

优于切口引流术组($P<0.05$),并且在并发症发生情况及复发情况方面也占有明显优势,与上述两种手术对比分析结论相同。对此,我们认为切开挂线手术治疗是一种引流方式,促使创口愈合,改善原发病灶感染,降低并发症发生率及复发率,可将此种手术方式作为肛周脓肿患者的首选治疗方法^[7]。

综上所述,切开挂线手术可有效改善患者的临床症状,大大降低术后肛痿形成率及复发率,帮助患者快速恢复健康,减轻患者的痛苦,减轻患者的经济负担,提升患者的生活质量,易被患者所接受,值得在临床实践中推广应用。

参 考 文 献

[1] 白东林,李沁.切开双挂线引流术治疗高位蹄型肛周脓肿 24 例临床观察[J].中国医师进修杂志,2012,35(21):80-81.

- [2] 刘鹏.切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿患者 110 例临床疗效分析[J].中国民康医学,2016,28(3):34-35.
- [3] 刘美景.切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿临床分析[J].吉林医学,2013,34(23):4677-4678.
- [4] 王军.切开引流挂线术与单纯切开引流术治疗肛周脓肿的临床疗效研究[J].中国卫生产业,2013(22):3-4.
- [5] 王湘涛.切开引流术与切开挂线术治疗肛周脓肿的临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2014(6):1383-1384.
- [6] 殷文明,季利江.改良二期切开挂线对口引流术治疗蹄铁型肛周脓肿临床分析(附 32 例报告)[J].结直肠肛门外科,2011,17(1):15-17.
- [7] 粟艳琴.切开引流加挂线术与切开引流术在肛周脓肿治疗中的疗效比较[J].当代医学,2015(4):73-74.

(收稿日期:2016-10-07)

(本文编辑:郭俊杰)

颈动脉粥样硬化评分与缺血性脑卒中的关系

代建成

【摘要】 目的 探究颈动脉粥样硬化与缺血性脑卒中的关系。**方法** 选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月期间就诊于本院的缺血性脑卒中患者 56 例作为实验组,选取同期就诊于本院的非脑卒中患者 56 例作为对照组。对两组患者使用 CT 或 MRI 进行缺血性脑卒中的确诊或排除,随后两组患者使用颈动脉超声检查以及颈动脉粥样硬化评分,分析该评分在诊断缺血性脑卒中的临床价值。**结果** 实验组与对照组患者颈动脉内、中膜厚度分别为 (0.955 ± 0.182) mm 和 (0.852 ± 0.144) mm,差异有统计学意义($P<0.05$)。颈动脉斑块参数中,与缺血性脑卒中相关的参数有斑块回声、斑块质地以及表面是否规则,而与斑块大小、斑块部位无相关性。实验组与对照组患者颈动脉粥样硬化评分有显著差异($P<0.01$)。**结论** 颈动脉粥样硬化评分是缺血性脑卒中诊断的客观指标,且准确性高,值得推广使用。

【关键词】 缺血性脑卒中; 诊断; 颈动脉粥样硬化评分

缺血性脑卒中是指由于脑的供血动脉(颈动脉和椎动脉)狭窄或闭塞、脑供血不足导致的脑组织坏死的总称。有四种类型的脑缺血:短暂性脑缺血发作(TIA),可逆性神经功能障碍(RIND),进展性脑卒中(SIE),完全性脑卒中(CS)。TIA 无脑梗死存在,而 RIND、SIE 和 CS 有不同程度的脑梗死存在。从缺血的影响范围可将脑缺血分为局限性脑缺血和弥漫性脑缺血。对于脑卒中的诊断临床上常见的有以下几种方法:(1)CT 及 MRI 扫描;(2)脑血管检查;(3)超声^[1]。现提出的颈动脉粥样硬化评分的方法主要是利用超声检测(包括彩色多普勒超声检查)颈动脉二维及彩色血流情况进行相关数据的测定,研究结果报道如下。

一、资料与方法

1.一般资料:实验组:选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月期间就诊于本院的缺血性脑卒中患者 56 例,其中男性患者 36 例,女性患者 20 例;年龄范围 44~75 岁,平均年龄 (59.36 ± 8.33) 岁。患者经过头颅 CT 或 MRI 证实符合全国第四届脑血管病学术会议修订的脑血管病诊断标准,同时排除出血性脑卒中、卵圆孔未闭及心房纤颤等心源性脑梗死、动脉炎、动脉夹层、血液系统疾病以及蛛网膜下腔出血继发脑卒中。

对照组:选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月期间就诊于本院的健康体检者 56 例,按照与实验组患者匹配的原理,其中男性患者 36 例,女性患者 20 例;年龄范围 44~75 岁,平均年龄 (58.99 ± 6.33) 岁。患者经过头颅 CT 或 MRI 排除缺血性脑卒中,同时排除巨细胞动脉炎、系统性红斑狼疮和多结节性动脉炎等病史以及长期服用他汀类药物史者。

两组研究对象的年龄分布、性别比例差异无统计学意义, ($P>0.05$),具有可比较性。

2.方法:对实验组与对照组的研究对象分别进行头颅核磁共振成像检测,随后进行颈动脉多普勒超声检测。采用彩色多普勒超声诊断仪,同时选取 3~5 MHz 凸阵探头及 9~12MHz 线阵探头联合检查。横切面测量双侧颈动脉 IMT,记录颈动脉每个斑块的大小、部位、质地、回声、斑块表面是否规则以及颈动脉狭窄程度、斑块的数量。

3.评价标准:颈动脉粥样硬化评分标准为:斑块回声评分为无斑块 0 分,低或无回声评分 1 分,强回声及中等回声为 2 分;质地评分为无斑块、质地均匀为 0 分,质地不均匀为 1 分;斑块表面是否规则评分为无斑块或有斑块但表面规则为 0 分,斑块表面不规则为 1 分;共计 4 分。

4.统计学处理:相关数据资料采用 SPSS 18.0 处理,计量资料的对比采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异

有统计学意义。

二、结果

1.颈动脉内、中膜厚度与斑块检出率:经过颈动脉超声检测,颈动脉内中膜厚度与斑块检出率结果见表 1。

表 1 两组颈动脉 IMT 及斑块检出率

组别	颈动脉 IMT(mm, $\bar{x}\pm s$)	斑块检出 $n(\%)$
实验组($n=56$)	0.955±0.182	54(96.43)
对照组($n=56$)	0.852±0.144	22(39.29)
t/χ^2 值	3.321	41.918
P	0.002	0.001

实验组与对照组动脉内中膜厚度分别为(0.955±0.182) mm 和(0.852±0.144) mm,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组斑块的检出例数分别为 54 例和 22 例,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.颈动脉粥样硬化评分:经过颈动脉超声检测,颈动脉粥样硬化评分的结果见表 2。颈动脉斑块参数中,与缺血性脑卒中中相关的参数有斑块回声、斑块质地以及表面是否规则,而与斑块大小、斑块部位无相关性。实验组斑块回声评分、颈动脉质地评分、颈动脉斑块表面是否规则评分及颈动脉粥样硬化评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

讨论 对于脑部的供血,人体解剖学研究显示主要是由椎动脉与颈动脉提供,但两者进入颅内后迅速分支,使脑底部侧支循环丰富。研究显示,脑部的动脉血管管壁结构中肌性结构发达,结缔组织较少,脑部血管与身体其他部位的血管相比较为脆弱^[2]。缺血性脑卒中又称脑梗死、脑卒中或中风等。研究显示造成脑卒中主要是由各种原因导致的脑组织部分的区域血液供应障碍,进而使得脑组织缺血缺氧坏死,最终导致对应的神经功能缺失,并且出现相应的临床表现。缺血性脑卒中又根据发病机制分为三类,分别是脑血栓形成、脑栓塞和腔隙性脑梗死,其中最常见的类型是脑梗死。病因主要包括血管壁本身的病变与血液成分改变两类,血管壁本身的改变是指由于血栓的形成、凝血因子释放对于血管壁的损伤,常见的形式是动脉血管硬化;血液成分改变是指凝血系统异常后,血液中的红细胞急剧增多,纤维蛋白原急剧增多,同时伴有血小板的增多,进而促进血栓的形成,甚至有些患者可有高水平的抗磷脂抗体、蛋白 C、蛋白 S 或抗血栓Ⅲ缺乏伴发的高凝状态等。这些因素也可以造成脑动脉内的栓塞事件发生或原位脑动脉血栓形成。该病的好发年龄为 60 岁左右的中、老年人,男性患者多于女性患者。临床研究显示脑卒中往往合并有动脉硬化、高血压、高脂血症或糖尿病等。脑卒中的临床症状往往没有特殊性,只有少部分的患者可能出现头昏、一

侧的肢体麻木、无力等短暂性脑缺血发作的表现。缺血性脑卒中中具有发病急的特点,临床资料显示多数患者发病是在休息或睡眠中,同时其临床症状在发病后数小时或 1~2 天达到高峰。脑卒中的诊断常有以下几种方法:(1) CT 及 MRI 扫描:发病初期头颅 CT 扫描的重要性在于排除脑出血,但在脑梗死的早期 CT 无异常发现,起病 24~28 小时后梗死区呈明显低密度改变,无占位效应。而 MRI 在发病后 4 小时即可诊断;(2) 脑血管检查:数字减影血管造影 DSA、CT 或 MR 血管成像可显示脑内大动脉的病变部位和性质,显示脑动脉狭窄、闭塞或扭曲部位和程度;(3) 超声:为无创伤性检查脑血流动力学改变的方法,根据血流的流速和方向,可判定脑血管有无狭窄和闭塞。

临床诊断的三种方法中,最为简洁方便的就是利用多普勒原理的超声检测检查。超声是目前检测颅外血管狭窄或闭塞、动脉粥样硬化斑块的首选诊断方法,具有无创口、检测栓子直径较小的临床优势。现针对这一方法进一步进行探究,提出颈动脉粥样硬化评分应用于缺血性脑卒中诊断^[3]。该研究测量双侧颈动脉 IMT,记录颈动脉每个斑块的大小、部位、质地、回声、斑块表面是否规则以及颈动脉狭窄程度、斑块的数量,随即进行颈动脉粥样硬化评分。本次研究结果显示,实验组与对照组动脉内中膜厚度分别为(0.955±0.182) mm 和(0.852±0.144) mm,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组斑块检出率分别为 96.43% 和 39.29%,差异有统计学意义($P<0.05$);颈动脉斑块参数中,与缺血性脑卒中中相关的参数有斑块回声、斑块质地以及表面是否规则,而与斑块大小、斑块部位无相关性。实验组患者斑块回声评分、颈动脉质地评分、颈动脉斑块表面是否规则评分、颈动脉粥样硬化评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

根据结果显示的颈动脉斑块参数中,与缺血性脑卒中中相关的参数有斑块回声、斑块质地以及表面是否规则,而与斑块大小、斑块部位无相关性。因此,临床上可以通过颈动脉粥样硬化评分判断其缺血性脑卒中的风险,且其判断准确性高于单独 IMT、斑块数量及颈动脉斑块评分的准确性,值得推广使用。

参 考 文 献

[1] 苏敏,王荔.基于 CISS 分型的大动脉粥样硬化性脑卒中和穿支动脉性脑卒中的超声学特点[J].中华医学会第十八次全国神经病学学术会议论文汇编(上),2015,9:792.
[2] 龙璐,王钟明,陈贞,等.急性缺血性脑卒中患者血浆 Lp-PLA2 水平与颈动脉硬化斑块稳定性及神经功能缺损程度的关系[J].检验医学,2013,10(24):10-11.
[3] 王嵋,赵辉林,曹烨,等.缺血性脑卒中患者颈动脉血管壁磁共振检查的临床意义[J].生物医学工程与临床,2013,1(25):37-38.

表 2 两组颈动脉粥样硬化评分的比较

组别	斑块回声评分	质地评分	斑块表面是否规则评分	颈动脉粥样硬化评分
对照组($n=56$)	1.22±0.36	0.56±0.22	0.53±0.38	1.52±1.02
实验组($n=56$)	1.65±0.52	0.75±0.43	0.78±0.42	2.92±1.19
t	5.088	2.944	3.303	6.684
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01