

# 神经介入治疗缺血性脑血管病患者的临床探讨

王 超

霸州市第三医院急诊科 河北 廊坊 065700

**摘要:** **目的:** 分析神经介入治疗方式对于缺血性脑血管病的应用效果。**方法:** 选择医院在2020年1月-2022年1月期间收治的缺血性脑血管病患者86例, 随机分成对照组和介入组。在常规药物治疗的基础上, 为对照组提供静脉溶栓治疗, 为介入组提供神经介入治疗, 在治疗结束后对比两组的治疗效果情况, 主要以血管再通率、NIHSS评分和不良反应发生率作为对比。**结果:** 介入组的血管再通率97.67%, 要高于对照组的79.07%, 对比 $P < 0.05$ ; 治疗前两组的NIHSS评分对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 治疗后两组的NIHSS评分相比治疗前均降低, 且介入组低于于对照组, 对比 $P < 0.05$ ; 介入组的不良反应发生率4.65%, 低于对照组的23.26%, 对比 $P > 0.05$ 。**结论:** 对缺血性脑血管病患者使用神经介入治疗, 有确切的疗效, 配合其他对症药物的使用, 可以提高疗效水平, 促使神经功能等相关症状改善, 而且不良反应的发生较少, 安全性高, 值得临床推广应用。

**关键词:** 缺血性脑血管病; 神经介入治疗

## 1 引言

脑血管疾病是由于脑血管出现病变而引发脑功能障碍类疾病, 有缺血性和出血性两大类, 患者多数表现为运动、语言、感觉等方面的功能障碍, 严重的情况可能威胁生命安全。其中缺血性脑血管病(ICVD)的发生较少, 但比较严重, 所以临床上很重视对其的治疗。临床上药物治疗、手术治疗是治疗ICVD的有效方法, 需要结合实际病情进行合理选择。其中, 神经介入治疗对于ICVD有良好效果, 主要是可以快速改善血管的性状, 解决缺血问题, 有效改善症状, 缓解病情。因此本次研究评估神经介入治疗对于ICVD的应用效果和价值。

## 2 资料与方法

### 2.1 材料

选择医院在2020年1月-2022年1月期间收治的缺血性脑血管病患者86例, 随机分成对照组和介入组。其中对照组43例, 男性26例, 女性17例, 46-82岁, 平均(63.47±4.97)岁; 介入组43例, 男性27例, 女性16例, 47-81岁, 平均(64.25±5.08)岁。对比所有患者在年龄、病程等方面的基础资料,  $P > 0.05$ 。

**纳入标准:** 所有患者都按规定进行相关检查, 临床上确诊为缺血性脑血管疾病; 此研究经过医院伦理委员会的批准, 患者及家属对此研究知情, 且签署知情同意书; 临床资料完整, 信息记录全面; 意识清晰, 可以有效沟通, 能够配合研究开展。

**作者简介:** 王超(1982年2月—), 男, 汉族, 河北省廊坊市人, 大学本科, 主治医师。研究方向: 缺血性脑血管病的治疗。

**排除标准:** 合并存在严重肝肾器质性病变等疾病; 存在严重精神障碍或精神类疾病; 临床资料不完整, 信息存在缺漏; 不能有效沟通, 不能配合研究开展。

### 2.2 方法

所有患者均提供常规药物治疗, 包括降脂类、抗血小板类、脑保护剂等, 并注意改善患者的内循环情况。然后为对照组提供溶栓治疗, 选择组织型纤溶酶原激活剂, 剂量控制在 $\leq 90\text{mg}$ , 并且在1min内提供静脉, 注射剂量占据总剂量的10%, 同时保证在1h内静脉注射完毕。为介入组提供神经介入治疗, 首先检查患者的病变部位, 主要是缺血区的侧支具体循环情况, 选择DSA技术进行检查, 定位出出现动脉狭窄的具体位置; 之后选择局部麻醉方式, 在手术部位进行常规消毒, 铺巾, 选择股动脉进行穿刺入路, 借助路径图与微导丝作用, 泵入20万U尿激酶+20ml的0.9%氯化钠注射液, 泵入速度控制在1mL/min; 泵入过程借助微量泵自溶性的导管来完成。术中要注意密切关注患者的生命体征变化, 主要是意识状况与语言情况, 了解患者的肢体功能, 并借助DSA对堵塞血管进行再通处理, 有效再次疏通后才可结束手术, 否则还需重复处理。

### 2.3 观察指标

(1) 评估两组的血管再通率, 按照血管造影是否显影作为评估, 如果病变的各个分支血管都显影, 列为完全再通, 如果出现栓塞的后端血管有部分显影列为部分再通, 如果出现栓塞的血管没有显影就列为未通。

(2) 使用NIHSS评分对两组的神经功能缺损情况进行评估, 总分42分, 越低越好。

(3) 记录两组治疗后出现的不良反应情况。

#### 2.4 统计学处理

使用SPSS 25.0分析数据, 并分别使用%和 $\bar{x} \pm s$ 表示, 然后开展 $\chi^2$ 和 $t$ 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

### 3 结果

#### 3.1 两组血管再通率对比

由表1可知, 介入组的血管再通率97.67%, 要高于对照组的79.07%, 对比 $P < 0.05$ 。

表1 两组疗效情况对比 (n, %)

组别	例数	完全再通	部分再通	未通	再通率率
对照组	43	20	14	9	79.07
介入组	43	28	14	1	97.67
$\chi^2$	-	-	-	-	7.032
$P$	-	-	-	-	< 0.05

#### 3.2 两组NIHSS评分对比

由表2可知, 治疗后两组的NIHSS评分相比治疗前均

降低, 且介入组低于于对照组, 对比 $P < 0.05$ 。

表2 两组治疗前后NIHSS评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	43	28.32±4.37	20.76±3.89
介入组	43	28.41±4.58	10.97±1.78
$t$	-	1.596	10.573
$P$	-	> 0.05	< 0.05

#### 3.3 两组不良反应对比

由表3可知, 介入组的不良反应发生率4.65%, 低于

对照组的23.26%, 对比 $P > 0.05$ 。

表3 两组疗效情况对比 (n, %)

组别	例数	头晕	心律失常	呕吐	发生率
对照组	43	4	3	3	23.26
介入组	43	1	1	0	4.65
$\chi^2$	-	-	-	-	6.243
$P$	-	-	-	-	< 0.05

### 4 讨论

因为人口老龄化趋势的影响, 人们生活水平的提升, 以及生活习惯不良, 带来的脑血管疾病的发病率不断升高, 包括脑血栓形成、脑动脉粥样硬化、脑血管破裂等的发生都比较普遍。脑血管疾病是发生在脑血管的病变, 继而造成脑功能障碍问题, 多数出现在中老年群体。脑血管疾病的发病率在不断提高, 且表现出在城市部分疾病的发病率高于农村的情况, 比如脑卒中。同时脑血管疾病的发病率也表现出地域性和季节性特点, 地域性是整体呈现北高南低、东高西低的趋势; 季节性则是在冬季多发。脑血管病包括出血性和缺血性两大类, 前一类比较多见, 占比80%左右, 比如脑梗死、短暂性脑缺血发作等; 后一类则比较少见, 占比在20%左右, 比如脑出血、蛛网膜下腔出血等。

缺血性脑血管病 (ICVD) 大部分比较严重, 治疗难度较大。具体的疾病类型包括短暂性脑缺血发作、进展性卒

中、完全性卒中、腔隙梗死等。ICVD的病因和病机都比较复杂, 但具体的病理过程主要是血管壁病变、血液成分改变以及血流动力学变化。所以临床上任何可能影响上述过程的因素都会引发ICVD的发生, 比如动脉粥样硬化、血管痉挛、血管异常、心脏疾病等因素。同时不同的ICVD类型表现出不同的症状, 需要结合临床信息以及检查结果, 必要的话提供特殊检查 (CT或DSA等), 对疾病类型进行确诊, 从而为治疗方案的制定提供参考。而临床上对于ICVD的治疗一般是药物治疗、介入治疗、手术治疗等方式, 预后一般良好, 但与具体的类型有关。医生需要快速确定患者的疾病类型以及病情, 提供针对性治疗, 比如提供抗凝治疗, 使用华法林等, 持续至少半年, 可以减少短暂性脑缺血发作的次数和频率, 配合阿司匹林可以强化疗效; 或者需要控制高血压以及血液成分异常等问题, 也有良好效果。一般治疗也就是调整生活方式对于ICVD也有一定作用, 包括卧床休息、保持情绪平稳、遵医嘱用药、饮食调

整等,期间要注意观察患者的病情变化。ICVD的药物治  
疗需要进行分类治疗,可以选择抗血小板聚集药物(阿司  
匹林等)、降压药物(利尿剂等)、降脂药物(阿托伐他  
汀等)、改善循环药物(疏血通等)等,都有一定作用。  
ICVD也可以选择手术治疗,但针对的一般是病情比较严  
重的个体,手术方式则可以选择血管成形术、颈动脉血栓  
内膜剥离术等,但具体手术方式需要结合出现狭窄的动脉  
的位置进行合理选择,并且还准备一些备选方法,以保证  
治疗的有效性。另外中医治疗对于脑血管疾病也有一定效  
果,比如服用活血化瘀的药物,或者进行针灸、理疗等,  
可以起到辅助治疗,巩固手术疗效的作用。

此次研究选择神经介入治疗的应用,该技术是针对  
脑血管存在的病变问题,通过血管穿刺的方式借助微创  
手段进行介入治疗,从而有效缓解症状,控制病情  
的发展。比如颅内动脉瘤、动静脉畸形等疾病适用此方法  
进行治疗。该技术在临床上男的应用比较普遍,属于微创  
技术,在出现脑血管病变时,医生可以选择股动脉的  
特定部位进行穿刺,向血管中导入特殊的导管,并直接  
延伸到存在病变的位置,然后使用弹簧圈从导管中进入  
病变部位,继而产生治疗效果。发展到现在,该技术可以  
在数字剪影血管造影系统的支持下,在血管内导管操作  
的支持下,通过选择性造影、栓塞、扩张成形、机械  
清除、药物递送等方法,对脑和神经血管部位的病变进  
行诊断和治疗。该技术既支持解决脑血管疾病,而且也可  
以与传统技术相结合来提升疗效,比如放射治疗等技术。  
该技术的优势在于:微创技术,在体表不留瘢痕;  
适应症广泛,存在的绝对禁忌症很少;操作比较迅速,  
快捷,时间很短,对于脑血管病变患者的急救治疗有很  
大意义;可以与其他手术相互补充,强化治疗效果,比  
如对于大的脑动静脉畸形问题,如果直接进行手术切  
除,导致的创伤比较大、术中出血量多、患者面对的危险  
因素高,所以可以先进行部分栓塞,缩小畸形部位的  
体积,控制血流量,然后再进行手术。这种复合手术的  
方式近年来在脑血管疾病中备受欢迎,可以有效巩固疗  
效,减少手术风险。但需要注意的是,该技术操作时也  
存在一定风险,比如血管可能出现破裂、堵塞等问题,  
这可能引发颅内出血或脑梗死,带来严重后果。而且该  
技术的操作对于技术要求很高,属于最高级别的手术分  
类,所以虽然该技术需要的时间短,术后恢复也快,所以  
依然要重视对其的操作问题。该技术的操作需要医生有  
丰富的神经病学、神经解剖基础,还要有敏锐的影像  
辨别能力和熟练的导管操控能力,否则可能导致手术无  
法顺利进行。尤其是这个血管破裂和堵塞问题,是最严

重的问题,对此术前医生需要为患者和家属进行相关分  
析,解释清楚可能的风险,使患者明确这些问题。另  
外,该技术也可能导致穿刺部位红肿、造成肾脏损伤、  
出现射线副作用等,在临床应用时都要加以关注。

此次研究选择神经介入治疗的应用,在阿司匹林肠溶  
片的基础上增加阿托伐他汀或瑞舒伐他汀的使用,与单  
纯使用阿司匹林肠溶片的情况进行对比,两组均治疗同  
样的时间,评估最后产生的不同疗效结果。研究结果显  
示,介入组的血管再通率97.67%,要高于对照组的79.07%,  
对比 $P < 0.05$ ;这意味着在常规药物治疗的基础上,使用神  
经介入治疗,相比溶栓治疗来说,效果更好,可以有效疏  
通堵塞的血管,改善症状,促使疾病恢复。同时研究结果  
显示,治疗后两组的NIHSS评分相比治疗前均降低,且介  
入组低于对照组,对比 $P < 0.05$ ;这意味着神经介入治  
疗可以帮助改善患者的症状表现,使患者的症状减轻,并  
促使神经功能缺损问题恢复正常,效果比较显著。研究  
结果还显示,介入组的不良反应发生率4.65%,低于对  
照组的23.26%,对比 $P > 0.05$ ;这意味着对于缺血性脑  
血管疾病,按照医生嘱托用药,配合开展神经介入治疗,  
不良反应的发生较少,可以保证安全性。

总之,对缺血性脑血管病患者使用神经介入治  
疗,有确切的疗效,配合其他对症药物的使用,可以提  
高疗效水平,促使神经功能等相关症状改善,而且不良  
反应的发生较少,安全性高,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

- [1]张伟英.神经介入治疗缺血性脑血管病的可行性  
研究[J].中国现代药物应用,2022,16(15):63-66.
- [2]蒋龙飞.神经介入治疗缺血性脑血管病对减少并  
发症及保护神经功能的意义[J].当代医学,2022,28(16):116-119.
- [3]林道云,陈高俊,华如鹏,马骏.经全脑血管造  
影术引导神经介入治疗对缺血性脑血管病的疗效分析[J].湖  
南师范大学学报(医学版),2021,18(06):35-38.
- [4]虞晓琴.《缺血性脑血管病介入治疗:入门与进阶》  
出版:神经介入治疗在缺血性脑血管病中的应用[J].介入放  
射学杂志,2021,30(10):1086.
- [5]余洋.静脉溶栓联合神经介入治疗缺血性脑血管  
病的临床研究[J].实用中西医结合临床,2020,20(18):90-91.
- [6]杨扬,张宁.神经介入治疗缺血性脑血管病的近  
期与远期临床效果分析[J].中国实用医药,2020,15(32):44-46.
- [7]张增志.神经介入治疗在缺血性脑血管病患者  
中的临床分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(26):19+75.
- [8]董阳,邵艳春.神经介入联合静脉溶栓治疗缺血  
性脑血管病[J].中国卫生标准管理,2020,11(22):101-103.