

# 急性脑梗死支架取栓与抽吸取栓效果评价

靳振明

武安市第一人民医院 河北 武安 056300

**[摘要]**目的: 探究总结急性脑梗死患者接受支架取栓与抽吸取栓治疗的治疗方式及效果。方法: 选择2019年1月至2020年1月我院收治的急性脑梗死30例患者进行研究。结合患者所选治疗方式分为两组, 常规组应用支架取栓手术, 实验组应用抽吸取栓手术。对比两组患者的围术期相关指标、NIHSS、mRS评分以及血清氧化应激指标。结果: 结论: 抽吸取栓与支架取栓均可以有效治疗急性脑梗死患者, 但是相比之下抽吸取栓的手术时间以及操作相关并发症有一定优势, 值得推广。

**[关键词]**急性脑梗死; 支架取栓; 抽吸取栓; 临床效果

**【DOI】**10.12252/j.issn.2096-6261.2020.02.580

脑梗死属于临床中相对较常见的脑血管疾病, 也被称为缺血性脑卒中, 属于引发成年人残疾的重要疾病。脑梗死后患者的脑组织会呈现出持续性的缺血缺氧, 和人农易导致脑组织坏死病症, 从而导致神经功能损伤。有研究认为, 发病与血管再通时间越短, 此时患者的死亡率以及致残率也越低。临床中需要及时解决动脉闭塞、恢复脑组织供血, 对于挽救患者的生命、减轻神经功能损伤等多方面均有着显著的影响力。药物溶栓属于当前的主要治疗方式, 但是只能够应用在发病6小时以内的小血管闭塞患者, 所以带有一定的局限性。针对大血管闭塞的患者, 以往主要是针对介入取栓手术为主, 支架取栓属于较为常见的治疗方式, 其能够有效恢复患者的脑组织供血状况, 但是存在取栓时间较长、次数较多等问题, 同时也带有一定的局限性。导管抽吸取栓属于近些年的全新取栓技术方式, 其能够应用在相对单纯的支架取栓治疗方面, 可以有效的规避单纯支架取栓所导致的二次损伤, 可以有效缩短患者的取栓时间, 从而实现对患者神经功能的改善。对此, 为了进一步提高急性脑梗死患者的预后水平, 本文基于论著方式探讨不同干预措施应用于急性脑梗死患者的预后效果。具体研究如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2019年1月至2020年1月我院收治的急性脑梗死30例患者进行研究。结合患者所选治疗方式分为两组。实验组15例, 男女分别8例、7例, 年龄(53.61±3.60)岁; 常规组15例, 男女分别9例、6例, 年龄(54.57±3.90)岁。两组患者的一般资料无统计学差异,  $P>0.05$ 。

入选标准: 满足《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2019》的疾病诊断标准; 带有凝血功能障碍; 基于改良Rankin评分达到3分; CT/MRI检查被确诊为前循环动脉闭塞以及大脑中动脉M1/M2段闭塞; 发病到穿刺时间间隔在6小时以内。

排除标准: 存在出血风险; 带有颅内肿瘤病症; 存在心脏或肺脏等脏器损伤病症; 存在脑出血既往病史。

### 1.2 方法

常规组应用支架取栓手术。应用Cordis公司的8F导引管, 同时放置在颈动脉起始部位, 基于导丝辅助之下进行微导管超选并释放SolitaireFR支架。将支架收入微导管当中, 嵌住血栓之后等待5分钟, 回撤支架到微导丝当中, 并嵌住血栓之后等待5分钟, 回撤支架到微导丝当中, 在取出支架后再进行35至50ml的抽吸。基于造影观察患者的颅内血流灌注状况, 如果情况不佳则再次进行取栓。取栓的次数应当控制在3次以内。

实验组应用抽吸取栓手术, 在患者右侧股动脉位置采用8F动脉短鞘, 基于0.89mm的泥鳅导丝结合8F导引管实行同轴输送, 尽可能保障导引管放置在患者的颈内动脉C2段, 同时将颅内支撑导管放置在C1段。应用微导丝辅助Rebar18微导管穿透过大脑中动脉闭塞段, 同时针对栓子实行远近端的造影检查。将支架放置在栓子位置, 在血流基本恢复后通过支架的张力将颅内支撑导管输送至患者的M1段栓子的近端位置。在治疗过程中支架释放5分钟之后停止输送生理盐水, 同时取出支架与微导管, 并连接注射器和颅内支撑导管, 并实行导管抽吸处理, 提供造影检查。如果患者血流灌注情况不佳则再次进行取栓处理, 整个治疗期间取栓次数控制在3次以内。

### 1.3 观察指标

对比两组患者的围术期相关指标、NIHSS、mRS评分以及血清氧化应激指标。

NIHSS与mRS量表分别为神经功能缺损状况评估量表与神经功能恢复量表, 前者分数与神经功能缺损有正相关关系, 后者与神经功能恢复情况有负相关关系。

### 1.4 统计学方法

数据统计与分析采用SPSS22.0软件进行处理,  $P<0.05$ 证明两组对比数据带有统计学价值。

表1 再通时间与取栓次数指标对比

组别	例数	发病到再通时间 (min)	穿刺到再通时间 (min)	取栓次数 (次)
实验组	15	203.24±22.43	27.55±3.60	1.50±0.29
常规组	15	244.28±27.61	33.51±3.50	2.23±0.24
$\chi^2$	-	9.115	9.669	9.878
P值	-	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 不良应对比

组别	例数	NIHSS评分		mRS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	15	18.51±3.24	11.02±1.56	3.50±0.34	1.56±0.21
常规组	15	18.51±3.50	16.24±1.88	3.46±0.29	2.61±0.46
T值	-	1.605	9.271	0.989	10.241
P值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3 血清氧化应激指标对比

组别	例数	MDA (mmol/L)		SOD (U/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	15	7.51±1.03	3.00±0.36	812.34±88.91	1056.24±100.68
常规组	15	7.49±1.01	4.20±0.61	813.24±89.41	902.14±95.24
T值	-	1.989	10.211	2.200	7.511
P值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2. 结果

2.1 再通时间与取栓次数指标对比

实验组在再通时间与取栓次数均显著优于常规组，P<0.05。详情见表1。

2.2 NIHSS与mRS评分对比

实验组不良反应低于常规组，P<0.05，P<0.05。详情见表2。

2.3 血清氧化应激指标对比

实验组在术后的血清氧化应激指标均显著优于常规组，P<0.05。详情见表3。

3. 讨论

介入取栓与药物溶栓属于当前脑梗死的重要治疗方式，其主要是应用在前循环大动脉、大脑中动脉等不同类型血管闭塞的治疗方面，药物溶栓治疗效果有限，临床中往往应用介入取栓方式进行治疗。有研究认为，脑梗死发病后取栓治疗患者的血管腹痛质量影响因素比较多，其主要涉及血栓的大小、质地与血管直径、血管病变程度、路径迂曲程度、应用支架的性能，不同的取栓治疗技术存在一定的差异。支架取栓属于目前的常规治疗方式，但是单纯支架取栓的应用局限性比较多，例如支架结节比较长，取栓期间很容易对患者的血管壁形成负面影响，特别是对于已有粥样硬化的血管可能会导致血管夹层，同时拖拽期间血栓很容易脱离，此时会导致血栓的逃逸问题。另外，在患者血栓负荷比较大的情况下，一次性取栓成功率相对较低，此时需要应用多次取栓和偶多支架串联取栓方式进行治疗，这也会间接提升患者的血管损伤风险。基于单纯支架取栓相关问题，有研究认为可以借助导管抽吸取栓，从而弥补支架取栓的治疗缺陷，提升脑梗死患者的介入治疗效果。

导管抽吸取栓的抽吸导管头可以直接和患者的闭塞血管中血栓进行接触并进行抽吸，能够有效规避常规单纯支架取栓存在的相关血栓位移风险，能够有效规避对患者动脉血管壁的负面影响，可以有效预防血管损伤风险，可以促使导管抽吸的取栓成功率得到提升，从而规避多次取栓风险，能够

帮助患者更快的恢复血流灌注，缩短发病到再通的实践，从而降低血栓逃逸的风险。从临床经验来看，抽吸取栓治疗技术相对于支架取栓手术而言，有着更加精密且高效率的手术操作要求，同时有着更少的血管内操作步骤，手术效果也更加明显。大口径导管的应用，可以促使抽吸取栓手术有着更好的实用性，可以更好的展现抽吸治疗优势。另外，大口径导管提升了导管和栓子之间的接触面积，能够提供和更加显著的抽吸力量，同时也能够降低顺向血流对于栓子的冲击影响，从而提升取栓的成功率。

本研究结果显示，抽吸取栓与支架取栓均可以有效治疗急性脑梗死患者，但是相比之下抽吸取栓的手术时间以及操作相关并发症有一定优势，值得推广。研究结果证明相对于支架取栓而言，抽吸取栓治疗方式可用于急性脑梗死，对于患者的疾病症状改善作用显著，可以明显优化患者的预后水平，对于患者的生活质量有显著的改善效果，可以作为常规干预方案。

综上所述，抽吸取栓与支架取栓均可以有效治疗急性脑梗死患者，但是相比之下抽吸取栓的手术时间以及操作相关并发症有一定优势，值得推广。

参考文献

[1]倪福文, 李成颖, 陈水洪, 黄金波. SOFIAPLUS远端通路导管抽吸取栓与SOLITAIRE支架系统支架取栓在急性颅内大动脉闭塞中的应用[J]. 中国当代医药, 2019, 28 (21): 52-54+58.

[2]简能日, 周轩, 罗一纯, 高荣慧, 胡航佳, 胡发云. 直接抽吸取栓术与机械支架取栓术在急性颅内血管闭塞中的疗效对比[J]. 中国卒中杂志, 2019, 16 (06): 585-589.

[3]张育磊. 应用中间导管抽吸取栓术治疗急性缺血性脑梗死中的临床疗效研究[D]. 导师: 唐景峰. 桂林医学院, 2019.

[4]杜佳. 抽吸取栓术与支架取栓术对急性脑梗死患者血管再通及预后的对比研究[D]. 导师: 呼铁民. 承德医学院, 2019.