液静脉滴

注($45 \sim 60$ min滴完),24h后复查颅脑CT,确认无出血者,实施抗凝治疗。同时,根据患者病情给予降糖、控制血压等治疗措施。

DSA取栓组DSA神经介入取栓术治疗:患者仰卧位,局部麻醉,经Seldinger术穿刺右腹股动脉,置入SF动脉鞘,再行左颈动脉造影,明确目标血管病变,置入微导管,经JXC000型DSA机(南京杰雄医疗设备)检测堵塞位置,微导丝引导下进入堵塞远心端,堵塞位置放入Solitaire支架,撤微导管,展开支架(撤回导管),撤支架,取出血栓,术毕穿刺部位加压包扎。术后24h后复查颅脑CT,无异常者,实施抗凝治疗及对症治疗。

1.4 观察指标

神经功能评定采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS量表),治疗前和治疗后14天1个月分别进行测评,评分0~42分,分数越高,则神经缺损越严重^[1]。采用改良RANKIN量表(mRS)评估患者预后情况,评分0分(无症状)~5分(死亡),评分越低,则预后越好,统计两组治疗后1个月和3个月评分^[2]。

1.5 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件分析所有数据,计量资料采用t检验;采用 χ^2 检验计数资料, $P < 0.05$ 认为差异显著,有统计学意义。

2 结果

DSA取栓组治疗1个月后NIHSS评分低于非取栓组($P < 0.05$)。DSA取栓组治疗1、3个月后mRS评分均显著低于非取栓组($P < 0.05$)。见表1。

表1: 两组神经功能与预后比较

评分	DSA取栓组 (n=30)	非取栓组 (n=30)	t	P
治疗前 NIHSS	21.25 ± 3.59	21.30 ± 3.48	0.051	0.855
治疗1个月后 NIHSS	12.36 ± 4.12	16.89 ± 3.68	5.085	0.015
治疗1个月后 mRS	1.89 ± 0.42	2.94 ± 0.76	5.725	0.014
治疗3个月后 mRS 评分	1.62 ± 0.34	2.73 ± 0.83	5.389	0.013

3 讨论

近年来,缺血性脑血管疾病发病率升高,防控形式严峻,需积极提升其疗效,改善患者预后。恢复梗塞区域血液灌注

是该病治疗重点,及时疏通血管,降低致残、神经功能失调、死亡、呼吸衰竭等不良预后风险。

(下转第4页)

2.2 两组手术指标

实验组手术时间、术后肠胃功能恢复时间、住院时间均短于对照组 ($p < 0.05$), 如表 2。

表 2 两组手术时间、术后肠胃功能恢复时间、住院时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术后肠胃功能 恢复时间 (h)	手术时间 (min)	住院时间 (d)
实验组 (n=20)	8.95±3.25	40.22±10.52	5.59±2.30
对照组 (n=20)	15.91±4.25	53.52±13.55	12.11±5.25
t	8.205	4.840	5.235
P	0.001	0.001	0.001

3 讨论

结石是泌尿系统常见疾病, 其包括输尿管结石、膀胱结石以及肾结石、尿道结石。目前, 输尿管结石以及肾结石在我国发病率较高, 这与目前社会快速发展, 人们的生活方式改变有极大关系, 且输尿管结石合并肾结石目前在我国有年轻化发展的趋势, 会影响人们的生活质量与健康。常规治疗为体外冲击波碎石术, 其对输尿管结石合并肾结石患者的应用效果良好, 但是术后并发症较多, 影响术后康复。

硬性输尿管镜联合软性输尿管镜治疗输尿管结石合并肾结石, 其中硬性输尿管有扩张输尿管作用, 等到结石处理后将扩张鞘在体内留置, 便于后期手术开展, 也可将输尿管操作难度降低, 减轻进入输尿管的难度, 保护镜身。软性输尿管

置入肾盂可将患者结石所在位置准确定位, 保证碎石的针对性, 并分离粘连, 清除息肉, 减少并发症。硬性输尿管镜联合软性输尿管镜治疗输尿管结石合并肾结石用到输尿管镜气压弹道碎石术, 其可以增强碎石成功率, 有助于患者病情恢复, 减少手术创伤, 缩短术后肠胃功能恢复时间、住院时间^[3-4]。

以上可知, 较之常规治疗, 硬性输尿管镜联合软性输尿管镜治疗输尿管结石合并肾结石患者, 其术后肠胃功能恢复时间、住院时间等指标明显缩短, 且术后并发症发生率明显降低, 在一定程度上保证治疗安全性。

参考文献:

- [1] 李扬, 顾欣. 侧卧位微通道经皮肾镜一期联合逆行软性输尿管镜治疗孤立肾肾结石 29 例报告 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2019, 21(8):585-588.
- [2] 仇让学, 孟庆超, 张磊, 等. 硬性输尿管镜联合软性输尿管镜治疗输尿管结石合并肾结石 203 例报告 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2019, 14(4):101-102.
- [3] 赵鹏. 硬性输尿管镜联合软性输尿管镜治疗输尿管结石合并肾结石患者的效果 [J]. 医疗装备, 2020, 33(16):39-39.
- [4] 朱瑞勤. 观察软激光联合半硬性输尿管镜碎石术治疗上段输尿管结石的疗效 [J]. 中国卫生标准管理, 2019, 6(4):249-250.

(上接第 1 页)

静脉溶栓在缺血性脑血管疾病治疗中应用较多, 开展较为便利, 可改善血管堵塞状态, 可减轻神经功能损害, 但是部分患者疗效欠佳, 有必要探索其他疗效, 改善患者神经缺损程度^[3]。DSA 是一种可靠的脑血管病变探查及辅助治疗技术, 该技术支持下, 可及时神经介入治疗, 探明患者病变部位, 准确取出血栓, 恢复血流灌注, 治疗效果可靠; 相关文献报道显示, 该介入取栓技术疏通效果较好, 疗效可靠, 可有效改善患者神经功能损害, 应用效果更为理想^[4]。本次研究对比分析发现, DSA 取栓组治疗 1 个月后 NIHSS 评分低于非取栓组, 且 DSA 取栓组治疗 1、3 个月后 mRS 评分均显著低于非取栓组, 可知 DSA 神经介入取栓的效果更为可靠, 可有效恢复患者神经功能, 降低不良预后风险, 疗效可靠。

综上所述, DSA 神经介入取栓术可提升患者神经功能, 促

进患者预后改善, 治疗缺血性脑血管疾病效果可靠。

参考文献:

- [1] 丁悦辉. 数字减影血管造影神经介入取栓术对脑梗死患者神经功能及血清学指标的影响 [J]. 医疗装备, 2022, 35(20):110-113.
- [2] 姜远飞. 全脑数字减影血管造影联合神经介入术治疗缺血性脑血管疾病的效果观察 [J]. 中国社区医师, 2023, 39(02):33-35.
- [3] 刘少哲, 于佩璘, 余洋, 等. 支架取栓术治疗急性缺血性脑卒中的效果及不良事件发生率分析 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32(20):94-97.
- [4] 赵瑶, 章鹏, 李小明. DSA 引导下神经介入取栓术治疗急性脑梗死的临床效果及对血流动力学和血管内皮功能的影响 [J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2022, 17(10):1304-1307.

(上接第 2 页)

分析, 观察组和对照组各 40 例, 对照组采用的是常规的治疗方法, 观察组患者在对照组的基础上采用琥珀酸美托洛尔缓释片进行治疗, 经过一个疗程的治疗之后, 观察组患者的总有效率 (97.5%) 明显的高于对照组患者的总有效率 (75.0%), 不良反应发生的情况也明显的低于对照组, 其中 $P < 0.05$ 具有统计学意义, 琥珀酸美托洛尔缓释片对患者进行治疗的过程中对患者的不良反应较少, 对心率失常的抵抗效果较为明显, 有效的延缓了心力衰竭的进展, 使得治疗效果明显提高^[5]。

综上所述, 心梗后室性心律失常后采用琥珀酸美托洛尔缓释片进行治疗的临床效果显著, 值得在以后的应用中推广。

参考文献:

- [1] 刘丹. 心梗后室性心律失常采用琥珀酸美托洛尔缓释片等治疗的效果 [J]. 现代养生, 2019, 22(12): 151.

- [2] 罗海燕, 彭月娥, 刘杰妮. 琥珀酸美托洛尔缓释片联合稳心颗粒治疗心肌梗死后室性心律失常临床观察 [J]. 世界中医药, 2021, 07(06): 768-770.

- [3] 温志峰. 琥珀酸美托洛尔缓释片治疗心梗后室性心律失常的疗效观察 [J]. 中西医结合心血管病杂志, 2022 (17): 3-4.

- [4] 程明康, 易梦秋, 刘少华. 胺碘酮治疗心肌梗死后室性心律失常的临床分析 [J]. 中外医疗, 2020, 12(27):205-206.

- [5] 于淑慧. 胺碘酮与利多卡因治疗急性心肌梗死并室性心律失常的临床疗效对比分析 [J]. 中国医药指南, 2021, 18(31):112-113.

- [6] 艾青涯, 张永平, 黄绍星, 等. 院前溶栓治疗 ST 段抬高型急性心肌梗死的临床研究 [J]. 中国实用医药, 2020, 14(08):98-99.