

. 短篇报道 .

硬通道穿刺引流术联合尿激酶治疗脑出血 97 例

苗 虎

【关键词】 高血压性脑出血;硬通道穿刺引流术;尿激酶;疗效
【文章编号】 1009-153X(2017)10-0733-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 743.34; R 651.1*2

2002 年 5 月~2014 年 5 月在 CT 引导下血肿穿刺引流术联合尿激酶治疗中小量高血压性脑出血 97 例,取得显著疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 97 例中,男 52 例,女 45 例;年龄 45~76 岁,平均 62 岁;有高血压病史 90 例。

1.2 临床表现 神志清楚伴头痛、一侧肢体偏瘫 16 例;意识模糊、嗜睡伴一侧肢体偏瘫 40 例;浅昏迷伴一侧肢体偏瘫 41 例。出血部位:基底节区 66 例,丘脑 18 例,脑皮层下 13 例;合并脑室内出血 25 例。血肿量 20~50 ml,平均 33 ml。发病至手术时间<6 h 72 例,>6 h 25 例。

1.3 治疗方法 采用北京万特福公司生产 YL- I 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针进行穿刺引流术。在头颅 CT 引导下确定颅内血肿颅表穿刺点,避开窦汇、翼点、中央沟及颅内大血管,在局麻下采用合适长度穿刺针进行穿刺。钻透颅骨及硬膜后拔除针芯,插入原钝头塑料针芯,沿穿刺方向使针体缓慢进入血肿边缘,观察无新鲜出血后,连接引流管缓慢抽吸液态及半固态血肿。然后,缓慢深入穿刺针至血肿中心,以 5 ml 注射器抽吸约 3 ml 生理盐水经针体侧管适当力度快速推注、缓慢回抽震荡,形成一个空洞,同时抬高引流管,观察液面高度及波动。如无新鲜出血,再加尿激酶 5 万 U,闭管 2 h,每日 2 次。每次注入尿激酶时,必须观察引流液颜色、液柱高度及液面的波动。对血肿破入脑室者,先吸除脑实质内脑出血,再根据出血量行一侧或双侧脑室外引流,并配合定期冲洗。若病情危重,可根据病人情况提前放开引流管。术后第 1、3、5 天复查头颅 CT,了解血肿残余量及针的位置。血肿清除 80%~90%、无明显占位效应后拔除引流管。

2 结 果

术后 3 d 血肿基本清除 32 例,术后 5 d 血肿基本清除 46

例,术后 7 d 以上血肿基本清除 16 例。术后死亡 2 例,其中 1 例再出血家属拒绝开颅血肿清除术致脑疝死亡,1 例开颅血肿清除术后继发颅内感染死亡。出院时 GOS 评分:恢复良好 75 例,中残 13 例,重残 7 例,死亡 2 例。

3 讨 论

3.1 手术时机 手术时机的选择过去争论较大,对于条件适合的病例,应该早期超早期(出血后 7 h 内)手术,及早减轻血肿对脑组织的压迫,打破出血后一系列继发性改变所致的恶性循环,以提高治愈率及生存质量。

3.2 再出血的预防 ①在 CT 导向下穿刺,穿刺针尽量位于血肿中心,同时避开颅内大血管及功能区,动作轻柔,忌用暴力,抽吸负压范围<31.7 kPa 或 0.2 Atm。②控制血肿首次抽吸量,发病时间<6 h,血肿抽吸量为 40%,6~48 h 为 50%,>48 h 则尽可能吸干净。③严格控制血压,避免过度波动,控制在 160~150/100~90 mmHg。④严格掌握脱水药物应用指征,无明显颅内压增高及血肿占位征象,可以不用。⑤避免病人躁动,可以适当应用镇静剂。

3.3 手术方式选择 开颅血肿清除术优点是直视下彻底清除血肿,达到立即减压目的,且止血满意,多用于出血部位较深、出血量大、中线移位严重并已有脑疝形成且时间较短病人;其缺点需全身麻醉,创伤大,增加病人负担。微创手术包括小骨窗开颅血肿清除术、内镜血肿抽吸术、立体定向血肿抽吸术(或联合纤溶酶原激活剂),优势减少手术时间,可在局麻下进行,减少组织损伤,特别是深部损伤;缺点使血凝块清除不及时,残存血肿继发性损伤影响预后,应用纤溶酶原激活剂可能继发血肿扩大,长期内置引流管增加感染机会,不能处理结构损伤(动静脉畸形或动脉瘤)。

我们已成功开展在 CT 引导下钻孔引流术联合尿激酶溶解治疗脑出血,简单,经济,创伤小,并发症少,明显缩短引流时间,加快病人恢复,明显降低病死率,血肿腔内局部应用尿激酶溶解血凝块并不增加再出血发生率。