

进展性脑卒中血管内治疗与标准内科治疗的疗效比较

湖北省第三人民医院 但毕堂 李芹 彭小祥* 林力 朱碧峰, 武汉 430015

摘要 目的:观察进展性脑卒中患者分别采取标准内科治疗及血管内治疗的临床效果,探讨进展性脑卒中治疗的新途径。方法:选取进展性脑卒中病例46例,均符合进展性脑卒中诊断标准,且进展时均完成DWI+MRA检查,明确为颅内、外大动脉狭窄或闭塞。其中23例均采用包括Solitaire取栓等方式在内的血管内治疗+标准内科治疗(血管内治疗组);另外23例按照标准内科治疗(标准内科治疗组)。结果:90 d内改良Rankin量表评分(MRS)≤2分,血管内治疗组19例;标准内科治疗组6例($P<0.05$);血管内治疗组1例发生无症状性颅内出血,标准内科组未发生($P>0.05$);血管内治疗组无死亡病例,标准治疗组死亡4例($P<0.05$)。结论:对于因颅内大动脉闭塞所致的进展性脑卒中患者,血管内治疗明显优于标准内科治疗,且两种治疗方法在安全性上无显著差异。

关键词 进展性脑卒中; 血管内治疗; 标准内科药物治疗

中图分类号 R743.3

文献标识码 A

DOI 10.11768/nkjwzzzz20180519

进展性脑卒中占缺血性脑卒中的26%~43%^[1,2],致残率高,预后差^[3]。进展性脑卒中常规药物治疗的疗效差,目前尚无方法可有效阻止病情的进展。本文比较进展性脑卒中患者血管内治疗与标准内科治疗的临床疗效,探讨其最佳治疗方案。

资料与方法

一般资料 选择2013年12月~2015年6月湖北省第三人民医院收治的进展性脑卒中患者46例。其中血管内治疗组23例(男16,女7),年龄47~78岁,平均年龄(64 ± 11)岁。标准内科治疗组23例(男17,女6),年龄52~83岁,平均年龄(67 ± 9)岁。分组前均采取头部DWI+MRA检查明确为急性脑卒中相关的颅内大动脉闭塞。入选标准:①急性缺血性脑梗死;②首次加重到干预时间 < 6 h;③符合进展性脑卒中纳入标准^[4]。④年龄18~80岁。⑤脑功能加重损害的体征持续1 h以上,且较严重,NIHSS评分增加 > 4 分。⑥急性缺血性脑卒中病情进展后头部核磁DWI提示新发梗死核心小(ASPECT评分 > 5);MRA/CTA/DSA:颅内、外大动脉狭窄或闭塞。

方法 标准内科治疗组:拜阿司匹林100 mg/d+波立维75 mg/d,连续服用3周;同时给予强化降脂、调控血糖及血压,必要时可扩容、脱水降低颅内压等治疗。

血管内治疗组:闭塞的颅内大动脉给予Solitaire

取栓+标准内科治疗;串联闭塞的患者,给予Solitaire取栓+血管成型+标准内科治疗;颅内次全闭塞病变给予球囊扩张+血管成型治疗。

血管再通的评价 用TIMI灌注分级评价,其中治疗后血流0~1级定义为无再通;2~3级为再通(其中2级为部分再通,3级为完全再通);再通率=血管再通的病例数/总病例数。

临床疗效评价 术后1周、1个月、3个月随访,按改良Rankin量表评分(MRS)≤2分者为良好临床结局;致残定义为90 d后3分≤MRS≤5分,致残率=致残病例数/总病例数;致死定义:MRS=6分,致死率=致死病例数/总病例数。

统计学处理 采用SPSS 16.0统计软件,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料用百分数(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结果

2组基线情况 见表1。标准内科治疗组90 d内MRS≤2分6例(26.1%);MRS≤3分9例(39.1%);死亡4例(17.4%);重度残疾(90 d MRS 4~5)10例(43.5%)。无脑出血。血管内治疗组90 d内MRS≤2分19例(82.6%);MRS≤3分20例(87.0%);无死亡病例;重度残疾(90 d MRS 4~5分)3例(13.0%);颅内出血1例(4%,非症状性)。

临床结局 2组之间再通率、致残率、致死率及良好临床结局存在显著性差异(均 $P<0.05$);颅内出血等并发症发生率则无显著性差异($P>0.05$),见表2。

* 通信作者:彭小祥, E-mail: pengxiaoxiang@163.com

表 1 2 组患者的基线情况

组别	例	年龄 (岁)	性别(例)		高血压 [例(%)]	糖尿病 [例(%)]	吸烟史 [例(%)]	TOAST 分型 [例(%)]	NIHSS(分)	
			男	女					发病时	进展时
血管内治疗组	23	64 ± 11	16	7	19(82.6)	2(8)	10(43)	LAA;20(86.9)	4.2 ± 1.4	13.5 ± 4.1
标准内科治疗组	23	67 ± 9	17	6	18(78.2)	4(17)	9(39)	LAA;22(95.6)	4.1 ± 1.6	14.9 ± 6.6

表 2 2 组临床结局比较

[例(%)]

组别	例	再通率 TICI≥2b	90d 良好结局	致残率	致死率	颅内出血率
血管内治疗组	23	22(95.7)*	19(82.6)*	4(17.4)*	0(0.0)*	1(4.3)
标准内科治疗组	23	4(17.4)	6(26.1)	13(56.5)	4(17.4)	0(0.0)

注:与标准内科治疗组比较,* $P < 0.05$

讨 论

进行性脑卒中在不同文献上的定义有些许差异,多数文献是指急性缺血性脑卒中患者在发病 6 h ~ 2 周内经常规的临床治疗仍进行性加重的脑梗死^[5,6]。少数文献是指发病后 48 h 内神经功能缺损的症状逐渐或呈阶梯式加重的缺血性脑卒中^[7]。进展性脑卒中,尤其是颅内大动脉狭窄和/或闭塞所致的进展性脑卒中,常规药物治疗效果不佳。由于进展性脑卒中发病时间窗远远超过了静脉溶栓的时间窗,不具备静脉溶栓的指征。因此,可选择的治疗措施较少。近年来有尝试选择双重抗血小板聚集治疗进展性脑卒中,取得了一定效果^[8]。

2014 年 9 月继 MR-CLEAN 研究发表后,陆续又有多项有关急性缺血性脑卒中血管内治疗的阳性结果发表在新英格兰杂志上^[9-12]。不管是 MR-CLEAN 研究,还是随后的 ESCAPE 研究,大部分病例的选择均在发病 4.5 h 内。对于时间窗外,尤其是进展性脑卒中的患者是否可以选血管内治疗,没有进一步研究。本研究通过严格的筛选颅内大动脉狭窄和/或闭塞所致的进展性脑卒中的患者,分别采取血管内治疗及标准内科治疗。

本研究纳入的患者首次加重时间至干预时间 < 6 h;均采用 MRI-DWI 得到新发梗死核心小的患者, MRI-DWI-ASPECTS > 5 分,定义为小的梗死核心;借助 MRA 或 DSA 明确有无颅内大动脉闭塞/狭窄^[13]。

本研究发现血管内治疗组与标准内科治疗组基线情况无明显差异;但 90 d MRS ≤ 2 分或 MRS ≤ 3 分的病例,2 组之间存在显著性差异($P < 0.01$)。病死率两者存在显著性差异($P < 0.01$)。但症状性颅内动脉出血的发生率 2 组之间无显著性差异($P > 0.05$)。

本研究样本量太少,需要进一步扩大纳入的病

例数。部分病例并未完善 MRI-DWI,而是采取了头部 CT 的检查,根据 CT 的 ASPECTS 评分纳入病例。而头部 CT 较 MRI-DWI 而言,后者能更准确反应梗死核心的大小,通过采用 MRI-DWI 的 ASPECTS 评分可能会纳入更合适的病例,因此以后的研究中尽可能完善 MRI-DWI,借助 MRI-DWI-ASPECTS 可纳入更多合适的人群,同时借助核磁的 CEMRA + MRA 检查,可更快、更准确地了解病变血管情况,提高血管内治疗的准确率,更好改善临床预后。

参 考 文 献

- Gautier JC. Stroke-in-progression[J]. Stroke, 1985, 16(4):729-733.
- Gercy SP, Sahler K. Discrete progression of migraine-induced focal cerebral infarction [J]. Neurol Sci, 2013, 34(5):781.
- Gajin P, Raark D, Tanaskovic S, et al. Urgent carotid endarterectomy in patients with acute neurological ischemic events within six hours after symptoms onset[J]. Vascular, 2014, 22(3):167-173.
- Davalos A, Toni D, Iwein F, et al. Neurological deterioration in acute ischemic stroke: potential predictors and associated factors in the European cooperative acute stroke study (ECASS) [J]. Stroke, 30(12):2631-2636.
- Choi BI, Park D, Lee SH, et al. Neuro behaviour deficits correlate with the cerebral infarction volume of stroke animals: a comparative study on ischaemia-reperfusion and photothrombosis models [J]. Environ Toxicol Pharmacol, 2012, 33(1):60-69.
- 祖合热阿依·牙合甫, 王成凤. 进展性脑卒中的相关危险因素及诊治分析[J]. 中国实用医药, 2011, 21:79-80.
- 王占峰. 进展性缺血性脑卒中相关因素及治疗分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 21(14):62-63.
- 张德华. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗进展性脑卒中的疗效及其机制探讨[J]. 山东医药杂志, 2013, 53(8):51-53.
- Berkhemer OA, PS Fransen, D Beumer, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke [J]. N Engl J Med, 2015, 372(1):11-20.
- Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke [J]. N Engl J Med, 2015, 372(11):1019-1030.
- 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(24):2285-2295.
- Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection [J]. N Engl J Med, 2015, 372(11):1009-1018.
- Daniere F, Lobotesis K, Machi P, et al. Patient selection for stroke endovascular therapy--DWI-ASPECTS thresholds should vary among age groups: insights from the RECAST study [J]. AJNR, 2015, 36(1):32-39.

(2017-02-16 收稿 2017-11-02 修回)