不同方法治疗大面积脑梗死的疗效分析

杨学伟[1],田 君[2] (1. 南川区人民医院急诊科,重庆 408400;2. 第三军医大学西南医院急救创伤中心,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 比较分析大面积脑梗死不同治疗方法的临床疗效,为临床提供参考。**方法** 2005 年 1 月至 2010 年 12 月急诊入院的 76 例急性大面积脑梗死患者随机分为三组,A 组为西医内科治疗组 20 例,B 组为中西医结合治疗组 27 例,C 组为去颅骨瓣减压术组 29 例。A 组采用脱水、脑保护、改善循环、抗感染及对症支持等治疗;B 组是在 A 组治疗基础上配合方剂及针灸治疗;C 组采用先期手术治疗加上 A 组治疗。观察 1 个月,按美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,并统计分析疗效。**结果** 治疗观察 1 个月后,A 组总有效率为 35%(7/20),B 组总有效率为 63%(17/27),C 组总有效率为 69%(20/29),组间差异有统计学意义($P<0.05$);A 组、B 组和 C 组治疗后 NIHSS 评分较治疗前均明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 3 组间比较 NIHSS 评分差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 去颅骨瓣减压术治疗大面积脑梗死效果较好,中西医结合治疗能明显改善患者的神经功能缺损程度。

[关键词] 大面积脑梗死;中西医结合治疗;去颅骨瓣减压术;内科治疗
[中图分类号] R743;R651.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)06-0647-02

Clinical efficacy of different treatment methods for massive cerebral infarction

YANG Xue-wei, TIAN Jun (Department of Emergency, People's Hospital in Nanchuan District, Nanchuan Chongqing 408400, China)

Abstract: Objective To compare the clinical efficacy of different treatment methods for massive cerebral infarction in order to provide references in clinics. **Methods** Totally 76 cases of acute massive cerebral infarction were randomly divided into conservative treatment group (group A, $n=20$), combination therapy group (group B, $n=27$) and decompressive craniotomy group (group C, $n=29$). Dehydration, cerebral protection, circulation improvement, antibiotics and symptomatic treatment support were applied in group A. Chinese medicine prescriptions and acupuncture were used in group B based on the treatment in group A. Surgical treatment at early stage was employed in group C based on the treatment in group A. **Results** The total effective rates were 35% (7/20) in group A, 63% (17/27) in group B and 69% (20/29) in group C after treating for one month, statistical differences were observed between the groups ($P<0.05$). The U. S. national institutes of health stroke scale (NIHSS) score was significantly lowered in three groups after the treatment, the differences were statistically significant ($P<0.05$). The NIHSS score in the three groups were statistically different between the groups after the treatment ($P<0.05$). **Conclusion** Decompressive craniotomy is effective in the treatment of massive cerebral infarction. Combined treatment of traditional Chinese medicine and western medicine can improve neurologic impairment in patients.

Keywords: massive cerebral infarction; combined treatment of traditional Chinese medicine and western medicine; cranial decompressive craniotomy; medical treatment

脑梗死是老年人常见的脑血管病之一。大面积脑梗死是由脑动脉主干阻塞所致通常是颈内动脉主干、大脑中动脉主干或皮层支的完全性卒中。由于该病起病急、进展快,其死亡率和致残率高[1]。其急性期的主要治疗措施是降低颅内压以挽救生命,主要方法有:①内科治疗及时给予高渗脱水剂、利尿剂和激素等;②去颅骨瓣减压术减少脑水肿,解除脑疝。本文回顾性分析我院 2005 年 1 月至 2010 年 12 月急诊入院的 76 例大面积脑梗死患者的临床资料,总结采用三种不同救治方法所取得的不同转归情况,为临床提供参考。

[作者简介] 杨学伟(1972 -),男,重庆市人,本科,主要从事急诊急救方面的研究。E-mail:17690068@qq.com
[通讯作者] 田 君,E-mail:cq120tj@126.com
[收稿日期] 2011-06-20 [修回日期] 2011-07-10

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 76 例大面积脑梗死患者均以头颅 CT 诊断呈现大片状低密度阴影,多为脑叶或跨脑叶分布,病灶直径在 3 cm 以上为大面积脑梗死的纳入标准。其中男 47 例,女 29 例;年龄 51 ~ 83 岁。合并高血压病 46 例,冠心病 29 例,糖尿病 23 例,高脂血症 21 例。参照 1995 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议制定的《各类脑血管病诊断要点》为依据。患者均因意识障碍伴有一侧偏瘫及有(或无)失语收治入院,发病时间 4 ~ 23 h。随机分为西医内科保守治疗组 20 例(A 组),中西医结合治疗组 27 例(B 组)及去颅骨瓣减压术治疗组 29 例(C 组),各组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 西医内科保守治疗 A 组患者常规给予 20% 甘露醇

250 mL,8 h 静脉滴注 1 次,视病情变化加用速尿 20 mg,12 h 静脉注射 1 次。溶栓治疗发病后 4 h 内进行,尿激酶或纤溶酶原激活剂,静脉点滴,超过 4 h 后不再进行溶栓治疗。抗凝、抗血小板聚集治疗采用阿司匹林肠溶片 100 mg,口服,每日 1 次。房颤患者给予低分子肝素钠 2 500 U,皮下注射,每日 2 次,10 ~ 14 d 为 1 个疗程。用药过程中应检测血常规、肝功能及出凝血等,或服用氯吡格雷 75 mg。静滴纳络酮 24 h 1 g,静脉滴注 1-6 二磷酸果糖 10 g 或胞二磷胆碱 0.5 g,每日 1 次,14 d 为 1 个疗程。同时防治各种并发症,对症支持治疗。

1.2.2 中西医结合治疗 B 组患者在西医内科保守治疗的基础上加用益气和血,通络降脂,活血,化痰等中医方法。药方:丹参 20 g,赤芍 12 g,广地龙 12 g,川芎 15 g,胆南星 10 g,当归 15 g,白芍 12 g,黄芪 30 g,石菖蒲 15 g,葛根 20 g,水蛭 10 g,山楂 18 g,首乌 20 g,根据不同病情用量适当加减。加用血塞通注射液,川芎嗪注射液等,后期服用华佗再造丸。针灸治疗:头针取百会、前顶穴;体针取风池、患侧外关、曲池、涌泉、足三里。每穴行针时间 30 min,每日 1 次。

1.2.3 去颅骨瓣减压术 C 组患者去颅骨瓣减压术切口根据脑梗死部位而定,去除骨瓣减压,骨瓣最大者 13 cm × 10 cm,最小者 10 cm × 8 cm,放射状剪开硬脑膜并悬吊。术后常规西医内科治疗,但不用止血剂。

1.3 观察指标

参照全国第四届脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995 年)》[2],依据美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)治疗前后分值的变化评价疗效。疗效分为:显效,神经功能缺损评分减少 46% 以上;有效,神经功能缺损评分减少 18% ~46%;无效,神经功能缺损评分减少 18% 以下;恶化,神经功能缺损评分增加 18% 以上;死亡。总有效率为显效加有效计算得出。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 11.5 软件进行统计学处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果比较

治疗 1 个月后,A 组总有效率为 35%(7/20),B 组总有效率为 63%(17/27),C 组总有效率为 69%(20/29)。B 组和 C 组总有效率较 A 组患者明显升高($P < 0.05$),B 组与 C 组总有效率比较差异不明显($P > 0.05$),见表 2。

表 2 各组治疗效果比较

组别	例数(n)	显效(n)	有效(n)	无效(n)	恶化(n)	死亡(n)	总有效率(%)
A 组	20	3	4	6	3	4	35
B 组	27	7	10	4	4	2	63 *
C 组	29	8	12	5	3	1	69 *

*:与 A 组比较,$P < 0.05$

2.2 NIHSS 评分比较

治疗 1 个月后,A 组、B 组和 C 组 NIHSS 评分较治疗前均明显降低($P < 0.05$)。治疗前 3 组间 NIHSS 评分比较无明显差异($P > 0.05$),治疗后 3 组间比较评分差异明显($P < 0.05$),A 组评分显著高于 B 和 C 组($P < 0.05$),C 组评分明显低于 B 组($P < 0.05$),见表 3。

表 3 各组 NIHSS 评分比较

组别	例数(n)	治疗前(分)	治疗后(分)
A 组	16	20.33 ± 2.12	15.66 ± 1.55 *
B 组	25	20.54 ± 2.06	12.55 ± 1.63 *#
C 组	28	20.13 ± 2.80	10.11 ± 0.35 *#△

*:与治疗前比较,$P < 0.05$;#:与 A 组治疗后比较,$P < 0.05$;△:与 B 组治疗后比较,$P < 0.05$

3 讨论

大面积脑梗死 CT 呈现大片状低密度阴影,多为脑叶或跨脑叶分布[3]。本研究采用的是目前较多人采用 Adama 分型法:大面积脑梗死为梗死灶大于等于 3 cm,累及两个以上解剖部位。由于大面积脑梗死面积大,脑组织严重缺血、低氧、自由基大量潴留,造成神经细胞膜、细胞器损伤以及酶的功能障碍,同时出现严重脑水肿,颅内压增高,甚至脑疝而危及生命。因此,大面积脑梗死急性期治疗的关键是控制颅内压,降低脑水肿,防止脑疝形成,促进病变脑组织功能恢复。目前在控制颅内压的方法上有两种:①西医内科治疗,及时给予高渗脱水剂、利尿剂和激素等治疗[4];②去颅骨瓣减压术,其目的是控制颅内压,及早阻断颅内压增高的恶性循环,减少脑水肿形成的因素,解除脑疝,防止梗死范围进一步扩大,可有效降低病死率及病残率[5]。本研究结果显示:治疗 1 个月后,西医内科治疗(A 组)NIHSS 评分明显高于去颅骨瓣减压术(C 组);A 组治疗总有效率明显低于 C 组。提示采用去颅骨瓣减压方法能更为及时有效控制大面积脑梗死早期颅内高压,对病情转归有明显影响。

去颅骨瓣减压术能及时增加颅脑容积,减轻颅内高压,增加脑组织的有效灌注和改善缺血。但是,并不是每个患者都适用于早期手术治疗。脑梗死患者大多高龄,既往一般有多种基础疾病,如高血压、冠心病、糖尿病、肺气肿等[6],合并心力衰竭、肾衰竭、急性神经源性肺水肿、上消化道出血等多脏器功能障碍,患者不能耐受手术打击,手术风险较高[7]。下列手术指征已被大多数临床医师所采纳[8]:①病人经内科积极治疗无效,处于脑疝早期或前期;②CT 见大面积脑梗死和

(下转第 650 页)

3 讨论

尽管 GERD 和哮喘是两种不同系统的疾病,但是近年来研究表明,两者之间存在密切的联系,可以互为因果,GERD 已被认为是哮喘的一个重要激发因素[2]。Kiljander 等[3]报道了 90 例成人哮喘患者,其中发现有 47 例患者(52.2%)出现返流症状,32 例(35.6%)合并有 GERD。另一项研究发现 126 例青少年哮喘患者中有 94 例(74.6%)诊断为 GERD,并且 GERD 的反流症状与哮喘的严重程度呈正相关[2]。本组 21 例患者均以哮喘症状首发,伴有反流症状者 12 例(57.1%)。

GERD 易误诊为哮喘的原因主要在于该类患者的首发症状是以喘息、气急、胸闷或咳嗽等哮喘症状为主,往往首诊于呼吸科,而呼吸科医生对 GERD 的认识不足,或满足于现有诊断,查体及询问病史局限于呼吸系统为主,忽略了反流症状,经常是在常规治疗哮喘效果不明显时才考虑到 GERD 的可能[4]。本组资料有 9 例始终未出现反流症状。另外,检测手段的欠缺或许也是导致误诊的原因之一。GERD 的诊断除了典型的反流症状外,还要靠内镜下有反流性食管炎的表现。但是仍有部分患者内镜下并无反流性食管炎的表现,本组有 8 例内镜下无明显异常表现,此时需要 24 h 食管 pH 监测发现客观酸过度反流的证据才能作出诊断。这在一定程度上限制了 GERD 的诊断率。

GERD 引发哮喘的机制主要是返流物直接或间接刺激食管内各种感受器,通过迷走神经反射等诱发气道高反应,引起支气管痉挛、血管扩张、渗出等表现[5]。经过抗反流治疗,如抑酸、促进胃肠动力等可减少反流的发生,缓解哮喘症状。本组患者经过抗反流治疗后总体缓解率达 95.2%。并且通过维持治疗减少了复发。

因此,为减少 GERD 误诊为哮喘的发生,临床医师应提高对 GERD 的认识,尤其是不伴有反流症状的患者,特别是经解痉、平喘治疗无效时应及时考虑到 GERD 的可能[6]。应详细追问病史,全面系统的体格检查,尽可能安排内镜检查或 24 h 食管 pH 监测,结合质子泵抑制剂诊断性治疗等手段作出正确诊断。

[参考文献]

[1] 刘 浏, 杨冬华, 汤绍辉, 等. 胃食管反流病与支气管哮喘[J]. 临床荟萃, 2007, 22(6): 451 - 452.

[2] Debley JS, Carter ER, Redding GJ. Prevalence and impact of gastroesophageal reflux in adolescents with asthma: a population-based study [J]. Pediatr Pulmonol, 2006, 41(5): 475 - 481.

[3] Kiljander TO, Laitinen JO. The prevalence of gastroesophageal reflux disease in adult asthmatics[J]. Chest, 2004, 126(5): 1490 - 1494.

[4] 刘春江. 胃食管反流病误诊为呼吸道疾病 40 例临床分析[J]. 中国实用医刊, 2008, 35(13): 92.

[5] 郭红斌. 支气管哮喘病与胃食管反流症的发病关系探讨[J]. 医学信息, 2010, 23(12): 4593.

[6] 蒋月霞. 胃食管反流病误诊为呼吸道疾病 48 例临床分析[J]. 重庆医学, 2008, 37(5): 519 - 520.

(编辑:郭光金)

(上接第 648 页)

水肿,中线移位大于 5 mm,基底池受压;③颅内压大于 30 mmHg;④年龄小于 70 岁;⑤排除严重的其他器官病变。对内科治疗无效的患者,宜尽快行开颅减压术[9],早期手术治疗对患者的预后有帮助。无手术指征的患者应行积极有效的中西医结合治疗,本研究结果显示:治疗 1 个月后,B 组 NIHSS 评分明显低于 A 组;B 组治疗总有效率明显高于 A 组。表明中西医结合治疗能明显改善患者的神经功能缺损程度和预后。

大面积脑梗死的预后决定于梗死的部位、范围大小及合并症或并发症的轻重等诸因素。一般而言,虽然预后相对较差,但如果能够坚持可靠的中西医药物治疗、针灸、坚持功能康复训练、清淡饮食的调节、控制好血压和血脂等高危因素,后遗症状均会得到不同程度的改善,甚至可以达到生活完全自理的理想状态。

[参考文献]

[1] 范淑侠. 青年脑梗死 69 例临床分析[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(13): 139 - 141.

[2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381 - 383.

[3] Gupta R, Connolly ES, Mayer S, et al. Hemicraniectomy for massive middle cerebral artery territory infarction: a systematic review[J]. Stroke, 2004, 35(2): 539 - 543.

[4] 王安君. 舒血宁注射液治疗脑梗死 64 例的体会[J]. 局解手术学杂志, 2009, 18(1): 41.

[5] 陶胜忠, 张鹏远, 苗 旺, 等. 去骨瓣减压术治疗大面积脑梗死 16 例临床分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2005, 31(3): 234 - 235.

[6] 王智勇. 高血压脑出血术后继发脑梗塞 11 例分析[J]. 局解手术学杂志, 2005, 14(1): 64 - 65.

[7] 袁 波, 童晓欣, 张海鸥, 等. 大面积脑梗塞的临床特点和处理方法[J]. 武汉大学学报(医学版), 2004, 25(4): 462 - 463.

[8] Koh MS, Goh KY, Tung MY, et al. Is decompressive craniectomy for acute cerebral infarction of any benefit? [J]. Surg Neurol, 2000, 53(3): 225 - 230.

[9] 赖润龙, 郑丰任, 杨应明, 等. 恶化型大脑半球大面积梗死的手术适应证及疗效分析[J]. 中华神经医学杂志, 2003, 2(5): 351 - 352.

(编辑:余汇洋)