

# 单管或多管引流术治疗高血压脑出血的疗效观察

刘 凯 魏进旺 梁启龙 杨 君 何家骥 贾创创 唐忠斌

**【摘要】目的** 探讨钻孔引流术治疗高血压脑出血的疗效。**方法** 回顾性分析2009~2013年收治的210例高血压脑出血患者的临床资料,其中采用单管引流术治疗113例,多管引流术治疗97例。**结果** 采用多管引流术治疗患者的引流时间、住院时间较单管引流术治疗的患者明显缩短( $P<0.05$ )。根据日常生活能力分级,采用多管引流术治疗患者预后明显优于单管引流术治疗的患者。**结论** 与单管引流术相比,多管引流术能更快速引流血肿,疗效更佳。

**【关键词】** 高血压脑出血;钻孔引流术;疗效

**【文章编号】** 1009-153X(2015)09-0551-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1\*2

2009年3月至2013年6月采用单管或多管引流术治疗高血压脑出血(hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH)210例,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 病例纳入标准 全部病例均为首次发病;有高血压病史,头颅CT检查证实为脑出血;出血量30~80 ml;入院时GCS评分5~10分。

1.2 病例排除标准 曾经受过颅脑损伤或有脑出血、脑梗死病史;曾使用抗凝剂导致脑出血、混合性中风

或出血性梗死;经影像学、手术或随访观察证实为脑动脉瘤、动静脉畸形;出血量>80 ml;入院时GCS评分<5分;年龄 $\geq 85$ 岁;出血破入脑室;小脑及脑干出血;患有严重心肝肾功能衰竭、糖尿病或严重肺部感染;Ⅰ级和Ⅴ级脑出血患者。

1.3 研究对象 本组共纳入符合标准HICH患者210例,其中男118例,女92例;年龄42~83岁,平均62.8岁;脑叶皮层下出血39例,脑深部出血(包括基底节区、丘脑)171例。根据引流管数量分为单管引流术组和多管引流术组。单管引流术组113例,年龄49~83岁,平均 $(63.4\pm 6.5)$ 岁;出血量30~60 ml,平均 $(46.3\pm 4.5)$  ml。多管引流术组97例,年龄42~77岁,平均 $(62.3\pm 5.2)$ 岁;出血量40~80 ml,平均 $(52.6\pm 5.2)$  ml。两组年龄无显著差异( $P>0.05$ ),但出血量差异

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.09.014

作者单位:730046,兰州市第二人民医院神经外科(刘 凯、魏进旺、梁启龙、杨 君、何家骥、贾创创、唐忠斌)

显著( $P<0.05$ )。

**1.4 治疗方法** 所有病例均在出血后 6~24 h 内实施手术治疗。①单管引流术:术前先将标志点固定在病人头上,然后进行 CT 扫描,将扫描的图象数据输入 CAS-R-2 型无框架脑立体定向仪,在计算机上进行病灶勾画、病灶靶点确定和手术路径规划,并将规划的路径显示在重建的三维模型上,确定血肿中心的颅表定位及穿刺方向和深度,避开颅内重要血管在体表投影走行方向。切开头皮,长约 0.3 cm,用电钻钻透颅骨和硬脑膜,选择适合长度的穿刺针,沿立体定向仪设定的方向及深度送入血肿中心,用 5 ml 空针缓慢碎吸血肿。若为液态血肿,缓慢吸除血肿量可达 20%~60%。②多管穿刺引流术:依上述方法血肿腔内留置第 2~3 根引流管,再以血肿液化剂(尿激酶 2~3 万 U)注入血肿中心,夹管保留 3 h 后开放引流,每日 2 次,直至复查 CT 示血肿引流干净。

## 2 结果

**2.1 引流天数** 单管引流术组拔流时间为( $6.0\pm 1.5$ )d,多管引流术组为( $4.0\pm 1.2$ )d;两组差异显著( $P<0.01$ )。

**2.2 术后并发症** 单管引流术组术后发生肺部感染 41 例(36.3%, 41/113),多管引流术组为 30 例(30.9%, 30/97)。两组术后肺部感染发生率无显著差异( $P>0.05$ )。

**2.3 住院时间** 单管引流术组为( $23.0\pm 2.5$ )d,多管引流术组为( $19.0\pm 1.5$ )d。两组差异显著( $P<0.01$ )。

**2.4 出院时恢复情况** 出院时,根据日常生活能力分级(activities of daily living, ADL)评估预后,单管引流术组 ADL I 级 16 例,II~III 级 45 例,IV~V 级 52 例;多管引流术组 ADL I 级 19 例,II~III 级 43 例,IV~V 级 35 例。两组出院时预后差异显著( $P<0.05$ )。

**2.5 随访结果** 术后随访 3 个月,单管引流术组 ADL I 级 41 例,II~III 级 33 例,IV~V 级 39 例;多管引流术组 ADL I 级 34 例,II~III 级 29 例,IV~V 级 34 例。两组术后 3 个月预后差异显著( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

HICH 多发于 50~70 岁老年人,此年龄段患者一般状况、机体抵抗能力及应激能力差,多伴有高血压导致的其它脏器疾病<sup>[1]</sup>。此类患者应慎用开颅手术,且开颅手术设备、技术要求高,在基层不易开展。采用钻孔引流术只需建立直径约 3 mm 的通道,创伤极小,可应用于有 CT 机的任何医院,医护人员 1~2 人

即可,设备要求低,紧急情况床边即可手术,3~5 min 即可完成穿刺,方便可行<sup>[2~4]</sup>。采用钻孔引流术能有效减少开颅手术操作带来的医源性脑损伤,能在一定程度上缓解高颅内压,减少患者卧床时间,减少患者并发症<sup>[5,6]</sup>。单管引流术更适合出血后意识状态 II~III 级且病人无严重并发症,能耐受相对较长时间卧床接受血肿液化引流的患者,冲洗、注药、引流仅能从此单通道进行,故引流时间可能较长。与单管引流术相比,多管引流术更适合患者病情相对较重、血肿量较多且血肿位于脑深部功能区的患者,多通道注药、冲洗,可形成微循环,从而形成对口引流,能更快速引流血肿,解除脑组织压迫。本研究结果显示多管引流术组患者术后偏瘫开始恢复时间短于单管引流术组,使患者能更早进行康复治疗,从而获得更佳治疗效果。尽管多管引流术可能增加手术切口,并增加穿刺道渗血及颅内感染的风险,但其微创性远远小于颅内血肿长时间压迫脑组织所造成的损害。我们在操作中严格执行无菌操作,引流系统为全封闭管路,术前、术后预防性使用抗生素,本组术后均未发生颅内感染情况。但不应否认的是立体定向穿刺血肿引流术不能直视下止血,不能同时行去骨瓣减压术,不能完全替代传统开颅血肿清除手术。

### 【参考文献】

- [1] 谭小颖,陈湘华,师春梅. 胱抑素 C 与老年人高血压靶器官损害的关系[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(9): 934-936.
- [2] 王飞红,袁邦清,杨光,等. 高血压脑出血不规则血肿立体定向多靶点置管引流治疗体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19(8): 492-494.
- [3] 王军,蔡宏新,李先军,等. 软通道置管引流治疗高血压脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(10): 624-625.
- [4] 李学鉴,陈世洁. 高血压性基底节脑出血的微创软通道引流治疗的体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(8): 497-498.
- [5] 王军,蔡宏新,李先军,等. 软通道置管引流术治疗高血压脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18: 624-625.
- [6] 侯剑,李明国,郑娟,等. 微创钻孔引流治疗高血压脑出血 35 例体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17: 495-496.

(2014-02-10 收稿, 2015-01-20 修回)