

## 微创穿刺治疗高血压性脑出血 112 例临床分析

张 蕾<sup>1)</sup>, 李素文<sup>2)</sup>, 杨树安<sup>1)</sup>

(1) 云南省交通中心医院外一科, 云南昆明 650041; 2) 昆明学院, 云南昆明 650214)

**[摘要]** **目的** 探讨微创穿刺治疗高血压性脑出血的疗效. **方法** 高血压性脑出血患者 112 例, 根据 CT 定位, 选择相应长度的 YL-1 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针置入血肿腔内, 抽吸引流血肿, 同时注入适量尿激酶反复冲洗引流. **结果** 112 例患者中 21 例死亡, 91 例存活者意识状态及肢体功能术后 1~5 d 内均有好转, 2 例呈植物状态. **结论** 微创穿刺术治疗高血压性脑出血 (血肿量 > 25 mL) 能提高临床治疗效果, 促进神经功能恢复, 提高患者日常生活能力, 且安全简便, 费用低廉, 损伤轻微.

**[关键词]** 高血压性脑出血; 微创穿刺术; 治疗

**[中图分类号]** R651.1+1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2013) 10-0132-03

## Clinical Analysis of 112 Cases of Hypertensive Intracerebral Hemorrhage with Microinvasive Puncture Therapy

ZHANG Lei<sup>1)</sup>, LI Su-wen<sup>2)</sup>, YANG Shu-an<sup>1)</sup>

(1) 1st Dept. of Surgery, Transportation Center Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650041; 2) Kunming College, Kunming Yunnan 650214, China)

**[Abstract]** **Objective** To evaluate the effect of microinvasive puncture in therapy of hypertensive intracerebral hemorrhage. **Methods** In 112 cases of hypertensive intracerebral hemorrhage, with CT orientation, the appropriate length of YL-1 type of intracranial hematoma puncture needle was penetrated into the hematoma. Washing, drainage and Urokinase were applied. **Results** 21 patients died, 91 patients' consciousness and physical function got better in 1-5 days, and 2 patients were in a vegetable state. **Conclusion** In therapy of hypertensive intracerebral hemorrhage, microinvasive puncture can improve efficiency of clinical treatment, recovery of nerve function and daily living of patients, with advantages of safety, convenience, cheaper costs and minimal trauma.

**[Key words]** Hypertensive intracerebral hemorrhage; Microinvasive puncture; Therapy

高血压性脑出血 (hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH) 是指由高血压引起的原发性非外伤性脑实质出血, 是临床常见的急危重症, 约占急性脑血管病的 20%~30%, 病死率为 42.2%~83.3%, 致残率 50%~85%。在 30 岁以上的成年人中, 发病率男性大于女性, 分别为 47/10 万、34/10 万, 发病年龄呈年轻化。病死率高的主要原因是急剧形成的颅内血肿产生占位效应直接破坏脑组织导致脑水肿甚至脑疝<sup>[1]</sup>。因此, 及时清除血肿, 降低颅内压, 解除血肿对正常脑组织的压迫, 成为抢救脑出血的有效方法之一。开颅手术禁忌

多、损伤重、费用高, 病死率 40%~60%, 而应用 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针治疗高血压性脑出血操作简便 (床旁即可完成)、创伤小、时间短、安全有效, 病死率 11%~30%<sup>[2]</sup>。自 1999 年以来, 笔者应用 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针对高血压脑出血患者进行微创穿刺治疗, 疗效满意, 报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

收集云南省交通中心医院 2008 年 6 月至 2013

**[作者简介]** 张蕾 (1977~), 女, 白族, 云南大理州人, 医学学士, 主治医师, 主要从事外科临床工作。

年 4 月住院的急性高血压性脑出血患者 112 例, 其中男 83 例, 女 29 例, 年龄 32~83 岁, 平均 57.5 岁, 60 岁以上 75 例。均有高血压病史, 临床表现均有颅高压症状, 起病后头痛 98 例, 呕吐 77 例, 癫痫发作 11 例。临床分级: 1 级 (意识清楚) 9 例, 2 级 (意识模糊) 12 例, 3 级 (浅昏迷) 61 例, 4 级 (昏迷) 19 例, 5 级 (深昏迷) 11 例。一侧瞳孔散大 28 例, 双侧瞳孔散大 8 例, 双侧瞳孔缩小 3 例, 去大脑强直 6 例。入院时体温  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  为 30 例, 血压  $\geq 200\text{ mmHg}$  ( $1\text{ mmHg} = 0.133\text{ Kpa}$ ) 为 16 例, 血压  $\geq 180\text{ mmHg}$  为 71 例, 血压  $< 180\text{ mmHg}$  为 33 例。基底节区外囊型 52 例, 基底节区内外囊混合型 31 例, 其中破入脑室 35 例, 丘脑出血 15 例, 脑室出血 4 例, 颞顶叶 10 例; 血肿量按多田公式计算最多 125 mL, 最少 25 mL, 平均 49 mL。发病 6~24 h 手术 94 例, 1~3 d 16 例,  $> 3\text{ d}$  2 例。

### 1.2 方法

根据头颅 CT 片定位, 选择血肿量最大的层面为测量穿刺层面, 根据比例尺测出距 OM 线的实际高度及血肿侧该层面血肿中心颅表面投影点距前正中线的实际周径, 在患者头颅表面划出与 OM 线平行的层面线, 交点即为穿刺点<sup>[6]</sup>。根据头皮与血肿中心点的距离选择合适长度的穿刺针, 避开头皮、颅骨、脑膜及脑皮层的主要血管、重要功能区及静脉窦, 发病后 6~24 h 完成手术。常规消毒并局部麻醉穿刺点后, YL-1 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针在电钻驱动下穿透头皮、颅骨、硬脑膜, 拔出钻头, 放入钝头针芯, 缓慢进入血肿腔, 接侧管并拔针芯, 可见酱油色或暗红色液体流出, 拧上密封盖, 侧管接 5 mL 注射器抽吸。首次抽吸血肿量应  $< 50\%$ , 适度降低颅压即可, 以防止局部压力骤然下降而出现脑疝等<sup>[4]</sup>。随后卸密封盖换入针形粉碎器, 以  $37^{\circ}\text{C}$  庆大霉素生理盐水 ( $160\text{ kIU/L}$ ) 遵循等量置换原则行血肿冲洗, 待冲洗液清亮后往血肿腔内注入尿激酶 2~4 万 U, 夹闭引流管, 2 h 后开放引流。冲洗 1~2 次/d, 复查头颅 CT, 清除量达总量的  $2/3\sim 3/4$  即可拔针, 一般 3~5 d 拔针, 原则上不超过 7 d。出血量较大的采用 2 针引流。血肿破入一侧脑室者只穿刺血肿, 血性脑脊液可从穿刺针流出; 破入双侧脑室且第三、第四脑室铸型者同时行对侧脑室穿刺引流<sup>[5]</sup>。术后尽量将血压控制在  $150\sim 160\text{ mmHg}/90\sim 100\text{ mmHg}$  范围内, 有颅内高压症状者应用脱水剂, 并予抗感染、营养神经、维持水电解质平衡、保护心、脑、肾功能及胃粘膜等综合治疗, 积极预防并发症, 病情允许下尽

早开始康复治疗<sup>[6]</sup>。

## 2 结果

本观察组 112 例患者, 死亡 21 例, 占 18.75%, 明显低于传统开颅手术 (40%~60%), 所有死亡者均系出血量  $> 80\text{ mL}$  伴破入脑室、血压  $> 195\text{ mmHg}$ 、昏迷程度较深、早期中线移位较明显者, 死于脑疝、再出血、肺部感染、呼吸衰竭。91 例存活者意识状态术后 1~5 d 内均有好转, 3 例呈植物状态, 未出现颅内感染病例, 住院时间平均 16 d; 血肿基本清除时间  $< 3\text{ d}$  19 例, 3~5 d 48 例, 5~7 d 20 例,  $> 7\text{ d}$  4 例; 肢体偏瘫好转情况, 12 h 内 22 例, 7 d 以内 17 例, 2 周以内 32 例, 3 周以上 20 例。

## 3 讨论

高血压性脑出血是脑血管病中病死率和致残率都很高的一种疾病, 严重危害人类健康, 多见于 50~60 岁的患者, 多发生于长期患有高血压动脉硬化症的中老年<sup>[7]</sup>。多数在出血 20~30 min 后形成血肿, 出血停止。血肿对周围脑组织形成压迫和进行性损伤, 导致继发性脑水肿, 甚至脑疝。脑水肿在出血后 8 h 逐步加重, 3 d 达高峰<sup>[8]</sup>。因此, 出血后 6~8 h 尽快清除颅内血肿、降低颅压、保护血肿周围脑组织, 是挽救生命、恢复神经功能的关键。出血 6 h 内的超早期手术, 易发生术中出血及术后再出血, 应权衡利弊, 但对于出现脑疝的患者, 应尽早手术治疗抢救生命<sup>[9]</sup>。传统内科治疗不能清除血肿, 主要依赖脱水剂缓解占位效应, 不能有效解除继发性脑水肿, 患者即使存活, 也多伴有严重后遗症, 病死率 46.7%~90%<sup>[10]</sup>。传统开颅手术可在直视下清除血肿及坏死脑组织, 止血可靠, 且去骨瓣减压能迅速解除脑组织的压迫, 达到减压的目的, 但需要全身麻醉, 时间长, 创伤大, 术后并发症多, 不适于高龄、危重及深部血肿患者, 其病死率为 40%~60%。应用 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针进行的微创颅内血肿清除术术前准备时间短、定位简单, 只需局部麻醉, 在床旁 30 min 即可完成, 创伤小, 特别是应用于深部及重要功能区血肿时, 其对周围脑组织的损伤更明显小于传统开颅手术; 应用生化酶 (如尿激酶) 血肿液化技术, 对血肿进行液化而非机械式

(下转第 138 页)