

微创穿刺引流术与内科保守治疗中等量基底节区脑出血的疗效分析

宋克明 刘相荣 陈娟

(南平顺昌县医院神经外科 福建 南平 353200)

摘要:目的 分析微创穿刺引流术与内科保守治疗中等量基底节区脑出血的疗效分析。方法回顾性分析我院自2016年元月至2018年12月出血量在30ml左右的高血压基底节区脑出血患者105例,其中血肿穿刺置管引流组患者67例(微创组),保守治疗组38例(内科组),比较两组的治疗效果。结果 微创组患者的致残率低于内科组,总优良率高于内科组($P<0.05$)。结论 微创组比内科组明显缩短了住院治疗时间,功能恢复效果显著,降低了致残率,临床费用明显减少,且安全性高。

关键词:微创穿刺引流术;基底节中等量脑出血;神经功能

前言:近年来中国高血压脑出血发病率非常高,在发达国家是十万分之三十左右,而在中国达到了十万分之一百左右,甚至有的地区更高,脑出血的危害是非常大的。基底节区是高血压脑出血最常见的发病部位,基底节区中等量的脑出血因开颅手术创伤大,术后再出血发生率高,患者家属惧怕手术及医生担心手术后并发症,目前多采取药物保守治疗。如何最大程度保护神经功能,让患者尽早恢复日常生活,寻求一种积极合理的治疗手段是提高高血压脑出血患者生存质量的关键。近年来发展的血肿穿刺引流技术,在治疗高血压脑出血具有独特的优势,其操作及时间得到极大的优化,且安全有效,术后创伤小,有望成为一种主流的治疗手段。本文分析了我院高血压脑出血患者实行血肿穿刺引流技术的治疗情况,以期对其在临床治疗中的运用带来更多的启发。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院于2016年元月-2018年12月收治的105例中等量基底节脑出血患者,根据急诊头颅CT,血肿量在30ml左右(血肿量计算采用日本的多田明公式),患者随机分为血肿穿刺置管引流组(67例)和内科保守治疗组(38例)。

1.2 对象与方法

1.2.1 对象:选取我院自2016年元月至2018年12月收治的高血压脑出血患者,

入选病人选择:1.基底节区脑出血;2.血肿量在30ml左右,血肿量计算采用日本的多田明公式,血肿量= $\pi/6 \times$ 最大血肿层面的血肿长 \times 最大血肿层面的血肿宽 \times 层数(层厚10mm);随机分为微创组(67例)和内科保守治疗组(38例)。微创组男37例,女30例;内科保守治疗组男20例,女18例。

1.2.2 方法

血肿穿刺置管引流组:本技术将CT扫描的层面作为水平面,以垂直水平面的颅脑前后平面为矢状面,用立体定位尺来确定既垂直于水平面又垂直于矢状面的颅脑冠状面,以上三个平面作为定位的基础标准面,利用上述原理来确定脑内的任意靶点,从而脑内任意一点都可以通过该三个基准面的相交点来确定其位置。因此脑内血肿的中心靶点可由相互垂直的三个平面来确定,并可将脑内血肿形态投影在颅脑前额部、颞部、顶部及枕部。将通过靶点的三个相互垂直中任意两个平面相交所形成的直线皆可做为穿刺入颅的路径,而另一平面所在的位置则作为入颅深度的标志,这样就可以准确无误地到达所要进入的血肿靶点。

依据头颅CT扫描,将血肿中心以冠、矢、水平三维平面投影在患者头皮表面(图1)。

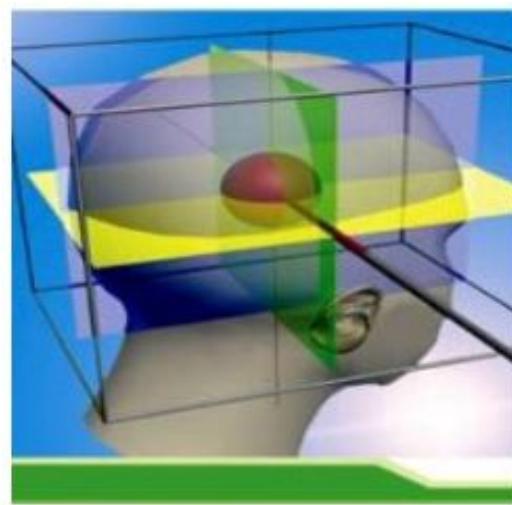


图1 头部三维平面投影图

依据此三维数据用颅脑立体定位尺(孙树杰教授发明,图2)确定穿刺点和穿刺路径长度和方向,穿刺路径有经额、经颞两种路径;局麻加静脉复合麻或者全麻下,在穿刺点处切开头皮长约2cm、乳突撑开器固定,颅骨钻孔,用软管(选用美敦力脑室导管两种型号26020、27703)沿术前设定的最佳路径和长度向血肿方向穿刺,见陈旧性血液流出为止,用注射器抽吸血肿,术中可见脑搏动恢复,停止抽吸、外接引流袋,术后注入尿激酶溶化凝血块,以利于引流。

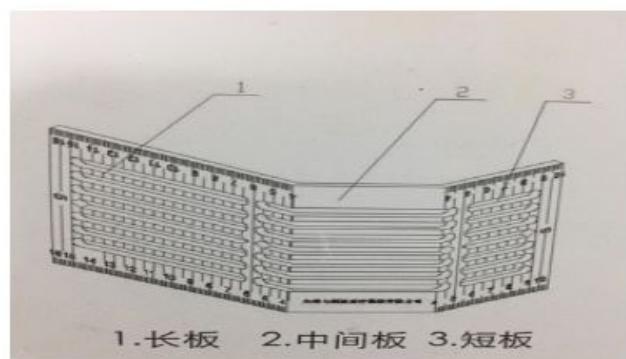


图2 颅脑立体定位尺

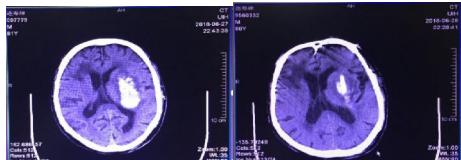
术后CT复查血肿清除90%以上拔除引流管。余治疗方法同内科治疗组。对血肿量较少的患者作经额或经颞单管引流,血肿量大时作经额、颞双管引流。单管引流手术时间约需20分钟。

内科保守治疗组:采用控制血压,治疗脑水肿,防止并发症等

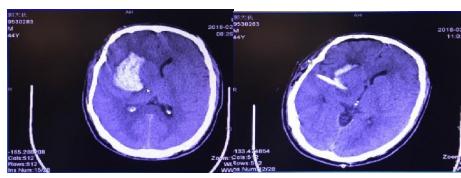
综合治疗。

采用血肿穿刺置管引流微创术病例分享：

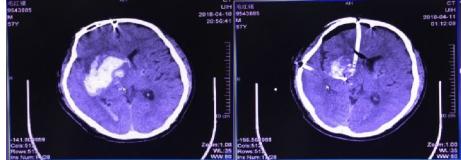
经额穿刺病例：



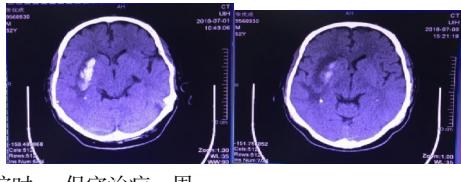
经额穿刺病例：



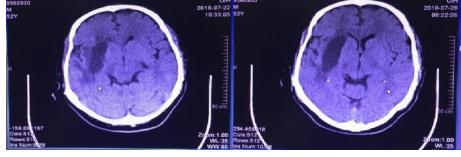
经额经颞穿刺病例：



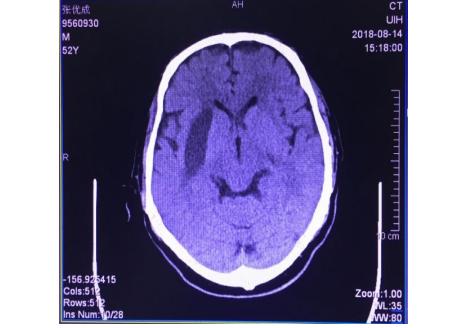
药物保守治疗病例：



入院时 保守治疗一周



保守治疗三周 保守治疗四周



保守治疗一个半月

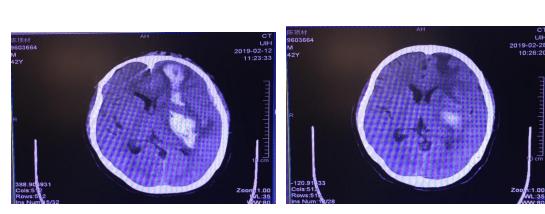
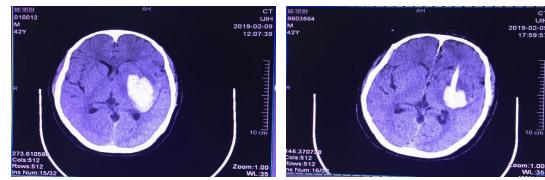
分组	住院天数 (平均)	住院费用 (平均)	10 天 神经功能恢复良好率	近期(1月)神经功能恢复良好率	远期(6月)神经功能恢复良好率
微创组	17.6	18120.2	45%	62%	68%
内科组	28.1	24801.8	16%	37%	45%

2.1 治疗结果

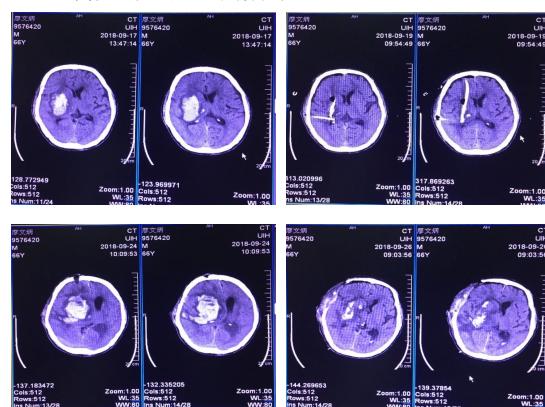
(1)微创治疗组:术后再出血 2 例,一例给予药物保守治疗后症状改善,另一例给予行开颅血肿清除术;术中、术后无死亡。平均住院天数为 17.6 天,临床住院费用平均为 18120.2 元。

(2)内科组:两例因血肿扩大需要开颅手术治疗,患者家属拒绝手术治疗,放弃回家中死亡。平均住院天数为 28.1 天,临床住院费用

血肿穿刺置管引流组(67 例)微创术后出现两例再出血病例:一例给予药物保守治疗后症状改善:



另一例给予行开颅血肿清除术:



1.3 观察指标

- (1)记录两组患者的住院天数和住院费用。
- (2)记录两组患者 10、30、60 天日常活动能力,采用 ADL 评定量表评定:

100 分表示日常生活活动能力良好,不需要依赖他人。

>60 分评定为良,表示有轻度功能障碍,但日常生活基本自理。

60-41 分表示有中度功能障碍,日常生活需要一定的帮助。

40-21 分表示有重度功能障碍,日常生活明显需要依赖他人。

<20 分为完全残疾,日常生活完全依赖他人。

>40 分的患者治疗效益最大。

2 结果

平均为 24801.8 元。

2.2 统计学方法

以 SPSS19.0 软件统计。

微创组与内科组在 10 天、1 个月、6 个月神经功能恢复良好率上差异有显著性意义($P<0.05$)。

(下转第 146 页)

(上接第 137 页)

微创组比内科组明显缩短了住院治疗时间,功能恢复效果显著,降低了致残率,临床费用明显减少,且安全性高。

3 讨论

由于受到人口老龄化、伴基础疾病患者规模的扩大等因素影响,脑出血发病率逐渐升高。基底节中等量脑出血作为一种常见脑血管病变,其对患者身心健康的危害已经引起了人们的充分重视。既往基底节中等量脑出血管理经验表明:当脑出血发生后,若患者未及时接受治疗(脑出血发病 24h 后),患者的神经功能损伤可持续加剧,严重影响其语言功能、运动功能;随着基底节中等量脑出血治疗体系的不断完善,可用于这种疾病的手术方法逐渐增加。早期常规治疗主要经开颅血肿清除术,由于手术创伤大、时间长,出血多及术后再出血发生率高使脑出血手术治疗效果和内科保守治疗效果无明显差异。后来随着显微技术的普及和微创理念的提出,血肿清除手术在脑出血治疗的地位日益受到人们的认可。微创穿刺引流技术不仅能够快速清除血肿,又尽可能不加重全身和脑组织局部损害,术后再出血发生率低,无疑具有重大的临床实用价值和社会意义。

微创血肿穿刺引流术的优势在于:(1)可采用局部麻醉,手术时间短,手术创伤小。(2)其置入端头部“光滑圆钝”,质地较软,可随着脑组织的搏动而摆动,利于避免脑内血管损伤,降低穿刺过程中再出血风险。(3)可置入内径较大引流管,迅速缓解颅内高压。(4)可通过导管注入溶解剂,使残余血肿进一步溶解引流排出,

提高血肿清除率和手术安全性。(5)费用低廉,有利用基层救治。

综上所述,对于伴有基底节中等量脑出血的患者,颅内血肿穿刺引流术有效、微创,明显缩短了住院治疗时间及临床费用,功能恢复效果显著,降低了脑出血患者的致残率并改善其生存质量,临床效果优于内科保守治疗。

参考文献:

- [1]朱龙,寇堃,吴继华,等.微创穿刺引流术对基底节中等量脑出血治疗效果研究[J].现代医药卫生,2018,34(23):3614-3615.
- [2]肖庆华.超早期微创穿刺引流术治疗基底节区脑出血患者的临床效果[J].医疗装备,2018,31(19):111-112.
- [3]刘强,刘海民.分析早期微创穿刺引流手术治疗基底节区脑出血患者的临床应用价值[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(39):46+49.
- [4]聂晓枫,杨军,吕智龙.醒脑静注射液联合微创穿刺引流术治疗对中等量高血压性基底节区脑出血患者脑水肿及血清 AQP4 的影响[J].临床和实验医学杂志,2017,16(18):1838-1841.
- [5]顾浩铨,张广波.醒脑静联合微创穿刺引流术对中等量高血压性基底节区脑出血的作用分析[J].现代诊断与治疗,2017,28(06):1136-1137.
- [6]黄艳娇.醒脑静注射液联合微创穿刺引流术治疗对中等量高血压性基底节区脑出血患者脑水肿、血清 AQP4 的影响[J].中国中药杂志,2014,39(13):2564-2568.