

颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血临床体会

陈华健

(广东省阳江市中医医院 阳江 529500)

摘要:目的:探讨颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血的临床效果。方法:经 CT 定位,对 60 例高血压脑出血患者应用 YL-1 型血肿粉碎穿刺针,置管引流血肿。结果:首次血肿清除率 35%~70%,总清除率为 90%。基本痊愈 9 例(15.0%),显著进步 19 例(31.7%),进步 28 例(46.7%),死亡 4 例(6.7%)。结论:颅内血肿微创清除术操作简便、损伤小、疗效高、费用低、并发症和后遗症少、病死率低,疗效可靠。

关键词:高血压性脑出血;颅内血肿;血肿微创清除术

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0066-03

高血压脑出血病死率、致残率较高,严重影响着病人的生命及生存质量,临床上迄今尚无特效疗法,是目前临床研究的重点课题之一。2002 年 6 月~2008 年 6 月,本院采用颅内血肿微创清除术治疗高血压脑出血 60 例,取得良好疗效。现报道如下:

芽,上皮增生,小导管扩张和大小囊肿形成以及间质结缔组织增生、胶原化和炎症细胞浸润等^[2],常形成可以触及的肿块,它是一组非炎症性、非肿瘤性疾病。临床上表现为乳腺单发性或多发性结节或境界不清的乳腺肿块,并且伴有与月经周期相关的疼痛。

由于乳腺结构不良病理上的复杂性和多样性,病理分类复杂。因病变主要累及乳腺终末导管单元,是乳腺囊肿、导管上皮增生、乳头状瘤、腺管型腺病和腺上皮细胞大汗腺增生五种病变的综合表现,致使超声图像表现各异。常规超声图像常表现为乳腺内部结构紊乱,回声增强、增粗,分布欠均匀,粗大点状或斑状、片状低回声区。囊性扩张时见大小不等无回声区,后壁回声稍增强;有的呈现致密增强回声,腺体增大增厚,并无囊性扩张现象。部分表现单个或多个纤维腺瘤样改变。彩色多普勒显示血供少或仅少数病例探及到较丰富的血流信号。

值得注意的是:本组有 3 例超声误诊为乳腺实性占位病变病例,其中 2 例病理诊断为乳腺增生部分导管上皮增生活跃,彩色多普勒于乳腺内低回声区边缘及内部探及较丰富的血流信号;1 例病理诊断为不典型增生,多普勒于病灶内探及动脉型和静脉型血流频谱。鉴别诊断应与乳腺癌和乳腺纤维腺瘤相鉴别。有资料报道,乳腺肿块检出血流信号可高达 91.4%^[3]。本组有 2 例乳腺增生症病例,超声检查漏诊,其原因:该病例超声表现可能为乳腺局限性异常回声,范围小,被检查者所忽视。该 2 例病例手术病理切片石蜡片所见为:脂肪组织中见少量乳腺导管及小叶,故病理诊断为乳腺腺病。本组 1 例病例超声误诊为乳腺腺体内脂肪结节,与病理结果对照回顾分析超声图像,两者声像图表现有不同之处,

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 60 例,男 37 例,女 23 例,年龄 45~80 岁。有高血压病史 52 例。意识状态(Glasgow 评分法):3~5 分 16 例,6~9 分 25 例,10~15 分 19 例。脑疝形成 2 例。出血部位:基底节区

乳腺增生症声像图上增生的纤维成分表现为小片状低回声区,回声较脂肪组织低,未见包膜;嵌入的脂肪组织多呈长条状或条块状,部分有包膜回声,其内回声多为等回声,稍模糊^[4]。

目前超声对乳腺增生的诊断尚无统一标准,我们通过对 59 例乳腺增生症的声像图表现与病理结果对照分析,对乳腺增生症的诊断有以下几点体会:(1)较明显的临床症状,如月经前期乳房胀痛,月经后症状缓解;(2)乳腺回声的异常改变,局限性或弥漫性回声增粗、粗强、不均匀;(3)乳腺内部异常回声的存在,包括囊性肿物、实性低回声结节及导管扩张;(4)乳腺内部实性低回声结节,应与真性肿瘤鉴别,观察结节球形感,如球形感不强,多切面扫查形态可变,增生结节可能性大;(5)乳腺内部小片状低回声区,应与嵌入腺体内的脂肪组织鉴别,脂肪组织多呈长条状或条块状,部分有包膜,多为等回声、稍模糊;(6)乳腺内形态不规则实性低回声结节,应与乳腺癌鉴别,注意观察腋窝有无肿大的淋巴结,肿块内有无血流及高阻频谱改变,从声像图上不能鉴别时,建议病理活检确诊。

总之,我们进行乳腺增生症声像图特征与病理对照分析是非常有意义的,可使乳腺增生病的诊断符合率得到进一步提高。

参考文献

[1]姜玉新,李建初.浅表器官及周围血管疾病图谱[M].南昌:江西科学技术出版社,2007.266
[2]董郡.病理学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1996.726
[3]陈曼,龚新环,王枫钊.82 例恶性乳腺肿块二维及彩色多普勒诊断价值的分析[J].中华超声医学杂志,1998,14(12):59-61
[4]杜伊林,李进.乳腺增生症声像图特征与病理类型对照研究[J].临床超声医学杂志,2007,9(11):658-660

(收稿日期:2008-10-14)

内囊 25 例,外囊 19 例,丘脑出血 5 例,脑叶出血 8 例,脑室内出血 3 例。血肿量根据 CT 以多田公式($\text{长} \times \text{宽} \times \text{层面} \times \pi / 6$) 计算,血肿量为 35~120 mL,平均 77.5 mL。

1.2 方法 60 例均在 3~72 h 内手术。根据 CT 片,选择出血量最多和接近颅骨最小距离的 CT 层面,避开大的血管、静脉窦等重要解剖部位,测出血肿中心到钻颅点的距离,选用合适长度的 YL-1 型血肿粉碎穿刺针。经 CT 定位,标记出头皮钻颅点,常规消毒局麻后,先用手电钻钻透颅骨,然后拔去钻芯,插入圆钝头针芯置入血肿边缘,帽盖密封顶口,从侧引流管中用注射器缓慢抽吸血肿量约 20%~30%,继续将穿刺针送入血肿中心区,再从顶口插入血肿粉碎器,用一定压力注入 3~5 mL 生理盐水,利用射流作用击碎胶冻状血凝块,经引流管流出,可重复多次,直至流出液为淡红色为止。最后注入 2~5 mL 含尿激酶 2~4 万单位的生理盐水,夹闭引流管,2~64h 后开放,将已液化的血凝块排出。本组中出血量 >50 mL 者 8 例,选择双针穿刺,先做低层面的穿刺,再做高层面的穿刺,出血破入脑室系统者行血肿穿刺 + 侧脑室引流。术后常规应用抗生素,及其他治疗如脱水、止血、降压、营养神经、降温和处理并发症等,大部分病例口服中药以及配合针灸治疗。

2 结果

血肿清除情况:首次血肿清除率 35%~70%,总清除率为 90%。术后 6~12h 意识状态(Glasgow 计分法)3~5 分 9 例,6~9 分 15 例,10~15 分 36 例。疗效评定标准依据全国第 4 届脑血管病学术会议通过的脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[4],基本痊愈 9 例(15.0%),显著进步 19 例(31.7%),进步 28 例(46.7%),死亡 4 例(6.7%)。死亡原因:重度肺部感染 2 例,脑疝 2 例。

3 讨论

高血压脑出血是中老年的常见病,病情危急,具有高发病率、高死亡率、高致残率等三大特点,一直是治疗的重点和难点。以往对本病的治疗除内科保守治疗外,外科手术需全身麻醉,创伤较大,危险大,术后并发症多,适应证局限。一些新的碎吸穿刺方法由于吸引不易掌握、工作盲区大、引流不可靠等因素,清除血肿效果不好。颅内血肿微创清除术使用的 YL-1 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针,采用针钻一体化设计,外径仅 3 mm,损伤小,方法简便,定位准确,局部麻醉,不开颅,手术时间短,对患者创伤极轻,比开颅手术、碎吸术、钻颅手术等创伤要小得多。特别是不需要复杂设备,易于开展,费用较低,病程

缩短,患者康复快,生存质量明显提高,是治疗颅内血肿的首选方法。

3.1 微创清除术治疗脑出血的原理 脑出血的原发性损害来源于血肿的占位效应,取决于血肿的大小和部位,其可导致局部微血管的受压、中线结构移位,并引起远处结构受压,甚至是脑疝,其中半数以上发生于 2d 内,早期实行微创清除术能解除血肿的占位效应。Wayner 等以 CT 引导的定位方向治疗深部脑出血,认为血肿减少 70%,即可达到治疗效果^[2]。

3.2 微创手术的指征 通常认为脑叶出血 >30 mL,基底节区出血 >20mL,小脑、丘脑出血 >10mL,脑室出血伴有梗阻、脑积水等即有手术指征,脑疝患者越早手术越佳。

3.3 手术时机及方法 一般认为高血压脑出血破裂出血的血管多在 6h 内停止出血^[3],血肿不再增大。脑出血 7~8h 后血肿周围脑组织开始发生水肿,使脑组织损伤进一步加重,血肿在液化吸收时对周围脑组织的毒性损伤也会造成水肿加重。因此,血肿清除越早,继发性损害就越小,功能恢复也会更好。本组手术时间为发病后的 3~72h。过早手术,因破裂血管闭塞不全,易发生再出血;太迟手术,血肿周围脑组织水肿或液化,影响功能恢复。手术前后一般不需要使用脱水剂,但对于血肿周围有水肿、明显颅内压升高者,应适量静脉输注甘露醇等。穿刺应于矢状平面垂直进行穿颅,这在实际操作中容易掌握方向。对于额部、枕部等处的血肿应注意调整最佳穿刺点与矢状面的角度,准确、稳定地将穿刺针置于血肿腔内,避免穿刺针上下移动,加重脑组织损伤。抽吸不顺利时,应试旋转穿刺针或将穿刺针退至血肿周边,一般都可将液态和半固态状血肿吸除。脑内穿刺针的拔除时机应根据引流情况而定,一般在血肿清除后 2~5d 即可拔除。

3.4 脱水剂的应用 治疗中注意合理应用甘露醇,术前尽量不用或少用甘露醇。一方面防止大量脱水后导致颅内压过低,发生穿刺部位正确但抽吸血肿困难或抽吸不出血肿的现象;另一方面因为在血肿周围组织脱水后,可使血肿 - 脑组织间压力梯度增大,从而促进血肿扩大,导致病情恶化。术后应根据血肿大小及抽出血肿量的多少决定甘露醇的用量。

3.5 血肿液化引流问题 血肿液化技术是本项技术的重要措施之一,注入液化剂使血凝块液化,以便血肿引流,达到清除血肿的目的。巨大血肿的占位效应和出血后血肿周围的水肿是产生颅内高压及脑疝的主要原因,因此加快血肿液化引流速度是避免脑干进一步损伤、挽救患者生命的关键。为了加快血肿

124 例血尿在光镜下红细胞形态观察的结果分析

曾卫军

(江西省吉安县中医院 吉安 343100)

摘要:目的:探讨光镜下血尿红细胞形态在血尿定位中的诊断作用。方法:采用 OLYMPUS 光学显微镜对血尿红细胞形态进行观察并计算均一形与非均一形红细胞及 G₁ 细胞所占的比例。结果:124 例血尿标本,56 例肾小球性血尿有 50 例为非均一形红细胞血尿,G₁ 细胞 >3% 有 51 例,5 例漏诊;68 例非肾小球性血尿有 4 例尿路感染者为非均一形红细胞血尿,G₁ 细胞 <3%。结论:光镜下血尿红细胞的形态观察对诊断肾小球性血尿具有临床意义。该方法简单,无需特殊设备,适宜在基层医院推广和使用。

关键词:均一形红细胞;非均一形红细胞;血尿定位;光镜

中图分类号:R 446.121 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2009)01-0068-02

血尿是泌尿系统常见的临床表现,血尿提示尿路可能有严重疾患。即使是轻微、间隙或无症状,亦应予以足够的重视,详细地进行病因检查,以免延误诊断和治疗。根据血尿来源可分为肾小球性血尿和非肾小球性血尿,要确定来源,目前临床上除肾活检确诊外,尿沉渣红细胞形态观察(位相显微镜下)也是鉴别肾性和非肾性血尿十分有效的辅助方法。由于肾活检需要较高的专业技术水平和具有创伤性,而位相显微镜价格昂贵,均不适宜在基层医院开展。为探讨光镜下红细胞形态观察及平均红细胞体积测

定在血尿中的诊断价值,本文收集 2008 年 3~9 月我院肾小球肾炎与非肾小球病变患者的血尿标本进行检测,详细观察并记录。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 标本来源 共检肾科及门诊各科病人血尿标本 124 份,男 68 例,女 56 例,年龄 3~64 岁,平均 27 岁。其中 56 例经确诊为肾小球性疾病,68 例经各项辅助检查如 B 超、腹部平片、细菌培养等确诊为尿路感染、肾结核、肾结石。

1.2 仪器 OLYMPUS CX-20 型显微镜。

清除速度,可采用以下措施:(1)可多针多点穿刺,扩大工作面;(2)可适量增加每天冲洗和注入液化剂的次数,加快血块溶解、引流的频率;(3)在引流过程中应严密观察,当发现引流不畅时,应及时排除引流不畅的因素,如引流管阻塞、穿刺针位置变动等。

3.6 预防术中、术后再出血 再出血与下列因素有关:(1)脑出血本身处于急性进展期,微创手术只能清除血肿,并无止血作用。(2)高血压脑出血一般在出血后形成血肿,并通过颅内压增高迫使出血自行停止。由于手术清除血肿使颅内压降低,尤其是降低了血肿腔压力,可使闭塞的血管发生再出血。为减少在超早期手术中出现继续出血的问题,我们对发病 6h 内的患者只缓慢抽出血肿腔内 1/2~2/3 的血量;如有鲜红色血液流出,则停止抽吸,采用冰盐水+肾上腺素等量置换冲洗。(3)手术操作本身可造成血管损伤,引起再出血。因此操作者手术时要轻柔,定位准确,避开重要血管走行区。同时,一定要注意保持患者血压稳定,情绪稳定,对烦躁不安者用镇静剂控制躁动,排除尿潴留、便秘等因素。

3.7 口服中药以及针灸治疗 脑出血的发病是在原有高血压病和脑血管病变基础上,血压进一步骤升所致,属中医学“中风”范畴。中医学认为其病因复杂,常因多种内外因兼夹致病。多见于肝肾阴虚,阴不制阳,阳亢风动,热极生风;血虚液燥亦可生风,内风旋动,气火俱浮,迫血上涌而发为中风。治疗应

滋阴潜阳,平肝熄风。采用方剂:白芍、玄参、天冬、龙骨、牡蛎、龟板各 15g,牛膝 30g,胆南星 6g。头痛较重者加水牛角、石决明;神昏者加郁金;热甚加黄芩、栀子;便秘加大黄、芒硝;抽搐加地龙、僵蚕。水煎取汁 250 mL,每日分 2 次服完。方中白芍、玄参、天冬滋养阴液,柔肝熄风;龙骨、牡蛎、龟板镇肝潜阳,降逆平冲;重用牛膝引血下行。诸药合用,阴血得补,内风平熄。针灸取穴:自百会至太阳穴区,分段沿皮刺入 4 针,捻转间断针刺,快速不捻转出针。每天针刺 1 次,30d 为 1 个疗程。大量研究结果证实,头穴透刺治疗偏瘫,不同于一经一穴的针刺治疗,而是一针跨多经多穴,起到通调经络脑穴之间联系的作用,发挥最佳疗效,尤其是即刻效应和促进康复的速度更为突出^[4]。大部分病例采用中西医结合治疗,弥补了单一治疗方法中的不足,有效地降低了致残率,提高了生活质量,缩短了病程,值得进一步研究。

参考文献

[1] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准 (1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6): 381-383

[2]Wayner KR,Hua y.Ultra-early clot aspiration after lysis with tissue plasminogen activator in a porcine model of intracerebral hemorrhage:edma reduction and blood-brain barrier protection[J].J Neurosurg,1999,90:491-498

[3]刘景兰,孙成表.影响脑出血继续出血因素的临床研究[J].临床荟萃,2001,16(21): 975-976

[4]罗和平,高夫生,刘小琴.颅内血肿微创清除技术治疗脑出血的临床体会[J].医学创新研究,2007,4(9): 42-43

(收稿日期: 2008-09-04)