

软通道微创治疗高血压脑出血 62 例临床分析 *

廖颂明 沈伟俊 江焕新

(广东省广州市白云区人民医院 广州 510600)

摘要:目的:探讨微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血的疗效。方法:应用软通道技术治疗高血压脑出血患者 62 例。结果:本组良好 41 例,不良 16 例,死亡 5 例,其中包括 2 例再出血、1 例肾衰竭及 2 例肺部感染。结论:微创法治疗高血压脑出血,技术操作方便,创伤小,恢复快,具有良好的临床效果。

关键词:高血压;微创颅内血肿清除术;并发症

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.010

高血压脑出血在死亡率和致残率上均有很高的比率,一般为中老年人多见,因其病情变化比较危重^[1]。目前我国对本病的治疗方法有很多,既可进行保守治疗,又可使用手术治疗。临床上常用的手术方式有传统的骨瓣或骨窗开颅血肿清除术、锥颅碎吸以及小骨开窗开颅血肿清除术。但是一般的手术治疗并发症较多、风险大且创伤重,而且病情需符合足够的手术指征。故在医疗技术进步的同时,人们开始研究创伤小、疗效佳的治疗方式。2007 年 2 月~2009 年 6 月我院采用软通道引流技术对高血压脑出血患者进行治疗,其中有 62 例患者参与本次研究,取得满意的疗效。报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取的 62 例患者均确诊为自发性脑出血且经头颅 CT 检查证实。其中男性 39 例,女性 23 例;年龄 38~80 岁,平均(60±3)岁;平均出血量 25~60 mL,其中 18 例血肿破入脑室系统。入院后检查具有高血压史 53 例,血压为 17~32/12~18 kPa,平均 25/16 kPa。发病后 1 h~3 d 来我院进行诊治。临床症状:处于意识清楚阶段 15 例,已经产生嗜睡情况 23 例,先昏迷 19 例,中度昏迷伴有脑疝 2 例,中度昏迷但不伴有脑疝 3 例。出血位置:基底节区 35 例,丘脑 8 例,小脑 2 例,顶叶 3 例,颞叶 12 例,枕叶 2 例。发病至手术时间:<6 h 13 例,6~48 h 37 例,>48 h 12 例。

1.2 手术方法 依据 CT 片确定血肿中心的颅表位置。使用山东威海村松颅脑外引流装置,以出血量最多和接近颅骨最小距离的 CT 层面,做好横纵座标,标示出头皮穿刺点,并注意避开重要血管和神经功能区,计算出钻颅点至血肿中心偏下的长度,并应用恰当的引流管和穿刺针,进行正常的消毒麻醉后,使用颅锥刺入头骨,必须以垂直的角度。当颅锥突破硬脑膜时,更换带针芯引流管插入颅内血肿中下 1/3 处,拔出针芯时可见陈旧性血液溢出,缓慢抽吸约血肿量 1/3~1/2 即可,切忌用力抽吸

或试图抽尽所有血肿,防止引起继发性出血,达到降低颅内压目的即可。注入 3~5 mL 冰冻生理盐水,利于止血。然后于血肿腔内注入尿激酶 1~3 万 U 液化血肿,接引流袋,保留 2~4 h 后放开引流。期间可做头颅 CT 跟踪,根据血肿引流情况调节引流管位置和尿激酶用量。本组持续引流 3~7 d,尿激酶使用 2~6 次,拔管时需用 CT 确认血肿的消失程度。

2 结果

经 CT 检查,研究对象血肿清除率在术后 24 h 时为 34.6~73.2%,术后 3 d 转变为 72.5%,剩余病例则在术后 14~21 d 完全消失。术后及出院随访 6~9 个月,本组完全恢复及生活能自理者(良好)41 例,保留意识但卧床不起及植物状态(不良)16 例,死亡 5 例,死亡率达 8.1%,其中包括再出血 2 例、肾衰竭 1 例以及肺部感染 1 例。

3 讨论

高血压脑病的死亡率极高,经传统的保守治疗死亡率高达 50~60%^[2],而开颅手术则因麻醉过程复杂,手术时间损耗大,创伤重,有效率较低^[3]。面对这种病情变化急骤、死亡率高的病症,医疗卫生处开始寻找新的有效的治疗方式。微创颅内血肿清除术是近年来发展的新兴治疗方式,具有操作简便,创伤小,安全性高、费用低、并发症少等优点。此种治疗方法提高了血肿清除率,使病死率和致残率明显下降^[3],适用于各个年龄组的高血压脑出血患者。

3.1 手术适应症及手术时机 微创血肿清除可治疗除桥脑、延髓部位以外浅部以及深部的血肿,适应的疾病范围比较宽泛,禁忌证不多。如果颅内血肿量在 30 mL 以内,有明显的体征,或是超出了 30 mL 而血肿牵扯相应的功能障碍,位于重要的功能区,幕下或丘脑 >10 mL、脑室内出血均可采用微创颅脑血肿清除术治疗。对血肿巨大且已出现脑疝的危重病人,微创血肿清除也可作为传统手术前的急救措施,增加开颅手术额外的时间。诸多研究显示,血肿一般在脑出血半小时内形成,并且可以自行停止,6 h

* 广州市白云区科技计划项目(项目编号 2011-KZ-14)

中医辨证论治在上消化道出血中的临床应用

金智利

(贵州省务川仡佬族苗族自治县中医院 遵义 564300)

摘要:目的:探讨中医辨证论治在上消化道出血中的临床应用价值。方法:对我院内科 108 例上消化道出血患者临床资料进行回顾性分析,辨证分型,总结治疗措施,观察其临床疗效。结果:成功止血 99 例(91.67%),因出血过多转外科或上级医疗机构及死亡 9 例(8.33%);胃火炽盛型、肝火犯胃型、气不摄血型、脾胃虚寒型、瘀血内滞型、湿热淤结型患者的总有效率分别为 90.32%、95.00%、86.67%、91.30%、90.00%、100%。结论:中医治疗上消化道出血疗效显著、副作用小、价格低,值得临床推广应用。

关键词:中医;辨证论治;上消化道出血

中图分类号:R 573.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.011

上消化道出血是内科常见急症,中医认为其属于“吐血”、“便血”范畴。基于辨证论治基本原则的中医学对该病的治疗积累了丰富的经验,临床疗效显著,且治疗具有一定的优势和特色^[1]。中医认为该

病多由饮酒、暴饮暴食、食辛辣等不良饮食习惯导致,病位涉及脾、胃、肝、胆等多个脏器,中医不同证型治疗存在差异^[2]。作者通过对上消化道出血患者进行辨证分型,然后采取相应治疗措施,疗效满意。

后病情开始变化,逐渐产生较为严重的血肿周围水肿,如果脑组织的损伤程度与受压时间有关,时间越长损伤越严重,且具有不可逆性,所以 7~12 h 是出血后清除血肿的最佳时机,当颅内压降低,周围组织摆脱了血肿的压迫,病理过程被中断,死亡率和致残率将大大地降低,脑功能可尽早恢复^[3]。

3.2 手术注意事项 (1)穿刺点的确定。根据 CT 片,明确出血位置、出血量、形态(肾形、球形、百爪形等),确定一个立体概念,以便更精准地确定穿刺点。依据血肿的位置形态,主要选择从前额、颞部、枕下穿刺。额叶和基底节长形血肿在前额穿刺,颞叶及基底节不规则血肿可在颞部穿刺,小脑血肿选择枕下穿刺。为不损伤重要血管和功能区,有些血肿选择切开头皮钻骨孔直视下穿刺。颅内血肿置管位置最好在血肿中心靠下,这样有利于较彻底引流血肿,也方便调整引流管位置。(2)置管抽吸血肿后常规用冰盐水注入,注意是否有活动性出血。尿激酶注入时要严格无菌操作防止颅内感染^[4]。(3)手术后处理。根据复查头 CT 情况,逐次使用尿激酶溶解液化血肿,引流管的调整要依据血肿的减少情况来进行,并且放置时间尽量短,以免导致颅内的感染。复查 CT 显示血肿仅有 20%以下的范围,患者的意识开始出现清醒时,可以考虑引流管的拔出。通常情况下,一周后即可拔出,但需要注意的是,要严加观察患者的情况,预防出现以下各类情况:(1)颅内再出血。当血压持续性升高时,再出血可以在不同时间出现,主要原因为术中吸除血肿太快太多,或者患者原有非高血压性血管病变。例如本组中 1 例患者穿刺后引起再出血,及时做开颅血肿清除,病理报告为海绵状血管瘤。后期再出血主要为血压得

不到有效控制,因此术后应用降压药物及镇静剂有效控制血压尤为关键。(2)颅内感染。原因有手术及药物注入时没有严格遵守无菌操作,手术伤口感染及血液逆流回引流管产生。所以保持引流管干燥并及时更换,及时给伤口换药,预防性进行消炎处理等措施可有效阻止伤口感染,出现脑脊液漏。(3)肺部感染。意识障碍者、高龄患者最容易发生,故需加强翻身吸痰,必要时及早作气管切开。(4)消化道出血。多发生在小脑出血和深部出血(包括脑室)患者。术后使用泮托拉唑可很大程度减少其发生率。一旦出现,应立即禁食,并应用洛赛克及胃黏膜保护药物。(5)水电解质平衡紊乱:主要原因为摄入不足和排出过多引起,过多使用脱水和利尿药物也是其发生的原因。所有术后要定期复查生化,电解质有异常时及时给以纠正,适当使用脱水利尿药物^[6]。经统计,本次研究 5 例死亡患者的中因肾衰竭 1 例,肺部感染 1 例,再出血 2 例。

综上所述,微创颅内血肿清除术在治疗方面具有很好的疗效,不仅可以提高治愈率,改变生活质量,还具有快速安全、微创低廉等优点,值得临床推广。

参考文献

[1]王红兵,刘秀梅,路芳振,等.微创颅内血肿清除术治疗 27 例高血压性脑出血[J].中华现代外科学杂志,2005,2(24):2 295-2 296
[2]宋来高,孔月春,李邦民,等.微创治疗高血压脑出血 68 例临床分析[J].社区医学杂志,2005,3(8):68-69
[3]彭小祥,胡小红,葛林通,等.微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床研究[J].实用医学杂志,2006,22(20):2 376-2 378
[4]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社.1998.686-689
[5]李小进,王孟.微创治疗高血压脑出血 145 例临床分析[J].中国医学杂志,2006,4(10):612-613
[6]吕中华,赵春波,李瑞岩,等.微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床分析[J].中华现代医学与临床,2006,(12):9-10

(收稿日期:2013-05-20)