

钻孔穿刺引流术治疗高血压脑出血的临床应用研究

刘乐万, 李正富, 夏德怀, 姜勇
(昭通市第一人民医院神经外科, 云南 昭通 657000)

[关键词] 高血压脑出血; 治疗; 钻孔穿刺引流术; 患者
[中图分类号] R651.1+1 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 11-0155-02

高血压患者的脑出血发病率、致残率和病死率均较高^[1]。因此, 提高临床救治质量, 降低死亡率和致残率一直是临床重要研究课题。本文回顾总结分析昭通市第一人民医院神经外科 2008 年 8 月至 2013 年 8 月以来, 107 例高血压脑出血患者采用钻孔穿刺引流术治疗效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

高血压脑出血患者 107 例: 男性 69 例, 女性 38 例, 年龄 38~82 岁, 平均 58.3 岁。

1.2 临床表现

所有患者入院时均有不同程度的意识障碍及明确的神经功能障碍如偏瘫、失语等。GCS 评分 5~12 分, 平均 8.2 分。排除脑疝, 双侧瞳孔散大、去大脑强直及伴有严重的原发疾病或智力障碍者。

1.3 影像学表现

(1) 经 CT 扫描证实为自发颅内出血; (2) 初次 CT 扫描显示幕上血肿 > 30 mL, 鞍上池无明显闭塞。血肿多分布于基底节区 (87 例占 81.31%), 丘脑 13 例, 脑叶 7 例, 排除有明确证据显示出血是由于脑动脉瘤、动静脉畸形破裂、脑外伤或肿瘤卒中所致及幕下出血者。

1.4 手术方法

(1) 经 CT 扫描确诊后, 根据 CT 扫描情况, 多选择早期手术 (发病后 6~24 h), 以长轴入路、距离血肿较近的原则, 选择血肿最大层面, 血肿远端离头皮的距离为穿刺进入最大深度, 血肿近端离头皮的距离为穿刺的最小深度, 以及血肿的形状确定钻孔穿刺点、穿刺方向以及穿刺深度。用 2% 利多卡因局部浸润麻醉后作 3~5 cm 切口, 撑开头皮、颅骨钻孔、“+”字切开硬膜、取 12 号带针心硅胶引流管穿刺血肿, 穿刺过程中若脑皮质血管遮挡穿刺方向, 可用双极电凝镊轻柔分离血管并推

向一侧再行穿刺; (2) 穿刺成功, 见暗红色积血自引流管流出, 根据血肿距头皮的距离及血肿的径线确定引流管在血肿中的移动范围, 拔出针心, 用 10 mL 注射器缓慢、轻柔抽吸血肿, 抽吸出血肿量的 40%~60%。残余血肿留待术后次日“尿激酶溶解”后引流出。抽吸过程中保持用力轻柔, 避免强行快速抽吸, 抽吸过程中若阻力大或者有脑组织吸出应立即停止抽吸; (3) 术后次日复查头颅 CT, 根据 CT 提示决定自引流管内注入“尿激酶”的量及次数。一般予“尿激酶 2~5 万 U”溶解于生理盐水中自引流管注入并夹闭引流 2~4 h 后开放, 每日两次; (4) 根据头颅 CT 复查情况决定拔出引流管, 一般残余血肿量小于 10 mL, 大多在术后 4 d 内拔出引流管。

2 结果

所有病例按格拉斯哥愈后评分, 107 病例中恢复良好 54 例, 良好率 50.47%, 95%CI 为 40.63%~60.28%, 中残 35 例, 重残 13 例, 死亡 5 例, 病死率 4.67%, 95%CI 为 1.53%~10.57%, 无植物生存者, 好转率 83.18% (图 1)。本组生存病例中平均随访时间 12.2 月, 最长随访时间 24 个月, 随访期内死亡 3 例, 死于急性心肌梗死 1 例, 死于肺心病 2 例。

3 讨论

高血压脑出血的出血部位以基底节区多见, 其次为丘脑出血, 位置均较深, 出血量往往较大, 致死、致残率极高^[2]。常用的外科治疗方法有开颅血肿清除术、立体定向穿刺抽吸术、神经内镜辅助小骨窗开颅手术等, 不同手术方式旨在取得最大疗效的同时降低副损伤^[3,4]。

笔者采用的钻孔穿刺引流术治疗高血压脑出

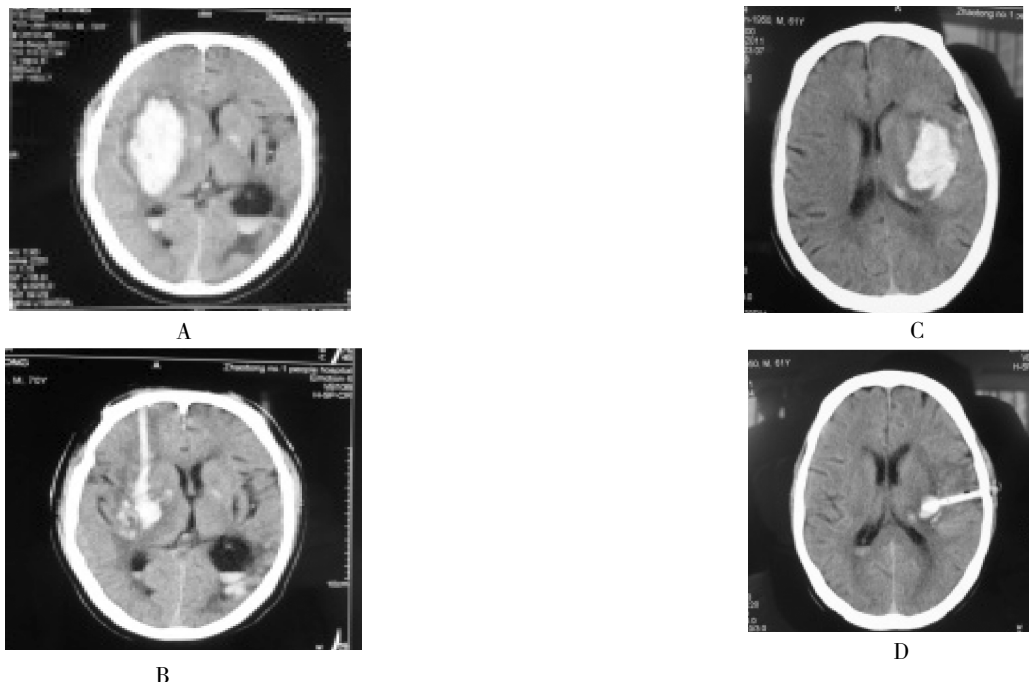


图 1 钻孔穿刺引流手术治疗高血压患者右侧基底节区脑出血

A:手术前; B:手术后; C:手术前; D:手术后。

血。此方法是在 CT 定性、定位诊断脑内血肿的基础上,多选择早期(发病后 6~24 h)手术,因此期血肿平均 CT 值 66~85 Hu 为液状血肿,其中部分含有小血凝块,且此期大多无活动出血,有利于行穿刺引流和抽吸血肿。

在穿刺过程中笔者采取长轴入路的方式,提高了对血肿的抽吸量,也便于手术后血肿的引流,穿刺中如果遇到脑皮质血管遮挡穿刺路径,用双极电凝镊轻柔分离血管并推向一侧再行穿刺,这样减少了穿刺引起新的出血。

在抽吸血肿过程中笔者主张轻柔、缓慢抽吸血肿,阻力大或者抽吸过程中有脑组织吸出立即停止抽吸,这样避免因抽吸而引起新的出血;同时抽吸血肿量控制在 40%~60%,明显减轻了血肿对脑的压迫损害,也不会因减压过快而引起术后再出血,术后积极平稳调节血压。残余血肿通过尿激酶溶解基本引流。

尿激酶可直接使纤维蛋白溶解酶原转变为纤维蛋白溶解酶,因而可溶解血栓,但对新鲜血栓效果较好^[5,6]。本文用国产尿激酶 10 万 U/支的溶解于 10 mL 生理盐水后,自引流管注入 2~5 万 U 于血肿腔,每日 2 次,闭管 2~4 h 后开放引流,这样既引流了血肿也保障了引流通畅。本文病例中尚未发现注入尿激酶后诱发出血的现象,应用尿激酶溶解血肿疗效可靠、安全、价格低廉。

通过总结分析,笔者认为应用钻孔穿刺引流治疗高血压脑出血有以下优点:(1)手术操作简单,无需特殊仪器辅助手术,在有 CT 的基层医院即可

开展;(2)术前准备时间短,在床旁即可手术,手术操作时间短,可迅速清除部分血肿,缓解对病灶周围脑组织的压迫;(3)穿刺所用硅胶引流管为盲端圆头管,穿刺过程中对脑组织及血管的损伤小,术后神经功能恢复快;(4)术后通过注入尿激酶引流血肿,操作简便。

综上所述,钻孔穿刺引流术能有效治疗高血压脑出血,显著降低患者的病死率,促进患者肢体功能恢复,适用那些出血部位深、出血量适中、无脑疝形成,一般状况差而不能耐受开颅手术的患者。钻孔穿刺引流术是一种创伤小,操作简单,适合基层医院开展治疗高血压脑出血的有效手术方式。

[参考文献]

- [1] 刘少录. 微创显微手术治疗高血压脑出血 200 例分析[J]. 中国当代医学, 2006, 5(13): 75-76.
- [2] 王忠诚主编. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科技出版社, 2006: 864-866.
- [3] 李放治, 范芳荣, 刘浦生. 微创清除术治疗高血压脑出血[J]. 中华神经医学杂志, 2003, 2(4): 289-290.
- [4] 赵宪林, 姜宏舟, 杜敬华, 等. 颅脑穿刺术治疗高血压脑出血术后再出血危险因素分析[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2011, 10(6): 537-539.
- [5] 毛小林. 高血压性脑出血血肿 CT 值测定与手术方式选择[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2009, 8(4): 358.
- [6] 陈新谦, 金有豫. 新编药理学[M]. 第 10 版. 北京:人民卫生出版社, 2000: 394.

(2014-08-14 收稿)