

[7] 谭支强. 试论急性脑外伤及脑缺血脑水肿的治疗[J]. 健康必读, 2012, 11(10): 243-244.

[8] 沈建忠. 老年脑外伤患者围术期格拉斯哥昏迷评分和血液流变学变化对术后继发大面积脑梗死的评估价值[J]. 中国老年学杂志, 2014, 35(6): 1550-1551.

[9] 梁建业, 孙宝权, 彭宁安. APACHE 评分与 GCS 用于 ICU 严重脑外伤患者的比较[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14(11): 686-688.

[10] Kellermann I, Kleindienst A, Hore N, et al. Early CSF and serum S100B concentrations for outcome prediction in traumatic brain injury and subarachnoid hemorrhage [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2016, 145(11): 79-83.

[11] Bartek J, Thelin EP, Ghatan PH, et al. Neuron-Specific enolase is correlated to compromised cerebral metabolism in patients suffering from acute bacterial meningitis: an observational cohort study [J]. PLoS One, 2016, 11(3): e0152268.

[12] 朱映辉. C 反应蛋白及降钙素原在脑外伤患者预后中的应用价值[J]. 中外医疗, 2014, 18(16): 84-85.

[13] 凌云, 方玉明, 徐文鹏. PCT、CRP 在创伤性脑损伤患者中的检测意义[J]. 临床输血与检验, 2015, 17(4): 309-311.

[14] Paratz JD, Lipman J, Boots RJ, et al. A new marker of sepsis post burn injury? [J]. Crit Care Med, 2014, 42(9): 2029-2036.

[15] 李金恒, 刘永杰. 呼吸机辅助呼吸对重型颅脑损伤治疗的临床效果[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(9): 1072-1073.

[16] 肖志强, 司金春, 许志杰, 等. 全身炎症反应综合征修正评分及白细胞监测鉴别脑外伤患者应激反应与早期感染的价值[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2014, 10(2): 245-248.

(收稿日期: 2016-06-30 修回日期: 2016-11-08)

• 临床探讨 •

双抗与抗凝治疗大动脉粥样硬化型脑梗死 110 例对比分析

徐庆松, 王红艳, 李连波, 李 栋
(枣庄矿业集团枣庄医院神经内科, 山东枣庄 277100)

摘 要:目的 探讨急性大动脉粥样硬化型脑梗死患者分别接受阿司匹林联合低分子肝素与阿司匹林联合氯吡格雷治疗。方法 选取 2012 年 9 月至 2014 年 12 月该院神经内科收治的急性大动脉粥样硬化型脑梗死患者 110 例, 采用随机数表法分为 2 组, 抗凝组给予阿司匹林联合低分子肝素治疗, 双抗组采用阿司匹林联合氯吡格雷治疗, 在接受治疗前及治疗后第 10 天进行神经功能缺损评分(NIHSS), 观察神经症状好转及恶化。结果 2 组患者治疗前及治疗后 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。在其亚组动脉-动脉栓塞组双抗治疗好转率优于抗凝治疗(64%和 83%), 差异有统计学意义($P<0.05$), 但两者治疗后 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 血栓形成组抗凝治疗好转率优于双抗治疗(78%和 58%), 差异有统计学意义($P<0.05$), 治疗后 NIHSS 评分比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)[(4.85±0.44)分和(6.00±0.32)分]。结论 急性大动脉粥样硬化型脑梗死患者入院后应尽快明确发病病因及发病机制, 动脉-动脉栓塞型应给予双抗治疗, 原位血栓形成患者应给予抗血小板联合抗凝治疗。

关键词:大动脉粥样硬化型脑梗死; 阿司匹林; 氯吡格雷; 低分子肝素
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.04.042 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)04-0560-03

我国脑梗死的年发病率达 120/100 000~180/100 000, 年病死率为 60/100 000~120/100 000, 严重危害身心健康^[1]。脑梗死 TOAST 分型中比例较高的是大动脉粥样硬化型脑梗死, 其有多种不同的临床表现, 如单发脑梗死、多发脑梗死、完全型脑梗死、进展型脑梗死等^[2-3]。Petty 等^[4]在 2000 年做了一项研究, 分别对不同 TOAST 亚型脑梗死的生存、复发率及平常生活自理能力进行对比, 认为早期复发率最高的是大动脉粥样硬化型脑梗死。现探讨大动脉粥样硬化型脑梗死患者分别进行双抗及单抗加抗凝治疗, 比较其疗效, 分析大动脉粥样硬化型脑梗死的合理用药。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 9 月至 2014 年 12 月该院神经内科的急性大动脉粥样硬化型脑梗死患者 110 例, 男 68 例, 女 42 例, 平均年龄 66 岁。入选标准: 所有患者均为发病后 24 h 内入院的脑梗死患者, DWI 显示为同一血管供血区多发梗死灶, 颈动脉椎动脉彩超或脑血管造影提示责任大动脉严重狭窄, 狭窄率大于 50%。排除心源性栓塞、其他病因及不明原因型、小动脉闭塞型。阿司匹林联合低分子肝素(抗凝组)50 例, 男 30 例,

女 20 例, 年龄 38~76 岁, 平均年龄(65.3±9.4)岁, 发病至入院时间 1~24 h, 平均(17.2±3.1)h, 平均收缩压(154.49±12.63)mm Hg, 平均舒张压(86.36±11.73)mm Hg, 空腹血糖(6.53±1.96)mmol/L, 总胆固醇(4.82±1.14)mmol/L, 三酰甘油(1.72±0.74)mmol/L, 吸烟 29 例, 饮酒 21 例。阿司匹林联合氯吡格雷(双抗组)60 例, 男 38 例, 女 22 例, 年龄 36~77 岁, 平均年龄(67.2±9.1)岁, 发病至入院时间 2~24 h, 平均(15.8±3.5)h, 平均收缩压(156.37±15.98)mm Hg, 平均舒张压(86.56±12.83)mm Hg, 空腹血糖(6.81±2.36)mmol/L, 总胆固醇(4.71±1.28)mmol/L, 三酰甘油(1.74±0.62)mmol/L, 吸烟 37 例, 饮酒 24 例。2 组患者的性别、年龄、发病至入院时间等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

所有患者入院后均行颅脑 MRI+DWI、颅内外血管 MRA 或 CTA、颈动脉及椎动脉 B 超、经颅多普勒等检查。所有患者均为急性多发性脑梗死, DWI 显示同一血管供血区多发高信号, ADC 呈低信号。颅内外血管检查示供血动脉严重狭窄(狭窄率大于 50%)。

根据临床症状及影像学特点,2 组患者再分为动脉-动脉栓塞组、原位血栓形成组。动脉-动脉栓塞组入选标准为神经缺失症状较轻,常表现为发作性或可逆性,磁共振 DWI 图像表现为同一血管供血区多发急性梗死灶,病灶较小且均一,直径小于 1 cm,责任血管严重狭窄(狭窄率大于 50%),梗死灶只分布于闭塞部位远端,包括大部分或全部供血区;原位血栓形成组入选标准为发病前可有 TIA 发作,神经缺失症状较重,发病后病情常进展,磁共振 DWI 像表现为同一血管供血区多发急性梗死灶,病灶大小不一,病灶大者直径常超过 1.5 cm,责任血管严重狭窄或闭塞,基底动脉、颈内动脉及大脑中动脉横断面于 T2 加权像可见管腔内高信号,梗死灶分布于病变血管远端,散在分布。

1.2 方法 将大动脉粥样硬化型脑梗死患者 110 例分为 2 组:50 例接受阿司匹林与低分子肝素治疗(抗凝组),入院后予拜阿司匹林 0.1 g 口服 qn,低分子肝素(齐征)5 000 U 皮下注射每 12 h 一次,10 d 后停低分子肝素,继续口服拜阿司匹林治疗;60 例接受阿司匹林联合氯吡格雷治疗(双抗组),采用拜阿司匹林 0.1 g 口服 qn,氯吡格雷(泰嘉)75 mg 口服,10 d 后改为拜阿司匹林 0.1 g 口服 qn。同时动态监测血常规、凝血试验、肝肾功能、C 反应蛋白(CRP)等指标。

2 组患者分别在入院时及入院后第 10 天进行神经功能缺损评分(NIHSS)^[5],观察患者早期复发、神经功能好转及恶化情况,临床疗效评定按《临床疗效评定标准》,分别对治疗前及治疗后 10 d 进行 NIHSS 评分。神经功能改善率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。基本治愈的评定标准

为神经功能缺损改善率达 91%~100%,生活能力为 0~1 级;显著为改善率 46%~90%,生活能力 0~3 级;好转为改善率 18%~45%;无变化为改善率-17%~17%;恶化为改善率小于-17%^[6]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析,治疗前后的 NIHSS 评分($\bar{x}\pm s$)采用中位数(四分位数间距)秩和检验,计数资料比较使用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者好转率结果比较 2 组患者好转率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。在动脉-动脉栓塞组接受阿司匹林联合低分子肝素治疗后与接受阿司匹林联合氯吡格雷治疗后好转率比较差异有统计学意义($t=2.813, P<0.05$)。在原位血栓形成组接受阿司匹林联合低分子肝素治疗后好转率优于接受阿司匹林联合氯吡格雷治疗后,差异有统计学意义($t=1.993, P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者治疗前后 NIHSS 评分结果比较 2 组患者治疗前及治疗后 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。动脉-动脉栓塞组接受阿司匹林联合低分子肝素与接受阿司匹林联合氯吡格雷治疗前后 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。原位血栓形成组接受阿司匹林联合低分子肝素与接受阿司匹林联合氯吡格雷治疗前 NIHSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后比较,差异有统计学意义($t=2.285, P<0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者治疗前后好转率结果比较[n(%)]

组别	总计			动脉-动脉栓塞组			原位血栓形成组		
	例数(n)	好转或稳定	复发或恶化	例数(n)	好转或稳定	复发或恶化	例数(n)	好转或稳定	复发或恶化
抗凝组	50	37(74.0)	13(26.0)	2	14(64.0)	8(36.0)	2	23(78.0)	5(22.0)
双抗组	60	46(76.7)	14(23.3)	4	28(83.0)	6(17.0)	26	15(58.0)	11(42.0)

表 2 2 组患者治疗前后 NIHSS 评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	总计			动脉-动脉栓塞组			原位血栓形成组		
	例数(n)	治疗前	治疗后	例数(n)	治疗前	治疗后	例数(n)	治疗前	治疗后
抗凝组	50	5.58±0.23	4.80±0.32	2	4.53±0.17	4.27±0.37	2	6.85±0.33	4.85±0.44
双抗组	60	5.38±0.24	4.67±0.28	4	4.32±0.27	3.68±0.44	26	6.57±0.22	6.00±0.32

3 讨 论

缺血性卒中因其发病病因及机制复杂,故不同类型卒中的急性期治疗、预后、转归及 2 级预防方案也有区别,因此正确合理的分型能指导制定个体化的治疗方案,同时预测病情演变,对危险因素的筛查及加强预防措施等有重要的临床意义。缺血性脑卒中有许多分型方法,目前国内广泛采用 TOAST 病因分型,TOAST 分型的广泛应用说明将缺血性卒中以临床综合征对待,而并非一个孤立的疾病,是各种病因所致的神经系统病变的综合体现^[7]。包括:小动脉闭塞型、心源性栓塞型、大动脉粥样硬化型、其他明确病因和不明原因等 5 大类型^[8]。其中大动脉粥样硬化型脑梗死其临床症状包括大脑皮层、脑干或小脑的功能障碍,同时心源性栓塞应被排除,颅脑影像学提示责任血管严重狭窄(狭窄率大于 50%)或闭塞。

大动脉粥样硬化型脑梗死有多种临床表现形式,有急性完

全型、进展型、反复发作型等^[9]。影像学表现也不同,有单发梗死、多发梗死、大面积梗死、分水岭梗死等。对急性缺血性脑卒中应尽快鉴别是否为大血管源性卒中,尽早明确其发病机制,给予恰当治疗。高山在 2011 年的天坛国际脑血管病会议中,针对中国缺血性脑卒中亚型中大动脉粥样硬化型脑梗死的发病机制研讨中指出。(1)载体动脉斑块阻塞穿支动脉:载体动脉斑块阻塞穿支造成相应区域孤立缺血性坏死。(2)动脉-动脉栓塞:皮层多发病灶或流域性梗死,经颅多普勒可监测到微栓子信号。(3)低灌注/栓子清除能力下降:分水岭区梗死。王拥军在“第 2 届卒中规范化管理培训项目”上指出正确判断卒中的发病机制,有助于选择合理的治疗方案:(1)栓塞性脑卒中:首先要判断栓子的来源,如心房纤颤应考虑抗凝治疗,黏液瘤采取手术,动脉源性栓子要稳定斑块等。(2)原位血栓形成:治疗上考虑溶栓或抗凝。

动脉-动脉栓塞脑梗死临床多表现为短暂性脑缺血发作或轻型卒中,颅内外血管成像可见大血管严重狭窄或闭塞,其相应供血区多发梗死灶,DWI 加权像可见多发点状高信号,梗死灶较小,且较均匀。有研究显示动脉-动脉栓塞组患者,大血管有易损斑块破裂致血管内皮的损伤^[10]。微栓子被认为是动脉-动脉的重要证据^[11]。钟维章等^[12]研究报道,动脉粥样硬化型动脉-动脉栓塞事件再发风险极高,阿司匹林联合氯吡格雷治疗有效,且安全性好。本研究动脉-动脉栓塞组脑梗死给予阿司匹林联合氯吡格雷治疗后临床症状大多稳定,较阿司匹林联合低分子肝素治疗症状缓解率高,但治疗后 NIHSS 评分 2 组比较差异无统计学意义($P>0.05$),发展为血栓形成性进展型脑梗死的病例较少,双抗的意义可能也在于此。原位血栓形成脑梗死发病前可有短暂性脑缺血发作表现,发病后常有病情进展,临床症状恶化,颅内外血管成像可见大血管严重狭窄或闭塞,血管横断面有时可见血栓影,T2 加权血管内流空影消失,中央可见点状高信号,其相应供血区多发梗死灶,DWI 加权像可见多发点片状高信号,梗死灶大小不一。佟旭等^[18]研究认为,低分子肝素的早期抗凝治疗对大动脉粥样硬化狭窄性脑梗死患者具有重要的意义。本研究数据表明,原位血栓形成组脑梗死经阿司匹林联合低分子肝素治疗后 NIHSS 评分好于双抗治疗,表明血管内存在血栓的患者,抗血小板加抗凝剂治疗效果要优于单纯抗血小板治疗。

参考文献

[1] 周世权,张艳伟,刘建平,等. 深圳汉族和新疆维族人群缺血性脑卒中危险因素比较[J]. 中华疾病控制杂志,2014,18(2):127-130.

[2] 顾力华,陈斌,魏丹霞,等. 急性脑梗死 TOAST 分型与危险因素的关系[J]. 实用心脑血管病杂志,2013,21(2):51-52.

• 临床探讨 •

[3] Wu Z,Zhao M,He M,et al. Validation of The use of B-type natriuretic peptide point-of-care test platform in preliminary recognition of cardioembolic stroke patients in the ED[J]. AMJ Emerg Med,2015,33(4):521-526.

[4] Petty GW,Brown RD,Whisnant JP,et al. Ischemic stroke subtypes: a population-based study of functional outcome, survival,and recurrence[J]. Stroke,2000,31(5):1062-1068.

[5] 欧艳. NIHSS 评分与 SSS 评分对脑梗死急诊溶栓后出血转化的预测价值[J]. 实用医学杂志,2014,30(19):3124-3126.

[6] 田宇,王佳君,李宝云,等. 动静脉联合溶栓与机械取栓治疗早期急性脑梗死的临床效果及预后[J]. 疑难病杂志,2015,14(1):20-22.

[7] 王春娟,王拥军. 缺血性卒中病因学分型发展及各分型特点[J]. 中国临床研究,2010,23(2):89-92.

[8] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:158.

[9] 王惠,马先军,卞光荣,等. 大动脉粥样硬化型脑梗死病情进展的预测因素[J]. 吉林医学,2016,37(5):1075-1077.

[10] 刘丹,刘国荣,张茂林. 脑梗死急性期 C-反应蛋白的动态变化及其与脑梗死分型、预后的关系[J]. 中国实用神经疾病杂志,2009,12(15):5-7.

[11] 董大伟,袁定新. 动脉粥样硬化性脑梗死发病机制的特征及远期预后[J]. 暨南大学学报,2013,34(6):641-645.

[12] 钟维章,李兰晴. 急性脑梗死 CISS 与 TOAST 病因分型探讨[J]. 中国急救医学,2013,33(10):904-907.

[13] 佟旭,周全,刘静华,等. 低分子肝素早期抗凝治疗大动脉粥样硬化狭窄性脑梗死的效果[J]. 广东医学,2016,37(z1):222-225.

(收稿日期:2016-07-27 修回日期:2016-11-15)

大承气汤加芒硝外敷治疗重症急性胰腺炎对腹腔内压力影响的研究

代鸿华,王 智[△]

(重庆市綦江区人民医院肝胆外科 401420)

摘 要:**目的** 探讨大承气汤加芒硝外敷治疗重症急性胰腺炎的临床疗效及其对腹腔内压力的影响。**方法** 随机选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月该院收治的重症急性胰腺炎患者 200 例,随机分成观察组 and 对照组,各 100 例,对照组患者给予常规西医治疗;观察组患者使用常规西医治疗联合大承气汤加芒硝外敷治疗。观察 2 组患者治疗 1 周后临床症状、血象、腹腔压力等指标变化。**结果** 观察组患者的腹痛、腹部压痛、恶心、呕吐、身目发黄、cullen 征、大便不畅等症状和体征的缓解时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者白细胞计数 $[(5.6\pm2.5)\times10^9/L]$ 显著低于对照组 $[(8.6\pm2.6)\times10^9/L]$,C 反应蛋白(CRP)指数 $[(55.1\pm6.1)mg/L]$ 显著低于对照组 $[(114.6\pm9.4)mg/L]$,血淀粉酶指标 $[(130.1\pm20.9)U/L]$ 和尿淀粉酶指标 $[(481.7\pm1.5)U/L]$ 显著低于对照组 $[(299.5\pm23.5)U/L]$ 和 $[(953.9\pm42.9)U/L]$,差异均有统计学意义($P<0.05$);排便前、排便后 1、3 d 观察组患者腹内压力恢复较对照组小,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 与常规西医治疗比较,大承气汤加芒硝外敷治疗急性胰腺炎缩短了患者的临床症状缓解时间,有效降低腹内压力,值得临床广泛应用。

关键词:大承气汤; 芒硝外敷; 重症急性胰腺炎; 腹内压力

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.04.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)04-0562-03

重症急性胰腺炎(SAP)是外科常见急腹症,病情凶险,病程复杂,病死率较高^[1]。SAP 可导致腹腔内压力(IAP)的升高,持续 IAP 升高可引发腹腔室间隔综合征,预后极差^[2-3]。目前较多研究均表明,大承气汤及芒硝对胰腺炎控制有较好的疗效,是经济、实用的治疗方法,但大承气汤加芒硝对 SAP 患者腹腔内压力影响的研究报告极少^[4-5]。现探讨大承气汤加芒

[△] 通信作者,E-mail:WangZhi32121@163.com.