

进展性缺血性卒中危险因素的临床分析

王文忠 陈奕菲 高立强 李桂玉 王慎安 李佳艳

(北京市平谷区医院神经内科,北京市平谷区新平北路59号,101200)

关键词 进展性卒中;危险因素;相关性;分析

进展性缺血性卒中国内常指发病后48h内神经功能缺损症状逐渐或呈阶梯式加重的缺血性卒中^[1],它是多种原因、多种机制共同参与的复杂状态。其致死率和远期致残率较高,故提高认识,早期预测及干预,可提高患者的生活质量,减少致残、致死率,降低医患纠纷。我们就我院收治的缺血性卒中患者资料结果进行分析,以探讨进展性卒中的相关危险因素。

1 资料与方法

1.1 资料 我院神经内科2010年1月-2011年5月间入院的脑梗死患者360例,其中男215例,女145例。入选标准为:1)符合1995年全国第四届脑血管病学术会议脑梗死诊断标准。2)发病后24h内入院。排除标准:1)短暂性脑缺血发作患者。2)完全性卒中入院24h内死亡者。

1.2 一般方法 所有入院患者均进行MESSS评分^[2],收集患者的既往病史(吸烟、饮酒、糖尿病、高血压病、脑血管病病史)、体温、性别、年龄,入院后均完善下列检测:对患者进行OCSP分型、血压、脉压差、血糖(glu)、纤维蛋白原(fib)、C-反应蛋白(crp)、颈部血管彩超狭窄度(nec)、颈部血管彩超斑块(spot)、TCD、CT、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白。发病48h后再次进行MESSS评分,前后评分下降9分或以上表明进展^[3],并据此分为进展组及非进展组。

1.3 观察指标的赋值 计数资料中二分类资料赋值:是为1,否为0;颈部血管彩超狭窄度正常为0,狭窄<50%(轻度)为1,狭窄50%~69%(中度)为2,狭窄≥70%(重度)为3;CT结果中病灶在侧脑室旁为1,分水岭区为2,其他为3;OCSP分型完全前循环梗死(TACI)为1,部分前循环梗死(PACI)为2,后循环梗死(POCI)为3,腔隙性梗死(LACI)为4;TCD提示血管狭窄为1,无血管狭窄为0,计量资料以具体数值进行赋值。

1.4 统计学方法 所有数据均采用SPSS11.5软件进行统计分析,先进行各种危险因素的单因素分析,以 $\alpha=0.05$ 为排除标准,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式表示并进行独立样本 t 检验, $P<0.05$

为有统计学意义。将具有显著性意义的危险因素带入Binary Logistic进行回归分析,探讨进展性缺血性卒中的危险因素。

2 结果

2.1 进展性缺血性卒中危险因素的单因素分析结果

1)进展组与非进展组计数资料比较结果:进展组63例,非进展组297例,2组在脑血管病病史(bra)、糖尿病病史(dia)、颈部血管彩超狭窄度、CT梗死部位、OCSP分型(OCSP)、TCD均有统计学意义($P<0.05$),其中因颈部血管彩超狭窄比较最小期望值为0.18小于5,并且有3个格点的期望值小于5但 $P=0.002$ 具有统计学意义,故将中度和重度狭窄合并后与轻度及正常颈部血管彩超病例组比较,结果 $P=0.001$ 具有统计学意义。TCD结果显示:2组总体异常率比较 $P=0.016$ 具有统计学意义,其中进展组大脑中动脉(MCA)狭窄10例,椎基底动脉狭窄5例,余48例为TCD正常或仅有动脉硬化或伴有斑块形成,非进展提示MCA狭窄17例,椎基底动脉狭窄14例,大脑后动脉狭窄3例,大脑前动脉狭窄2例,其余261例为TCD正常或动脉硬化患者,2组间大脑中动脉狭窄比较 $P=0.005$ 具有统计学意义。2组间在吸烟史、饮酒史、高血压病史、颈部血管彩超斑块的有无、性别的比较中无统计学意义($P>0.05$,见表1,2)。2)进展组与非进展组计量资料比较结果:2组间血糖比较具有统计学意义 $P=0.033$,其余年龄、脉压差、体温、C-反应蛋白、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、纤维蛋白原比较均无统计学意义(见表3)。

2.2 进展性缺血性卒中危险因素的多因素 Logistic 回归分析 结果以 $\alpha=0.1$ 为排除标准有统计学意义的因素如下:bra、dia、nec、CT、glu、OCSP、TCD。最终得到Logistic方程:

$$P(1) = 1 / (1 + e^{-1.093 + 1.234BRA + 0.501DIA + 0.77NEC - 0.442CT + 0.059GLU - 0.249OCSP + 0.509TCD})$$

。其中梗死部位CT及OCSP分型回归系数为负,由于脑室旁=1,分水岭区=2,其他部位=3,可理解为发生在侧脑室及分水岭区的梗死更易发生进展,同理结合计量资料两两比较可理解为完全前循环梗死及后循环梗死更易发生进展,回归方程参数见(表4)。

表 1 进展性缺血性卒中危险因素计数资料单因素分析比较

组别	例数	性别 (男/女)	吸烟、 (男/女)	饮酒 (男/女)	高血压病 (男/女)	糖尿病 (男/女)	脑血管病 (男/女)	颈部血管斑块 (男/女)	TCD (男/女)	血压增高 (男/女)
进展组	63	37/26	24/39	23/40	39/24	20/43	40/23	29/34	15/48	44/19
非进展组	297	178/119	126/171	123/174	164/133	46/251	97/200	149/148	36/261	214/83
检验统计值(χ^2)	0.031	0.401	0.519	0.945	9.176	20.96	0.356	5.839	0.125	
P 值	0.86	0.527	0.471	0.331	0.002	0.000	0.551	0.016	0.723	

表 2 进展性缺血性卒中危险因素赋值计数资料分析

组别	例数	颈部血管彩超狭窄(正常/轻/中/重)	CT(脑室旁/分水岭/其他)	OCSP 分型(TACI/PACI/POCI/LACI)
进展组	63	46/11/0/6	10/16/37	14/24/11/14
非进展组	297	268/20/1/8	23/37/237	29/132/19/117
检验统计值(χ^2)	13.971	12.688	33.594	
P 值	0.001	0.002	0.000	

表 3 进展性缺血性卒中危险因素计量资料分析

组别	例数	年龄(岁)	脉压差 (mmHg)	体温 (℃)	c-反应蛋白 (mmol/L)	高密度脂蛋白 (mmol/L)	低密度脂蛋白 (mmol/L)	纤维蛋白原 (mmol/L)	血糖 (mmol/L)
进展组	63	64.0±11.4	58.1±13.7	36.3±0.2	3.0±3.4	1.2±0.3	2.8±1.1	284.0±55.7	6.6±2.0
非进展组	297	61.4±12.6	56.2±13.1	36.3±0.2	3.4±3.4	1.2±0.5	2.7±1.0	290.7±57.7	6.1±1.8
统计值(t)		1.498	1.02	0.596	0.88	0.146	0.623	0.86	2.144
P 值		0.135	0.308	0.552	0.38	0.884	0.534	0.391	0.033

表 4 缺血性进展性卒中危险因素 Logistic 模型参数

危险因素	回归系数	统计量值(Wald)	P 值	EXP(B)
dia	0.501	1.845	0.014	1.65
bra	1.234	16.245	0.000	3.435
TCD	0.509	1.699	0.042	1.664
CT	-0.442	4.455	0.035	0.642
glu	0.059	0.532	0.037	1.061
nec	0.77	8.515	0.004	2.16
OCSP	-0.249	2.772	0.006	0.78

3 讨论

进展性卒中(SIP)在脑梗死中的发生率较高,约占 20%~40%^[4],它与缺血性卒中的严重程度相关,使卒中的病死率增加 4 倍以上,为死亡的独立危险因素^[5],现已有多项关于 SIP 危险因素的研究,由于患者就诊时间,评估手段,检测指标,治疗标准等差异较大,故研究结果不尽一致。本文旨在对进展性缺血性卒中早期的相关危险因素进行研究,以便在基层医院 SIP 的早期预测,诊治中带来便利。

通过研究表明 1)SIP 与既往糖尿病病史、及入院时空腹血糖升高呈正相关,高血糖能够促进氧自由基产生和内皮屏障损伤^[6];增加无氧酵解产生加重脑水肿和酸中毒^[7];增加血管收缩,引起的血液流变学异常^[8](血液高凝、高黏和低纤溶等)。长期糖尿病患者可引起广泛的微血管损伤,加速动脉硬化,引起广泛的弥漫性血管狭窄,减少有效的侧支循环,故在缺血性卒

中时病情容易进展。2)有相关研究表明 CT 或 MRI 表现为侧脑室体旁、放射冠脑梗死或分水岭区脑梗死者, MRA 多有大血管狭窄和闭塞,尤其是大脑中动脉的起始部或主干狭窄^[9]。本文研究与此研究相符,且 OCSP 分型比较中,完全前循环梗死及后循环梗死与 SIP 呈正相关,进一步表明大血管完全闭塞或后循环梗死预后不佳,此外后循环梗死加重可能与吞咽困难、意识障碍引起营养不良、电解质紊乱加重脑细胞死亡,加重脑梗死相关^[10]。脑梗死继发的炎症反应、发热等可能与病情进展相互加重^[11],但通过研究尚未证明早期体温及 C-反应蛋白与 SIP 相关。3)本文比较了进展组与非进展组 FIB,未见其与 SIP 相关,这与杨前进^[12]等人的回归方程中无 FIB 相一致,但杨前进等人的研究及临床实践表明通过降纤治疗可改善卒中预后,故 FIB 可能不是 SIP 发病初期的危险因素,但可能在 SIP 中后期起病情加重作用,监测 FIB 变化可能对 SIP 有一定的预测作用,值得今后进一步研究阐明。4) TCD 提示大脑中动脉狭窄及颈部血管彩超提示中重度狭窄与 SIP 呈正相关,结合回归方程可见既往脑血管病病史者发生进展性卒中的可能性显著增加,这可能与狭窄或既往脑梗死后侧支循环建立不足或几乎无侧支循环、颅内血管发生盗血,当发生新发梗死后缺血半暗带区不能建立有效侧支循环使中心区坏死扩大,进而出现新的症状及体征。

名老中医郑伟达教授五十三方特效验方

郑东海 郑东梁 郑伟鸿 许鑫 董文杰整理

(北京伟达中医肿瘤医院,北京市朝阳区化工路官庄路100号,100023)

关键词 验方;名老中医;@ 郑伟达

1 齿痛验方

组方:细辛 2g,白芷 10g,石膏 30g,蜂房 10g,败酱草 15g,甘草 6g。功能:清热解毒,消肿止痛。方解:方中石膏大寒,能泻胃火清热;配细辛、白芷辛温药,细辛具有发散风寒、祛风止痛,白芷具有祛风解毒、消肿止痛作用;配以蜂房甘平,祛风攻毒,消肿止痛;败酱草辛苦微寒,清热解毒,消痈排脓;甘草甘平,泻火解毒,缓急定痛。6药合用,共奏清热解毒、消肿止痛之功。主治:牙痛。特别对风火牙痛疗效显著。一般服药2剂后痛减,4剂后症状消失。上方治疗牙痛患者98例,均获痊愈。用法:水煎服,每日1剂,分2次温服。

2 齿龈肿痛验方

组方:石斛 15g,沙参 15g,麦冬 10g,生地黄 10g,玉竹 15g,牛膝 10g。功能:滋阴益胃,降火消肿。方解:方中石斛、沙参甘微寒,滋阴,养胃生津、润肺止咳,麦冬甘微苦寒,清心润肺、养胃生津,生地黄甘苦寒,清热凉血、生津,玉竹甘平,滋阴润肺、养胃生津,牛膝苦酸平,活血祛瘀、导热下行,以降上炎之火。诸药合用,

共奏清胃滋阴之效。主治:齿龈肿痛。用法:水煎服,每日1剂,分2次温服。

3 痰饮头痛方

组方:茯苓 20g,白术 10g,桂枝 10g,甘草 6g,龙骨 30g,牡蛎 30g,牛膝 15g,川芎 10g,僵蚕 10g,地龙 10g。功能:温脾化饮,镇静解痉,通络止痛。方解:方中茯苓甘平,利水渗湿,健脾和中,宁心安神;白术苦甘温,补脾燥湿,利水;桂枝辛甘温,发汗解表,温通经脉,通阳化气;龙骨、牡蛎甘咸涩平,可重镇安神,平肝潜阳,收敛固涩;牛膝苦酸平,活血祛瘀;川芎辛温,活血行气,祛风止痛;僵蚕咸辛平,既能平息内风以解痉,又能祛除外风以散风热,且可化痰以散结;地龙咸寒,清热息风,通络;甘草泻火解毒,缓急定痛。诸药合用,共奏通络止痛、解痉、温脾化饮之功。主治:偏头痛,湿浊头痛。用法:水煎服,每日1剂,分2次温服。

4 风寒头痛方

组方:川芎 10g,荆芥 10g,防风 10g,细辛 3g,羌活 10g,白芷 10g,甘草 6g,桂枝 10g,茯苓 10g,白术 10g,薄荷 6g。功能:解毒散寒,止痛。方解:川芎辛温,活血行气,祛风止痛;荆芥、防风、细辛、羌活、白芷、桂枝

综上,通过对360例缺血性卒中临床资料的分析,我们对早期进展性卒中的病因及相关机制有了进一步的认识,我们应更加重视对卒中患者的血糖管理,重视对脑血管病患者的二级预防,重视患者的脑血管情况评估,通过此研究使我们在日常工作中能更好的对SIP进行早期预测,及时给予强化抗血小板、控制血脂稳定斑块、控制血压、血糖、口服脑心通胶囊增加脑血流量等干预措施,从而降低致残率、致死率,与患者及家属及时恰当沟通,减少医患纠纷。

参考文献

- [1]王维治,罗祖明.神经病学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2004:134-135.
- [2]胡万保,罗祖明,商慧芳.脑卒中4种评定量表的效度、信度及可操作性检验.中国临床康复,2002,6(11):2846-2847.
- [3]易兴阳,张顺开,潘继豹,等.低分子肝素对进展性缺血性卒中预防作用的探讨.临床神经病学杂志,2001,14:203-205.
- [4]Davalos A, Toni D, Iweins F, et al. Neurological deterioration in acute ischemic stroke: potential predictors and associated factors in the European

cooperative acute stroke study (ECASS) I. Stroke, 1999, 30: 2631-2636.

- [5]Davalos A, Cendra E, Teruel J, et al. Deteriorating, ischemic stroke risk factors and prognosis. Neurology, 1990, 40: 1865-1869.
- [6]McLeod DS, Lefter DJ, Merges C, et al. Enhanced expression of intracellular adhesion molecule-1 and P-selectin in the diabetic human retina and choroid. Am J Pathol, 1995, 147: 642-653.
- [7]Singleton JR, Smith AG, Russell JW, et al. Microvascular complications of impaired glucose tolerance. Diabetes, 2003, 52: 2867-2873.
- [8]黄海波,赵雪春.糖尿病性脑血管病发病机制研究的最新进展.内科, 2007, 2: 407-409.
- [9]贺维亚,黄晓哲,蒋健华.进展性卒中相关因素临床分析.中风与神经疾病杂志, 2004, 21: 461-462.
- [10]Teasell R, Foley N, Doherty T, et al. Clinical characteristics of patients with brainstem strokes admitted to a rehabilitation unit. Arch Phys Med Rehabil, 2002, 83: 1013-1016.
- [11]徐静红.进展性脑卒中与肺部感染的关系.中国煤炭工业医学杂志, 2002, 4: 519.
- [12]杨前进.椎-基底动脉系统脑梗死118例病情恶化危险因素分析.中国全科医学, 2009, 8: 1481-1483.

(2012-03-27 收稿)