

# 微创血肿清除术及脑室外引流治疗高血压脑出血破入脑室 46 例

李文<sup>1</sup> 陆小平<sup>1</sup> 张丽梅<sup>2</sup>

(1 江西省新干县人民医院 新干 331300; 2 江西省新干县计生服务站 新干 331300)

**摘要:**目的:探讨高血压脑出血破入脑室微创颅内血肿清除术及脑室外引流的治疗效果。方法:选取高血压脑出血破入脑室病例 46 例,采用针钻一体的穿刺针微创穿刺至脑内血肿,碎吸、液化、引流清除血肿,辅以侧脑室穿刺外引流。结果:近期复查 CT 血肿清除率在 70%~100%;46 例中成活 42 例,死亡 4 例,总有效率为 91.3%;生存病例随诊 2~6 个月,按照 ADL 分级, I 级 9 例, II 级 16 例, III 级 12 例, IV 级 4 例, V 级 1 例,良好率 80.4%。结论:微创颅内血肿清除术及脑室外引流治疗高血压脑出血破入脑室方法简单、易行,疗效确切。

**关键词:**高血压;并发症;脑出血;破入脑室;微创;颅内血肿清除术;脑室引流

**中图分类号:**R 743.34

**文献标识码:**B

**文献编号:** 1671-4040(2006)01-0018-02

高血压脑出血并破入脑室病情严重,往往危及生命。我们于 2004 年 7 月至今对本病 46 例采用微创颅内血肿清除及脑室外引流术,取得了满意效果。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 脑出血诊断均符合第 4 次全国脑血管病制订的标准,均有高血压病史,行头颅 CT 检查证实脑出血并破入脑室。本组 46 例病例中,男 29 例,女 17 例;年龄 42~75 岁,平均(59±3.2)岁;病程 5~72h;血肿部位在内囊 21 例,外囊 15 例,皮质下出血 10 例;按多田氏公式计算,血肿量在 30~40mL 者 10 例,41~60mL 者 24 例,61~80mL 者 9 例,81mL 以上者 3 例;中线偏移 2~15mm;GCS 评分 13~15 分(轻度)7 例,9~12 分(中度)22 例,3~8 分(重度)17 例。

## 1.2 方法

**1.2.1 颅内血肿穿刺清除术** 局部剃发,采取局麻、基础加局麻或气管插管全麻,头部消毒铺巾,采用北京万特福公司生产的 YL-1 型一次性颅内血肿穿刺针,据 CT 片确定血肿最大层面的颅表定位,避开重要血管及功能区,以电钻将穿刺针送入血肿腔,退出针芯后,将侧孔接引流管,用注射器抽出血肿的液化部分后,插入针型血肿粉碎器,注入生理盐水 2~5mL,冲刷粉碎血肿,经侧孔引流管流出,可重复多次,再

注入血肿液化剂 2~3mL (内含盐水 2~3mL,尿激酶 2~4 万 U),夹管保留 4h 以上后开放引流。

**1.2.2 侧脑室穿刺外引流** 手术常规选择出血侧脑室额角穿刺,两侧则行双侧穿刺。穿刺成功后有血性脑脊液流出,置硅胶引流管,吸出部分碎小的黑色血凝块,用生理盐水反复冲洗至颜色变淡,注入尿激酶 5mL (2 万 U/5mL),关闭引流 2~3h 后再放开,低位引流后据残血量和脑脊液的引流量调整引流高度。以上微创引流 1~7d 左右,复查 CT 血肿消失后,拔除穿刺针及脑室外引流,治疗过程中注意保持血压稳定,防治并发症。

## 2 结果

本组病人中最短拔针 24h,最长 7d,经 CT 复查血肿清除率为 70%~100%。46 例中成活 42 例,死亡 4 例,总有效率为 91.3%。出院时据日常生活能力(ADL)分级(I~III 级为效果良好,IV~V 级为效果不佳),结果为 I 级 9 例,II 级 16 例,III 级 12 例,IV 级 4 例,V 级 1 例,良好率 80.4%。

## 3 讨论

高血压脑出血是中老年常见病,具有高发病率、高死亡率、高复发率等特点<sup>[1]</sup>,传统内科保守治疗效果不佳。严重的脑出血破入脑室后可引起颅内压增高及继发性脑损伤,而且

泌尿系感染的机会。

本组资料显示,常见的感染部位是下呼吸道,占 61.5%,可能是抗肿瘤治疗免疫抑制剂及化疗药物对呼吸道纤毛黏液系统的分泌物排除功能有一定程度的破坏所致。同时,肺癌患者呼吸道感染发生率更高,与肺部局部阻塞、肺不张等可能也有关系。60 例发生医院感染的病例中 35 例与死亡有关,其中直接致死的 19 例,占 31.7%;间接死于感染的 16 例,占 26.7%;说明感染是肺癌患者死亡的原因之一。和其他研究结果相同,感染可加速肺癌患者的死亡,增加患者的病死率<sup>[5]</sup>。

我们认为,在对肿瘤患者进行抗肿瘤治疗的同时,应该加强支持和免疫治疗,以提高患者抵抗感染的能力。本资料显示住院时间较长的患者医院感染发生率较高,可能的原因是发生医院感染后延长了住院时间,也可能是住院时间长而

增加了发生医院感染的危险性。因此,我们要加强医务人员预防医院感染的意识,严格执行消毒隔离措施,减少医院内交叉感染,提高医疗护理质量,加强对重危患者的护理,把住院患者的感染率降到最低。

### 参考文献

- [1] 孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001.512~815
- [2] 黄仙忠,廖如燕,徐义炳.12 所三甲医院感染监控状况调查[J].中华医院感染学杂志,1999,9(2): 89-91
- [3] 乔华,庞效芬,王萍,等.晚期肿瘤病人合并感染的易感因素分析及防治对策[J].现代康复,1998,2(12): 945~946
- [4] 邢玉斌,吕增春,朱士俊,等.医院感染现患率调查报告[J].中华医院感染学杂志,2000,10(4): 262~264
- [5] 黄彬,薛福英.64 例恶性肿瘤患者住院死亡病例医院感染情况分析[J].实用肿瘤杂志,1996,10(1): 46~48

(收稿日期: 2005-06-16)

# 静滴尼莫地平治疗血管性帕金森综合征疗效研究

薄宇清 刘惠萍 车振勇

(河南省新乡市中心医院 新乡 453000)

**摘要:**目的:探讨尼莫地平静滴治疗血管性帕金森综合征的疗效。方法:将观察的病例随机分成治疗组和对照组,治疗组采用尼莫地平注射液静滴;对照组应用曲克芦丁静滴,同时口服美多巴。对 2 组患者采用 Webster 分值进行疗效判断。结果:治疗组有效率为 93.3%,对照组有效率为 73.3%。结论:尼莫地平注射液治疗 VPS 优于一般扩血管药物。

**关键词:**血管性帕金森综合征;药物治疗;尼莫地平;临床观察

中图分类号:R 742.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)01-0019-02

Brissand 于 1884 年首先提出了 parkinson 综合征的概念。1929 年 Critchley 将血管因素或动脉硬化作为其病因之一,提出了血管性帕金森综合征(VPS)之诊断。近年来,随着影像学发展和尸解病例增多,VPS 已逐渐被人们所认识。现将我院近 3 年来 30 例采用尼莫地平治疗 VPS 的治疗总结如下:

## 1 资料与方法

**1.1 诊断依据** 参照 Tohogi 等的标准<sup>[1]</sup>:(1)多有高血压、动脉硬化、糖尿病或有脑卒中史;(2)临床表现除有肌张力强直性增高、非对称性肌强直、慌张步态、表情呆滞、痴呆等帕金森综合征症状和体征外,病人无静止性震颤出现,并经常伴有锥体束征,假性延髓麻痹;(3)发病年龄较帕金森征晚;(4)颅脑 MRI 可见皮质下白质或灰质血管性损害,占脑体积的 0.6%以上;(5)多巴胺替代治疗效果欠佳;(6)排除药物性及其他原因引起的帕金森综合征。

**1.2 一般资料** 本院所观察的病例采用随机分组的方法,治疗组 30 例,男 21 例,女 9 例,年龄 50~78 岁,平均 64.5 岁;对照组 15 例,男 9 例,女 6 例,平均 63.6 岁。病程从帕金森症患者多伴有潜在的心脏病、糖尿病等疾病,故死亡率极高。因此,及时早期明确诊断,清除脑内血肿,保持脑脊液循环畅通,减轻出血后一系列继发病理变化,打破危及生命的恶性循环,是降低死亡率的关键。

微创颅内血肿清除及侧室引流即能满足上述要求。应用微创血肿穿刺,抽吸引流,碎吸引流,溶血引流,辅以脑室穿刺引流出血性脑脊液,能够早期解除血肿压迫,改善局部脑循环,减轻脑缺氧和脑水肿,控制颅内高压及急性脑积水引起的病情恶化,避免脑疝形成,减少并发症。还能有效预防远期发生的慢性脑积水<sup>[2]</sup>。有研究表明,碎吸后血肿吸收比自然吸收快 10 倍<sup>[3]</sup>,微创术及外引流能明显缩短患者康复时间,减少费用;而且微创手术时间短,创伤轻微,密闭性好不易感染,减少了手术本身对病人的损害,有利于病人的康复,改善了病人的生存质量。本组 46 例复查 CT 示血肿清除率在 70%~100%,良好率为 80.4%,总有效率 91.3%,疗效较满意。总之,本疗法具有创伤小,术时短,简单安全,方便高效等特点,对老年患者、基础病多者尤为适用,是治疗高血压脑出血破入脑室较好的可行方法。

应用本法术中应注意定位,了解颅内外重要血管的走行,避开脑主要功能区 and 颅内主要血管,准确地穿刺到血肿

出现到确诊时间为 2 个月~6 年,平均 1.8 年。

**1.3 临床表现** 2 组病例均有高血压动脉硬化史,其中治疗组中 28 例经 CT 或 MRI 证实有腔隙性脑梗死。治疗组表情呆板,呈现假面具式 8 例;语言缓慢,发音含糊 10 例;流涎假性延髓麻痹 3 例;记忆障碍或智能障碍 15 例;运动减少,四肢肌强直,行走呈碎步,前冲步态 20 例;一侧或双侧上肢可见静止性震颤 12 例;病理反射阳性 5 例。采用 Webster 记分法进行病情严重程度评分,即将面部表情、姿势、坐位起立、震颤、书写困难、言语、步态、运动障碍、生活自理、肌强直正常 0 分,轻度不正常 1 分,中度不正常 2 分,重度不正常 3 分,把 10 项症状的分数相加,10 分以下为轻症病人,11~20 分为中等程度病人,21~23 分为重症病人。本治疗组 30 例中轻症 11 例(36.7%),中等程度 19 例(63.3%);对照组 15 例中轻症 6 例(40.0%),中等程度 9 例(60.0%)。

**1.4 治疗方法** 治疗组采用尼莫地平注射液 4mg,加入生理盐水 50mL 中静滴,每分钟 40 滴左右,14d 为 1 个疗程;对照组应用曲克芦丁 500mg 静滴,同时口服美多巴,14d 为 1 个疗程。

中心及附近。对于手术时机多偏向早期(7~24h),一般血肿量较大,中线移位明显,患者深昏迷或已出现脑疝急诊手术。如出血量较小,中线移位不明显,神志清楚者可先控制血压后再手术,效果会更满意。太早易并发出血,太迟则神经功能恢复较差。首次抽吸血肿量约 60%~70%,应注意勿使负压过大,防止血肿腔内压力下降太快而诱发再出血。残存血肿可以通过尿激酶溶解引流而排出。术后处理着重在控制血压,保持呼吸道通畅,营养支持,防治消化道溃疡与出血、高血糖、急性肾衰及多脏器衰竭、针道及颅内感染等<sup>[4]</sup>,可进一步降低病死率,提高病人的生存质量。

## 参考文献

- [1]李康增,郑明,巢毅,等.脑血管病[M].郑州:河南科学技术出版社,1997.2
- [2]Bae GH, Lee KS, Yun IG. Rapid expansion of hypertension hemorrhage[J]. Neurosurgery, 1992, 31(1): 35~41
- [3]杨炼红,邢诒刚,陈世群,等.经皮钻颅血肿抽吸法治疗脑出血的疗效研究[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1999, 25(4): 246
- [4]李康增,黄松登,杨俊华,等.急性出血性脑血管病致多器官功能衰竭[J]. 伤残医学杂志, 1995, 3(4): 14

(收稿日期:2005-10-07)