

改良脑室穿刺联合腰大池双向引流治疗重症脑室出血体会

闫金磊

(陕西省乾县中医医院 乾县 713300)

摘要:目的:探讨改良脑室穿刺联合腰大池双向引流治疗重症脑室出血的疗效。方法:分别行脑室和腰大池穿刺置管,辅以尿激酶溶纤双向引流。结果:患者术后 4 周依 GCS 分级:优良 41 例,轻残 28 例,重残 9 例,死亡 3 例。结论:该方法是一种简单、有效、安全的治疗脑室出血的方法。

关键词:微创;改良脑室穿刺;双向引流;重症脑室出血

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.060

脑室出血是一种起病急、预后差、致残率和死亡率高的急症,以往内科保守治疗、外科开颅手术和传统脑室穿刺引流治疗死亡率和致残率居高不下^[1]。我院自 2009 年 7 月~2012 年 12 月以来,运用改良脑室穿刺联合腰大池穿刺置管持续双向引流,辅以尿激酶溶纤治疗重症脑室出血取得良好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 81 例患者均系重症脑室出血,男 57 例,女 24 例;年龄 17~83 岁,平均 51 岁。术前 GCS 评分 9~13 分 32 例,5~8 分 39 例,3~5 分 10 例。其中高血压 48 例,血管畸形 12 例,肿瘤出血 8 例,外伤出血 13 例。

1.2 影像学资料 本组患者均经头颅 CT 检查,示双侧脑室出血 44 例,单侧脑室出血 29 例,伴有三、四脑室铸型 69 例,单纯四脑室出血 8 例,急性梗阻性脑积水 25 例。

1.3 治疗方法 入院后头颅 CT 明确诊断后,床旁局麻下取冠状缝前 1 cm,旁开 2.5 cm 为穿刺点,穿刺进针方向为外耳道连线中点前 1 cm,置入内径 3 mm 的威海鸿宇牌双侧带侧孔硅胶管,深度 5~7 cm,双侧脑室置管。成功后适当负压抽吸脑室出血,待脑室压力减低,引流速度减慢,管内无活动性出血后两侧分别用生理盐水冲洗。冲洗盐水从另侧引流管流出且速度渐加快,说明脑室室间孔通畅,灌洗至流出脑脊液清亮。冲洗盐水另侧引流管流出速度无变化,且注入盐水有阻力,说明脑室室间孔堵塞,分别行单侧脑室反复冲洗,等量置换原则,直至引流脑脊液清亮。冲洗后两侧脑室分别注入尿激酶 2 万 U,夹闭侧管 4 h,后开放引流接无菌脑室引流袋并挂高 10~15 cm。并行腰椎穿刺硬膜外麻醉导管置入腰大池 2~3 cm,接无菌引流袋并挂高 15~20

cm 持续外引流。

1.4 术后处理 记录脑脊液引流量及其性状,并严密观察患者意识、生命体征变化。从手术日起,每日生理盐水灌洗脑室后注入尿激酶 2 万 U,夹闭侧管 4 h,后开放引流,1~2 次/d。若腰大池引流不畅,自引流管注入尿激酶 2 万 U 夹闭侧管 4 h 开放引流。隔日复查头颅 CT 观察血肿清除情况,脑室无积血、引流管引流通畅、脑脊液清亮、夹管观察 24 h 无颅内压增高及脑室扩大者拔管。

2 结果

本组 81 例患者脑室外引流 3~6 d,平均 3.7 d,腰大池外引流 8~12 d,平均 10 d。术后 4 周依 GCS 分级:优良 41 例,轻残 28 例,重残 9 例,死亡 3 例,2 例分别于术后 3、12 d 死于心功能不全,1 例术后 21 d 死于肺部感染。7 例出现脑积水,均行脑室-腹腔分流术治愈。

3 讨论

脑室出血多因深部脑组织出血破入脑室或脑室原发性出血,造成脑室内积血,脑脊液循环系统受障,脑室压力急剧增高,甚至产生梗阻性脑积水。早期脑室血凝块呈占位效应,并引起脑室周围组织顺应性下降,使脑室机械性扩张压迫丘脑、脑干等重要组织,出现高热、消化道出血、呼吸循环功能衰竭等症状,后期血凝块溶解,释放出凝血酶、血红蛋白、血浆蛋白等物质以及白细胞产生的白三烯、自由基、蛋白水解酶等物质加重脑水肿。再者脑室脉络丛受刺激生成脑脊液增加,脑脊液循环吸收障碍进一步加重脑水肿,形成恶性循环^[2]。故治疗应尽快清除脑室内积血,降低脑室压力,解除对丘脑、脑干的压迫和刺激,预防脑疝形成,恢复正常的颅内压和脑脊液循环。传统的脑室穿刺外引流对于脑室铸型,室间孔堵塞和第三、四脑室积血,很少有直接作

机械通气治疗分析[J].中国误诊学杂志,2008,9(6):63

[3]方快发,吴平生.机械通气辅助治疗急性心肌梗死合并急性肺水肿[J].岭南心血管病杂志,2009,8(2):77

[4]赵静,王其新,于海初.无创正压通气治疗急性心肌梗死合并急性肺

水肿的疗效观察[J].中国循证心血管医学杂志,2011,10(2):49-50

[5]刘育春.无创机械通气治疗 COPD 合并呼吸衰竭临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2011,13(21):52

(收稿日期:2013-05-13)

体外震波碎石治疗 86 例急诊输尿管结石疗效分析

曾沃山

(广东省佛山市第二人民医院 佛山 528000)

关键词:体外震波碎石治疗;输尿管结石;急诊患者;疗效分析

中图分类号:R693.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.061

由输尿管结石所引发的肾绞痛,是急诊科常见性急腹症。患者主要临床表现为剧烈性疼痛以及尿路感染^[1]。临床治疗以镇痛药物治疗为主,但仅能暂时性缓解其症状,无法彻底根治,还存在无效、再次发作情况。同时,患者还需长期承受排石所带来的痛苦。我院自 2009~2012 年期间,共收治 86 例急诊输尿管结石患者,均行体外震波碎石术(ESWL)治疗,效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 入选者均为我院门急诊患者,经 B 超、X 线检查(KUB、IVU)^[2]均确诊,总计 86 例。其中男 65 例、女 21 例,男女比例:3.1:1;患者年龄 21~53 岁,平均(34.45±6.30)岁;肾绞痛发作时间 0.5 h~2.5 d,平均(8.60±3.35)h;症状表现:腰腹部突发性绞痛、胀痛、恶心、呕吐等;结石大小:0.3 cm×0.6 cm~0.9 cm×2.0 cm。排除标准:凝血功能障碍、肾功能不全、同侧重度肾积水以及严重感染疾病合并症患者。为确保患者术前碎石适应症,术前均对其进行血常规、心电图、B 超以及出凝血时间检查。

1.2 方法 86 例急诊输尿管结石患者均采取 ESWL 治疗。选择 BYS 型-水囊式体外冲击波碎石机,进行手术碎石。患者输尿管上以及中上段,均行俯卧位姿势;输尿管中以及下段,均行仰卧位姿势。对患者进行≥0.5 h 的单次冲击操作,冲击次数控制在

用^[3]。笔者采用改良式脑室穿刺外引流,将传统的穿刺进针方向由外耳道连线中点修改为外耳道连线中点前 1 cm,使引流管置于室间孔附近符合脑室解剖特点。不仅利于脑室血肿溶解吸收,利于脑室室间孔通畅,恢复脑室的正常解剖,而且能迅速降低脑室内压力,缓解对脑室周围组织压迫,改善脑组织微循环。结合腰大池置管引流,符合脑脊液循环的生理,腰大池引流促进脑脊液循环,对脑脊液循环通路有冲刷力量,利于通路的畅通。尿激酶具有较强溶解血凝块和清除抑制因子纤溶作用,可加快血肿的溶解和吸收。

脑室积血的自然溶解吸收过程长,约需 3 周时间,大多数患者难以度过这段时间,而且增加颅内

700~2 400 次。与此同时,对患者进行 B 超定位、动态观察。本组患者 ESWL 治疗后,行中西医结合治疗。西药治疗:选择喹诺酮类抗生素,加入葡萄糖注射液(650 mg 以上),静脉点滴,连续用药 3 d;中药疗法:选择尿石通丸口服治疗,2 次/d,4 g/次,连续性口服 1~2 周为 1 个疗程,整个治疗共 2 个疗程。患者治疗中,应积极饮水,饮水量≥2 500 mL,鼓励并辅助以跑步、蹦跳运动为主。1 周后行 B 超复查,复查结果显示结石未碎者,需行 2 次碎石治疗,2 次碎石治疗后使用药物与首次相同,并进行复查。

1.3 疗效标准^[3] 治愈:治疗后,患者肾绞痛症状、体征均消失,经 X 线摄片检查,患者结石影完全消失。对其进行尿常规检查,连续性两次或两次以上均为正常;有效:治疗后,患者肾绞痛症状表现消失,其多数结石均顺利排出,经 X 线摄片检查,发现其结石下移,检查尿常规并无改善;无效:治疗后,以上疗效标准均未实现。

2 结果

本组 86 例急诊输尿管结石患者经 ESWL 治疗后,一次碎石排净率为 95.35%(82/86),二次碎石排净率为 100%(86/86)。治愈者 83 例(96.5%),有效者 3 例(3.5%),总有效率为 100%。

3 讨论

输尿管结石是泌尿系疾病的常见病、多发病,患者临床表现以腰背部胀痛、阵发性绞痛、血尿以及

感染机率,颅内感染也是脑室穿刺最严重的并发症。本组 81 例患者均为脑室出血铸型术后 3 d 头颅 CT 检查,脑室内血肿大部分消失,术后 7 d 头颅 CT 检查脑室积血全部消失。3 例发生颅内感染,从腰大池引流管每日注入头孢他啶 0.2 g,5 d 后治愈。

改良脑室穿刺联合腰大池双向引流,辅以尿激酶灌洗治疗重症脑室出血疗效确切,是安全可行的方法。

参考文献

[1]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1998.691-693
[2]李东升.脑出血所致水肿的发生机制[J].临床神经外科杂志,2004,1(1):47
[3]曹文军,田力学,田志刚.双侧脑室引流加尿激酶灌洗并腰穿脑脊液置换治疗重型继发性脑室出血[J].中华急诊医学杂志,2004,13(11):758-759

(收稿日期:2013-05-22)