参考文献

- 1 黄桂平.帕金森病的临床研究及进展[J]. 医学综述, 2008, 14(13): 2023-2026.
- 2 张玲玲,池琦,胡国华. 帕金森病的神经保护药物治疗[J]. 中国老年学杂志, 2013,33(14):3545-3547.
- 3 Clarke CE, Patel S, Ives N, et a1. Should treatment for Parkinson's disease start immediately on diagnosis or delayed until functional disability develops[J]. Mov Disord, 2011, 26(7):1187-1193.
- 4 中华医学会神经病学分会运动障碍及帕金森病学组. 帕

金森病的诊断[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39(6): 408-409

- 5 朱莹莹,万赢,罗懿,等.影响上海地区帕金森病患者诊断时程及临床误诊率的相关因素分析[J].中华神经科杂志,2015,48(11):995-999.
- 6 邱模昌,方义湖,程畅河. 社区医师在帕金森病早期诊断中的作用[J]. 中国全科医学: 电子版,2014,17(27):3171-3174.

(收稿日期 2018-07-03) (本文编辑 蔡华波)

·经验交流•

中老年缺血性脑卒中患者颈部血管彩色多普勒超声检查的临床价值

-

钟海燕 牛淑珍 沈梅 盛燕红 吴晓峰

缺血性脑卒中发病率高,占脑卒中类型的60%~80%^[1],其起病快、病死率高、致残率高^[2]。缺血性脑卒中的发生与颈动脉狭窄密切相关^[3]。有研究显示颈部血管彩色多普勒超声检查对颈部血管狭窄和斑块诊断正确率高^[4]。因此,本次研究回顾性分析120例缺血性脑卒中患者的颈部血管彩超检查资料,旨在了解颈部血管彩超在缺血性脑卒中的临床价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016年1月至2017年10月绍兴市中心医院收治的120例缺血性脑卒中患者为观察组,其中男性63例、女性57例;年龄(66.82±5.65)岁;体重指数(24.52±9.14)kg/m²。纳入标准:②首次发病,诊断参考2014版中国急性缺血性脑卒中诊治指南^[5];②年龄>45岁;③头部CT和/或MRI确诊为新发脑梗死;④知情同意本次研究并签署同意书。排除标准:①真性红细胞增多症;②房颤;③大动脉炎

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.06.019 作者单位:312016 浙江绍兴,绍兴市中心医院超声科 和外伤;④服用调脂药物;⑤自身免疫性疾病、肝肾功能不全、原发感染性疾病、恶性肿瘤等;⑥出血性脑血管疾病。同时选择同期体检科接诊的60例健康人群为对照组,年龄>45岁;排除心脑血管疾病、精神疾病和认知障碍、重大疾病、遗传疾病和重要器官功能障碍者。其中男性32例、女性28例;年龄(64.25±6.92)岁;体重指数(23.55±8.55)kg/m²。两组基线资料比较,差异无统计学意义(P均>0.05)。

1.2 方法 采用iu22彩色超声诊断仪(由飞利浦公司生产),探头频率5~12 MHz。受检者取仰卧位,头偏向一侧,暴露检查部位。从锁骨上窝处沿着颈总动脉走向连续扫查,扫查范围为双侧颈总动脉、颈总动脉分叉处、颈内动脉、颈外动脉,分别测量颈内动脉内径、颈总动脉内径、颈动脉内膜-中膜厚度(intima media thickness,IMT),记录颈动脉斑块位置、大小。

1.3 判定标准 ①颈动脉狭窄分级:狭窄程度≤29% 为轻度狭窄;狭窄程度 30% ~ 69% 为中度狭窄;狭窄程度 70% ~ 99% 为重度狭窄;狭窄程度 100% 者为血

管闭塞⁶。②颈动脉斑块:凸出动脉管壁>0.5 mm的 突起;IMT>1.5 mm 或增加50%^[7]。③斑块积分:0分 为无斑块;1分为有1处厚度<2.0 mm斑块;2分为有2处厚度<2.0 mm 斑块,或者1处厚度>2.0 mm 斑块;3分为有2处斑块且其中1处厚度>2.0 mm;4分为 斑块数>2或2处斑块厚度均>2.0 mm^[8]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 进行数据分析。 计量资料以均数±标准差(\bar{x} ±s)表示,采用t检验;等 级资料采用U检验;计数资料用例(%)表示,采用 χ^2 检验;相关性分析采用 Spearman 相关分析。P< 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组颈动脉狭窄程度和血管狭窄率比较见表 1 表 1 两组颈动脉狭窄程度和狭窄率比较

组别	n	颈动脉血管狭窄程度/例					血管狭窄
		无	轻度	中度	重度	完全闭塞	率/例(%)
观察组	120	13	32	36	27	12	107(89.17)*
对照组	60	46	14	0	0	0	10(16.67)

注:*:与对照组比较,P<0.05。

由表1可见,两组颈动脉血管狭窄程度比较,差异有统计学意义(U=13.65,P<0.05),观察组血管狭窄率明显高于对照组,差异有统计学意义(χ^2 =8.56,P<0.05)。

2.2 两组颈部血管斑块检出情况、IMT、斑块积分比较见表2

表2 两组颈动脉斑块检出率、IMT、斑块积分比较

组别	n	颈部斑块 检出率/例(%)	IMT/mm	斑块积分/分
观察组	120	89(74.17)*	$1.86 \pm 0.49*$	2.69 ± 0.68 *
对照组	60	8(13.33)	0.72 ± 0.21	1.56 ± 0.32

注:*:与对照组比较,P<0.05。

由表 2 可见, 观察组颈部斑块检出率明显高于对照组, 差异有统计学意义 (χ^2 =13.26, P<0.05); IMT和斑块积分明显高于对照组, 差异有统计学意义(t分别=8.62、6.55, P均<0.05)。

2.3 不同颈部血管狭窄程度与斑块检出率、IMT、斑块积分的相关性见表3

由表3可见,不同颈部血管狭窄程度患者斑块 检出率、IMT、斑块积分比较,差异均有统计学意义 (χ^2 =11.26, F 分别=10.13、8.55, P 均 <0.05)。 经 Spearman 相关分析,颈动脉狭窄程度与IMT 及斑块 积分均呈正相关(r分别=0.68,0.63,P均<0.05)。

表3 不同颈部血管狭窄程度患者斑块检出率、

IMT、斑块积分的比较

组别	n	颈部斑块 检出率/例(%)	IMT/mm	斑块积分/分
 无狭窄	13	1(7.69)	0.86 ± 0.19	1.59 ± 0.68
轻度	32	27(84.37)	0.92 ± 0.21	1.96 ± 0.72
中度	36	31(86.11)	1.35 ± 0.36	2.13 ± 0.78
重度	27	27(100)	1.69 ± 0.71	2.48 ± 0.81
完全闭塞	12	12(100)	2.13 ± 0.85	2.67 ± 1.03

3 讨论

血管动脉粥样硬化是引起的血管病变导致脑血管狭窄、闭塞及血栓形成的主要原因,进而引起缺血缺氧性脑组织坏死。中、重度血管狭窄是引起缺血性脑卒中的独立危险因素,增加患者死亡风险^[9]。颈动脉斑块的形成是缺血性脑卒中患者病理基础,颈部血管狭窄程度及斑块厚度可直接影响脑血管血流灌注,并与缺血性脑卒中患者病情进展及预后具有密切的关系^[10]。相关报道显示约60%的缺血性脑卒中是由颈动脉狭窄所造成^[11],颈动脉狭窄的常见原因则是动脉粥样硬化,即颈动脉壁形成斑块,而大部分发生缺血性脑卒中颈动脉狭窄者中,其颈动脉斑块均为易于脱落及破损的斑块,当这些斑块增大或破裂时,就会造成颈动脉狭窄或栓塞,使远端灌注压下降,导致低灌注性脑梗死。

本研究缺血性脑卒中患者颈动脉血管狭窄发生率89.17%,颈部血管斑块检出率74.17%,明显高于对照组(P均<0.05),ITM较对照组明显增厚(P<0.05),斑块积分明显高于对照组(P<0.05),提示缺血性脑卒中患者颈部血管发生狭窄和斑块形成的几率较高。且本次研究通过Spearman相关分析显示颈动脉狭窄程度与IMT及斑块积分均呈正相关(P<0.05),提示通过超声指标IMT及斑块积分的测量能够对颈动脉狭窄程度进行有效的预测。因此对缺血性脑卒中患者进行颈部血管检查十分必要和重要。

综上,颈部血管彩色多普勒超声检查结果可作 为对缺血性脑卒中患者早期检查诊断的影像学依据,对缺血性脑卒中的早期预警具有重要意义。

参考文献

- 1 陈静,白宏英.早期进展性脑梗死治疗的临床观察[J].中 国实用神经疾病杂志,2016,18(10):261-262.
- 2 许琳,杜肖彦.急性脑梗死病人血浆同型半胱氨酸、超敏

- C 反应蛋白、D-二聚体、脂蛋白α水平的改变及临床意义[J].内蒙古医科大学学报,2017,39(3):232-235.
- 3 朱海云,耿道颖.64 层螺旋CT多参数扫描评价急性缺血性脑卒中的研究[J].实用放射学杂志,2011,27(1):17-20.
- 4 舒娜. 颈部血管彩色多普勒超声检查与缺血性脑卒中患者的相关性[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(1):110-111.
- 5 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[S].中华全科神经科杂志,2015,48(4):246-257.
- 6 郭莹,王鑫.颈部血管彩超联合DSA评估动脉粥样斑块与脑梗死关联性的临床研究[J].陕西医学杂志,2016,45 (12):1617-1618.
- 7 Touboul PJ, Henneriei MG, Meairs S, et al. Mannheim carotidintima-media thickness consensus (2004–2006) [J]. Cerebrovasc Dis, 2007, 23(1):75–80.

- 8 Zureik M, Bureau JM, Temmar M, et al. Echogenic carotid plaques are associated with aortic arterial stiffness in subjects with subclinical carotid atheroseclerosis[J]. Hypertension, 2003, 41(3):519-527.
- 9 Wang H, Liu J, Wang Q, et al. Descriptive study of possible link between cardioankle vascular index and homocysteine in vascular-related diseases[J].BMJ Open, 2013, 3(3):896-899.
- 10 Alsulaimani S,Gardener H,Elkind MS,et al. Elevated homocysteine and carotid plaque area and densitometry in the northern manhattan study[J].Stroke,2013,44(2);457–461.
- 11 初继栋,宋敏.头颈部 CTA 和颈部血管彩超在脑梗死患者颈动脉狭窄检测中的应用[J].山东医药,2011,51(15):66-69.

(收稿日期 2018-04-08) (本文编辑 蔡华波)

·经验交流•

圣愈汤联合早期康复治疗对缺血性脑卒中患者 神经功能和肢体功能的影响

李迪 楼喜强 陶勇军

缺血性脑卒中属于脑部血管供血障碍引发的脑血管疾病,具有发病率、致残率和致死率均较高,预后较差的特点中。中医主导在缺血性脑卒中药物治疗联用补益脏腑虚损的方药,提高治疗的效果。本次研究采用圣愈汤联合早期康复治疗缺血性脑卒中患者,探讨该治疗方式对缺血性脑卒中患者神经功能和肢体功能的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年3月到2017年3月丽水市中医院康复科收治的缺血性脑卒中患者130例为研究对象,其中男性69例、女性61例;年龄51~73岁,平均年龄(62.06±6.19)岁;均符合全国第四届

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.06.020 作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中医院康复科 脑血管疾病学术会议制订的缺血性脑卒中相关诊断标准,且经CT或者MRI确诊。剔除:①合并有心、肝、肾等重要脏器损伤,或结自身免疫疾病和恶性肿瘤等者;②合并有脑出血或者多次脑梗死者;③对本次研究药物过敏或者过敏体质者;④有精神疾病、妊娠期妇女;⑤临床资料不全者或者治疗依从性较差者。本次研究患者或其家属均知情同意且签订同意书。本次研究获得本院医学伦理委员会批准。依据信封法将入选患者分为观察组和对照组,各65例。观察组中男性34例、女性31例;平均年龄(62.34±6.21)岁;平均病程(6.47±0.64)月;平均梗死面积(4.23±0.97)cm²。对照组中男性35例、女性30例;平均年龄(61.78±6.18)岁;平均病程(6.51±0.65)月;平均梗死面积(4.21±0.95)cm²。两组间性别、年龄、