

管的作用;阿斯美药物中所含有的氨茶碱、那可丁等成分,可解除气管痉挛,增强气管纤毛运动,控制肺部牵引张力的反射<sup>[9]</sup>。两种药物联合使用可从根本上改善咳嗽、咳痰等症状。

本次结果显示,通过对 100 例慢性咳嗽症状患者实施酮替芬、阿斯美联合疗法后,咳嗽症状好转者 94 例,占比 94.0%;喘息症状好转者 55 例,占比 68.8%;咳痰症状好转者 81 例,占比 90.0%;咽部发痒症状好转者 96 例,占比 96.0%。上述症状和喘息症状的好转率相比较,  $P < 0.05$ ,有区别。患者在治疗过程中存在少数乏力、心悸、肠胃不适等不良反应,药物停用后均自行消退,因此患者能够耐受。另外,治疗过程中通过对患者的血常规、肝肾功能、心电图等进行常规检查未发现明显变化。说明:酮替芬、阿斯美联合疗法用于慢性咳嗽患者中,可以改善症状,降低不良反应。此外,蒋艳芳报告还表明<sup>[9]</sup>,医护人员除了给予患者针对性的治疗外,还要做好健康教育,具体可以从以下几点入手:第一,改善

自身居住环境,避免过敏源、感染源;第二,经常开窗通风,保证空气清洁;第三,避免食用辛辣、刺激性食物;第四,保持愉悦心情,适当开展身体锻炼。综上所述,慢性咳嗽患者以咳嗽、咳痰、喘息为主要表现,实施酮替芬、阿斯美联合疗法效果显著,可明显改善症状,提高患者生活质量,值得推广。

参考文献

[1]刘俊,韩学美.门诊慢性咳嗽 207 例临床特征与病因分析[J].齐鲁护理杂志,2011,17(3):123-124

[2]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.342-346

[3]高亨,袁菲,段凤英,等.慢性咳嗽 98 例临床分析[J].实用医学杂志,2013,29(16):2627-2629

[4]马丙兰,姜秀春.246 例慢性咳嗽患者的病因及诊治分析[J].中国实验诊断学,2012,16(3):504-505

[5]傅自萍.三联药物疗法治疗顽固性慢性咳嗽的效果及机制[J].重庆医学,2012,41(29):3072-3073

[6]蒋艳芳.呼吸内科慢性咳嗽症状的临床观察[J].中国医药科学,2012,2(24):219-220

(收稿日期: 2016-03-28)

# 急诊微创穿刺引流术治疗高血压脑出血的临床疗效观察

陈健

(广东省中山市东风人民医院急诊科 中山 528425)

**摘要:**目的:观察微创穿刺引流术治疗高血压脑出血的临床疗效。方法:选取 108 例高血压脑出血患者,随机分为观察组、对照组各 54 例,对照组给予传统开颅血肿清除术治疗,观察组则给予微创穿刺引流术治疗,比较两组手术时间、住院时间、术中出血量、治疗前后 NIHSS 评分及 Barthel 指数、手术疗效以及术后并发症发生情况。结果:对照组不论在手术时间、术中出血量还是住院时间上,均显著多于观察组,两组治疗后 NIHSS 评分及 Barthel 指数均有显著改善,但观察组改善幅度更大 ( $P < 0.05$ );观察组治疗总有效率 74.07%,远高于对照组的 55.56% ( $P < 0.05$ );而术后并发症发生率两组未见显著差异。结论:微创穿刺引流术治疗高血压脑出血具有创伤小、操作方便、疗效好的优势,且不增加术后并发症发生率,值得临床推广。

**关键词:**脑出血;微创穿刺引流;开颅血肿清除

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.009

高血压脑出血是临床上常见的急危重症,占有脑出血病例的 50%,而其病死率及致残率则高达 30%,且超过 75%的存活者仍有不同程度的残疾<sup>[1]</sup>。伴随 CT 技术的成熟化及普及化,脑出血的诊断和治疗的有效性亦得到显著提高,同时由于其对于血肿灶的准确定位,手术中对于患者脑组织产生的探查性创伤亦大大减少。本组研究拟观察利用 CT 定位下的微创穿刺引流术治疗高血压性脑出血的效果,并与传统开颅血肿清除术相比较。现报告如下:

## 1 资料方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 6 月~2015 年 1 月来我院诊治的 108 例高血压脑出血患者,随机分为观察组、对照组各 54 例。观察组男 30 例,女 24 例;平

均年龄(62.5± 8.8)岁;平均出血量(39.9± 10.2) ml。意识模糊者 18 例,轻度昏迷者 19 例,中度昏迷者 11 例,重度昏迷者 6 例;对照组男 31 例,女 23 例;平均年龄(64.7± 9.1)岁;平均出血量(40.6± 11.0) ml。意识模糊者 20 例,轻度昏迷者 18 例,中度昏迷者 10 例,重度昏迷者 6 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 入选标准** 两组患者均符合第四届全国脑血管病会议上提出的脑出血诊断标准<sup>[2]</sup>,且行颅脑 CT 等临床影像学检查以确诊;知情同意;排除合并有严重心、肺、肝、肾功能障碍及凝血功能异常者。

## 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 在全麻下给予传统大骨瓣开颅术清

除血肿及坏死的脑组织,缓解增高的颅内压,清除毕于硬膜下放置低负压引流管,及时引流残余血肿并缝合颅内硬脑膜,于硬膜外置引流管一根,缝合头皮。

1.3.2 观察组 先行头颅 CT 扫描,并对血肿中心对应头皮表面标记,重新扫描以确定,依据血肿量、与大脑镰的关系、血肿部位等确定穿刺点,在局麻下依据具体情况<sup>[3]</sup>选择立体定向血肿抽吸术或脑室穿刺脑脊液外引流术对血肿进行微创穿刺引流。术后需动态监测引流管位置及血肿引流量,当血肿清除 80%~90%时可拔出引流管。

1.4 观察指标 记录两组术中情况(手术时间、术中出血量),随访观察 3 个月,比较两组住院时间、手术疗效及术后并发症(术后颅内感染、再出血及其他)发生情况。于治疗前及治疗后 3 个月分别对患者进行美国国立卫生研究院卒中量表评分(NIHSS)及

日常生活能力评分(Barthel 指数)。手术近期疗效判定依照 Glasgow 法<sup>[4]</sup>进行:优:患者恢复良好,可有轻度的神经障碍,能正常生活;良:中度病残,但生活可自理;可:重度病残,生活无法自理但意识清楚;差:进展为植物人;死亡。有效=优+良。

1.5 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计软件,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组术中术后情况比较 对照组不论在手术时间、术中出血量还是住院时间上,均显著多于观察组( $P < 0.05$ );两组治疗前 NIHSS 评分及 Barthel 指数差异不明显,治疗后均有显著改善,但治疗后观察组 NIHSS 评分明显较低而 Barthel 指数明显较高( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组术中术后情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间(min)	术中出血(ml)	住院时间(d)	NIHSS(分)			Barthel 指数		
				治疗前	治疗后	$t$	治疗前	治疗后	$t$
观察组	54.3± 9.4	48.9± 6.8	18.8± 3.3	21.2± 2.5	16.5± 2.9	9.04	29.4± 11.5	41.3± 7.8	6.30
对照组	98.2± 11.5	90.5± 10.7	22.2± 3.9	21.6± 3.0	18.8± 2.7	5.09	27.5± 10.9	36.6± 8.1	4.38

2.2 两组临床疗效及术后并发症发生情况比较 术后观察组有 2 例死亡,对照组有 5 例死亡。观察组治疗总有效率 74.07%, 远高于对照组 55.56% ( $P < 0.05$ );术后观察组 8 例出现并发症,对照组 14 例出现并发症,两组并发症发生率比较未见显著差异。见表 2。

表 2 两组疗效及术后并发症发生情况比较

组别	n	疗效					总有效 (%)	并发症			
		优 (例)	良 (例)	可 (例)	差 (例)	死亡 (例)		颅内感染 (例)	再出血 (例)	其他 (例)	发生率 (%)
观察组	54	15	25	8	4	2	74.07	1	4	3	14.81
对照组	54	8	22	11	8	5	55.56	7	5	2	25.93
$\chi^2$							4.06				2.05

## 3 讨论

大部分学者<sup>[5]</sup>认为,对高血压脑出血患者行早期外科治疗,可缓解血肿对周围脑组织的压迫和进行性破坏,避免脑水肿及脑疝发生的可能。目前临床上针对急性高血压脑出血,主要采用传统开颅血肿清除手术或微创穿刺血肿抽吸引流术。微创穿刺引流就是通过微侵袭的手术方式在较准确定位的条件下对颅内血肿进行穿刺引流,以达到解除血肿占位效应、阻断继发性损害的目的。该类手术操作简单易行,手术过程中避开了脑部重要的功能区和大血管。一次性的颅内血肿穿刺针具有较高的密闭性及稳定性,局部抽吸血肿而对脑部其他正常组织损害不大;同时除单纯抽吸作用外,还可利用超声外科

吸引器等将血凝块破碎后再吸除,或应用溶栓药物进行血肿腔内注射,以利于术后引流。其兼具有冲洗、液化、穿刺、粉碎及引流等各种不同的功能。本组结果显示,微创穿刺引流术不论在对患者的损伤程度(手术时间、术中出血量、住院时间)还是术前术后病情改善(NIHSS 评分及 Barthel 指数)上,均显著优于传统开颅血肿清除术,证明其对患者的创伤甚小而近期疗效更好。

虽然传统开颅手术具有操作耗时多、步骤繁琐、对患者创伤大等缺点,而微创穿刺引流术相对具有操作便捷、对患者创伤微小、手术并发症少等优点,但国内仍然有部分学者并不认同微创穿刺引流术的治疗价值<sup>[6]</sup>,认为其:微创下操作,手术空间狭窄,不能彻底清除血肿;由于通道只通过一种手术器械,故彻底止血较困难且不易控制较大出血;同时由于“脑减压损伤”学说的提出<sup>[7]</sup>,认为封闭环境的微创抽吸及引流可能会导致脑组织的摆动、移位及颅内积气,加上长期的血压异常及血管病理性改变,可能会诱发出血,其会增加术后脑出血复发率。本组研究结果显示:观察组治疗总有效率为 74.07%,远高于对照组的 55.56%;而两组手术并发症的发生情况并不像部分同行认为的那样差异显著。笔者认为这主要因为手术中对以下两点有所注意:(1)必须在符合手术适应证的条件下根据定位、病情、病灶大小选择正确的术式,才不会出现因术式、入路选择错误造成操作

空间狭窄,制约手术的情况;(2)操作时不以一次性清除较多量血肿为目的,首次抽吸量应不超过 50%,禁止暴力抽吸,以分次液化为主,可以有效降低术中再出血的发生,且分次抽吸也符合患者的耐受情况,分层降低颅内压更是可以避免因压力降低过快而引起的组织迅速塌陷及术后血管再破裂等问题。

虽然本组研究认为微创穿刺引流术具有众多优点,但作为一种新近发展的技术,与传统开颅手术相比,其病例数目前仍相对较少,仍需从出血部位、出血量以及预后的远期疗效等多方面入手与常规手术进行多中心随机对比研究,才能真正发现其优势与不足;并且实践中需要强调手术术式的个体化合理选择和手术指征的准确把握,才能使其在颅内血肿

治疗中发挥更大作用。

参考文献

[1]郭铁柱,任新亮,王向东,等.咪唑安定用于高血压脑出血术后镇静疗效分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(6):694-695

[2]全国第四届脑血管病学术会议标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):376-381

[3]林成,万刚,朱安林,等.不同术式对自发性脑出血周围水肿带的影响[J].脑与神经疾病杂志,2010,18(6):439-440

[4]苏斌.重症高血压脑出血患者的手术时机和手术方式与疗效的关系分析[J].当代医学,2012,18(29):68-70

[5]任翔,周文胜.双管引流治疗高血压脑出血首次血肿清除量及穿刺时机选择[J].中国当代医药,2011,18(11):27-28

[6]钱东翔.高血压脑出血微创血肿穿刺引流治疗进展[J].中华神经创伤外科杂志,2015,1(2):44-48

[7]潘超,唐洲平.微创血肿抽吸引流术治疗脑出血的发展现状[J].中华神经科杂志,2014,47(11):789-791

(收稿日期:2016-02-18)

# 神经内科微创介入治疗脑部血肿的治疗效果探讨

周宗华

(广东省德庆县人民医院神经内科 德庆 526600)

**摘要:**目的:探究神经内科微创介入治疗脑部血肿的临床效果。方法:选取 2010 年 3 月~2015 年 8 月本院收治的脑部血肿患者 86 例,随机分为研究组和对照组各 43 例,对照组予以常规开颅手术治疗,研究组予以微创介入治疗,对比分析两组的临床疗效、神经功能缺损评分以及生存质量改善情况。结果:研究组的临床总有效率、功能缺损评分以及生活质量的改善情况均优于对照组,经统计学分析,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:微创介入治疗对脑部血肿患者的临床治疗效果确切,能有效改善患者的生活质量。

**关键词:**脑部血肿;微创介入;神经内科;临床效果

中图分类号:R651.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.010

脑部血肿是神经内科的常见疾病,根据致病原因可分为自发性和外伤性两种,其主要是由于脑室附近血管破裂致使血液进入脑室,或由于脑膜静脉压升高,导致血管破裂,并在脑脊液的作用下形成血肿。临床表现为进行性的意识障碍加重,与急性硬脑膜下血肿十分相似。临床对于症状较轻的血肿患者一般采用药物治疗,有一定的疗效,但对中重度患者的治疗主要为手术治疗,但传统手术创伤较大,易损伤脑组织,术后效果不理想。随着医疗科技的发展,微创技术的普及,微创介入治疗脑部血肿凭借其创伤小、恢复快、安全性高及住院时间短等优点,已经成为目前治疗血肿的重要方法<sup>[1]</sup>。为进一步评价微创介入治疗脑部血肿的临床治疗效果,选取我院近年部分患者进行了对比研究。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月~2015 年 8 月本院收治的脑部血肿患者 86 例,按照随机原则分为研

究组和对照组各 43 例。对照组男 29 例,女 14 例;年龄 28~66 岁,平均(48.87± 6.56)岁;血肿量 26~68 ml,平均(50.78± 3.76) ml。研究组男 25 例,女 18 例;年龄 22~67 岁,平均(47.76± 6.23)岁;血肿量 21~70 ml,平均(49.56± 3.12) ml。两组的一般资料比较差异无统计学意义, $P > 0.05$ ,具有可比性。

1.2 方法 两组患者均行常规降颅压治疗,必要时给予营养支持,对水电解质紊乱患者加以纠正。对照组行开颅手术治疗,全身麻醉后实施脑皮质切开,并采用吸引器将脑部血肿吸出。研究组行微创介入治疗:(1)患者全身麻醉;(2)根据患者脑部血肿 CT 检查结果,在患者的中线以及相应位置做标记,采用快速锥颅器对头皮、颅骨及硬膜进行穿刺,要求严格按 CT 检查结果计算穿刺深度,一般控制在 1.5~2.5 cm;(3)使用一次性输血管作引流管,并在内部放置金属导芯,沿推开的头皮与颅骨向外耳道连线的中点进行穿刺,一般深度在 5~6 cm,直至进入侧脑室