

·短篇论著·

后循环进展性脑梗死血管内介入治疗 12 例临床观察

曾芳彦,徐武平,旃培艳,经屏

作者单位
华中科技大学同济
医学院附属武汉市
中心医院神经内科
武汉 430014
基金项目
武汉市卫生和计划
生育委员会科研项
目(编号 WX17C08)
收稿日期
2018-05-21
通讯作者
经屏
jing51118@sina.com

关键词 后循环脑梗死;血管内治疗;疗效
中图分类号 R741;R741.05;R743 文献标识码 A DOI 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2018.08.018

脑卒中是高致死、高致残性疾病^[1]。约 80%的脑卒中为缺血性卒中,其中后循环脑梗死约占 20%^[2]。而进展性脑梗死占脑梗死的 20%~40%。进展性脑梗死在后循环梗死中多于前循环,神经症状呈阶梯式恶化,进展持续时间较长^[3]。进展性脑梗死目前没有非常有效的治疗措施,后循环更是如此。本研究对我中心 12 例后循环进展性脑梗死患者血管内介入治疗的有效性和安全性进行回顾性分析。

后循环进展性脑梗死患者 12 例,男 7 例,女 5 例;年龄 16~78 岁,平均(52±13)岁;起病 8~26 h;美国国立卫生院脑卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale,NIHSS)评分 10~35 分;椎动脉 V4 段闭塞 2 例,基底动脉下段闭塞 6 例,基底动脉中上段闭塞 4 例,闭塞的原因为动脉狭窄基础上的原位血栓形成;有头晕或眩晕症状 12 例,共济失调 5 例,复视 3 例,致残性肢体偏瘫 8 例,构音障碍 4 例,同向性偏盲 1 例。

患者取仰卧位,常规消毒、铺巾、局麻,采用 Seldinger 法穿刺右侧股动脉,插入 8F 动脉鞘管,全身肝素化,选用猪尾巴导管做主动脉弓造影以了解双颈动脉、椎动脉情况,了解主动脉弓上血管情况,然后更换 5F 单弯导管,行全脑血管造影,进一步明确病变血管部位,根据多模影像采用不同治疗:①单纯动脉溶栓治疗:通过微导管以尿激酶 1 万 U/min 速度持续泵入,尿激酶的剂量为 20~60 万 U,溶栓后了解闭塞血管的再通情况。②血管内成型术治疗:血管内取栓治疗或(和)血管成型术。术后及术后第 1 天复查头部 CT、血常规、凝血 4 项,如头部 CT 排除脑出血,血常规、凝血功能正常,则给予拜阿司匹林片 100 mg/d+波立维片 75 mg/d+立普妥片 20~40 mg/d。

术前行 CTA、MRA 或 DSA 血管检查, MRI+DWI、CT 检查。术中、术后 DSA 评估血管。术后、术后 24 h 内复查头颅 CT。

于术前及术后 24 h 内、7 d 行 NIHSS 评分,术后 90 d 行改良 rankin(modified rankin scale, mRS)评分。

结果显示,所有患者术前 CTA 或 MRA 显示基底动脉闭塞,脑血管 DSA 检查显示后交通开放。血管内介入治疗术后闭塞基底动脉开放, mTICI 分级达到 3 级,部分患者大脑后动脉 P2 或 P3 段以远闭

塞。
术后无症状脑出血 1 例(8.3%),症状性脑出血 2 例(17%)。

术前患者 NIHSS 评分为(27±9)分,术后 24 h 为(26±8)分,术后 7 d 为(24±9)分,术后 90 d 为(26±10)分,患者术后 NIHSS 评分较治疗前没有明显改善($P>0.05$)。患者术后 90 d mRS 分级为(5±2)级。术后 7 d 死亡 2 例,术后 90 d 死亡 5 例。

发病后 48 h 内神经功能缺损症状逐渐进展或呈阶梯式加重的缺血性脑卒中为进展性脑卒中^[4],后循环进展性脑梗死的病死率高达 80%~90%,多见于 48~72 h 内,与病变本身有关^[5]。进展性脑梗死的病因复杂,糖尿病、不稳定斑块、脑内侧支循环形成不良等均可引起核心梗死区及缺血半暗带的扩大^[6]。可能涉及生化机制和血流动力学机制,其中生化机制包括兴奋性氨基酸的毒性作用、自由基损伤、炎性介质作用、细胞凋亡等;血流动力学机制包括血栓蔓延、脑灌注压降低、血液流变学异常。

对于后循环进展性脑梗死目前缺乏有效的治疗措施,但是近年来由于神经介入诊疗技术的提高和多模态影像的评估,对于超静脉溶栓时间窗的部分患者,尽快恢复可能缺血半暗带区的血供,挽救残存的神经功能,尤其是脑内侧支循环的形成和开放,有助于改善急性脑梗死患者的预后。因此,早期评估脑内侧支循环的形成和开放情况,是制定治疗方案和判断预后的关键^[7],而 DSA 为侧支循环评估的金标准^[8]。近年来的血管内介入治疗临床有效的被 MR CLEAN^[9]、ESCAPE^[10]、SWIFT PRIME^[11]、EXTEND-IA^[12]、REVASCAT^[13]、THRACE^[14]、THERAPY^[15] 七大研究所证实。基于通过侧枝代偿的评估,本研究回顾性分析 12 例后循环进展性脑梗死患者,进行血管内介入治疗 NIHSS 未见改善,临床预后不良,故笔者认为对于 8 h 以上后循环进展性脑梗死患者,如果病因为狭窄基础上的引起的血管闭塞,进行血管内介入治疗需要慎重考虑。

参考文献

[1] Ministry of People'S Republic of China. China Health Statistics Year Book(2004-2005)[M]. Beijing:Publish House of Peking Union Medical College Press, 2004-2005.
[2] Aplan L. Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow: the thomas willis lecture[J]. Stroke, 2000, 31:

2011-2023.

[3] Haruko Yamamoto, Julien Bogousslavsky, Guyvan Melle. Different predictors of neurological worsening in different causes of stroke[J]. Arch Neurol, 1998, 55: 481-486.

[4] 王维治, 罗祖明. 神经病学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 134-151.

[5] 李建章. 出血性进展性脑卒中[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2006, 9: 1-1.

[6] 贾革, 陈秋惠, 张海娜, 等. 进展性卒中相关危险因素分析[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34: 4110-4113.

[7] Yeo LL, Paliwal P, Teoh HL, et al. Assessment of intracranial collaterals on CT angiography in anterior circulation acute ischemic stroke [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2015, 36: 289-294.

[8] 黄家星, 林文华, 刘丽萍, 等. 缺血性卒中侧支循环评估与干预中国专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2013, 4: 285-293.

[9] Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke[J]. N Engl J Med, 2015, 372: 11-20.

[10] Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke[J]. N Engl J Med, 2015, 372: 1019-1030.

[11] Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke[J]. N Engl J Med, 2015, 372: 2285-2895.

[12] Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection[J]. N Engl J Med, 2015, 372: 1009-1018.

[13] Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke.[J]. N Engl J Med, 2015, 372: 2296-2306.

[14] Bracad S. THRACE: Seventh Endovascular Trial Shows Benefit in Stroke[C]. European Stroke Organisation (ESO) Conference 2015. Glasgow UK, 2015-04-20.

[15] Mocco J. THERAPY: Aspiration Thrombectomy Looks Good in Stroke[C]. European Stroke Organisation (ESO) Conference 2015. Glasgow UK, 2015-04-20.

(本文编辑:唐颖馨)



(上接第425页)

表6 神经内镜微创手术患者预后的高危因素分析

影响因素	回归系数	标准误	Wald	P值	相对危险度	95%可信区间
高龄	0.380	0.300	1.790	0.018	0.149	0.832-2.650
入院GCS评分≤5分	0.280	0.095	8.625	0.001	1.320	1.096-1.600
破入脑室	0.730	0.23	10.778	0.000	2.091	1.348-3.240
出血量≥50 mL	0.860	0.355		0.002	0.468	0.548-3.350

统开颅由于在全麻下进行,手术对患者的心肺功能和内环境影响大,术后并发症概率增加,加入神经内镜则降低了并发症概率,预后更好^[13,14]。本研究比较了2组术后炎症因子的变化情况发现,与术前相比,微创组术后神经炎症因子改善更为明显;与开颅组相比,微创组术后神经炎症因子改善更优。提示神经内镜微创手术可有效减轻高血压脑出血患者术后的炎症反应,有利于快速康复。本研究显示,年龄、入院GCS评分、出血量、是否破入脑室与神经内镜微创手术患者预后情况有关。影响手术预后情况的独立因素包括高龄、入院GCS评分≤5分、破入脑室及出血量≥50 mL。

综上所述,小骨瓣开颅治疗高血压脑出血加入神经内镜后,疗效显著,手术时间短,创伤低,预后好,值得临床推广。本研究为小样本单中心研究,要得到确切结论,尚需进一步研究。

参考文献

[1] 陈伟招, 徐如祥, 赛力克, 等. 高血压脑出血神经内镜微创手术与开颅血肿清除术的临床比较分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2010, 36: 616-619.

[2] 葛新, 陈晓雷, 孙吉庆, 等. 神经内镜微创手术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血疗效比较[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42:

605-608.

[3] 黎志迪, 魏建功, 刘道斌, 等. 神经内镜微创手术与小骨窗开颅显微手术治疗高血压性基底节区出血的临床比较[J]. 中国医药导报, 2014, 21: 38-40, 44.

[4] 周峰, 何华, 郝东宁, 等. 神经内镜微创手术与开颅血肿清除术治疗幕上高血压脑出血的效果对比[J]. 陕西医学杂志, 2015, 44: 1054-1055.

[5] 周瑞涛, 毕艳平, 李永利, 等. 高血压脑出血神经内镜微创手术与开颅血肿清除术的临床效果对比[J]. 中国保健营养, 2017, 27: 134-135.

[6] 陈果, 董伟. 神经内镜微创手术与小骨窗开颅显微手术治疗幕上高血压脑出血效果比较[J]. 中国医药导报, 2015, 12: 51-54.

[7] 韩秀鹏, 答春树, 吴春明, 等. 神经内镜与小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血的临床疗效比较[J]. 大连医科大学学报, 2017, 39: 233-236.

[8] 王志勇, 朱耀祖, 周有东, 等. 神经内镜微创手术治疗高血压脑出血疗效研究[J]. 河北医药, 2017, 39: 1712-1714.

[9] 柳羲, 薛鹏, 刘利, 等. 神经内镜血肿清除术治疗高血压脑出血研究进展[J]. 中华神经医学杂志, 2016, 15: 429-432.

[10] 游涛, 谭兴萍, 文晓琴, 等. 神经内镜辅助超早期手术治疗丘脑出血破入脑室[J]. 广东医学, 2012, 33: 38-38.

[11] 陈伟招, 徐如祥, 聂永庚, 等. 高血压丘脑出血的神经内镜微创手术治疗[J]. 中华神经医学杂志, 2010, 9: 936-939.

[12] 杜战锋. 经侧裂-岛叶入路显微手术治疗高血压性基底核区脑出血的临床疗效[J]. 神经损伤与功能重建, 2016, 11: 63-65.

[13] 陈建, 施炜, 倪长春, 等. 内镜下椎管内髓外硬膜下肿瘤的微创手术[J]. 中华神经外科杂志, 2013, 29: 907-909.

[14] 王彬, 王文华, 韩志强, 等. 内镜下经鼻-蝶窦微创手术治疗Rathke囊肿的效果[J]. 热带病与寄生虫学, 2014, 12: 53-55.

(本文编辑:唐颖馨)