

· 经验介绍 ·

穿刺引流术治疗高血压性基底节区出血疗效分析

千 超 王建峰

【摘要】目的 探讨穿刺引流术治疗高血压性基底节区出血的疗效。方法 回顾性分析 2014 年 2 月~2016 年 12 月收治的 72 例高血压性基底节区出血的临床资料,其中 36 例采用保守治疗(对照组),36 例在对照组治疗基础上实施穿刺引流术(观察组)。入院时及治疗后 1、3、5、7 d,根据 CT 检查评估半暗区水肿带宽度。治疗后 3 个月采用巴氏指数(BI)及美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分评估疗效。结果 治疗前,两组半暗区水肿带宽度无统计学差异($P>0.05$);治疗后 1、3、5、7 d,观察组半暗区水肿带宽度均明显小于对照组($P<0.05$)。治疗前,两组 NIHSS 评分及 BI 无统计学差异($P>0.05$);治疗后 3 个月,观察组 NIHSS 评分明显低于对照组($P<0.05$),而 BI 明显高于对照组($P<0.05$)。观察组有效率(91.67%, 33/36)明显高于对照组(72.22%, 26/36; $P<0.05$)。结论 穿刺引流术治疗高血压性基底节区出血效果显著,可有效缩小半暗区水肿带宽度,改善预后。

【关键词】 高血压性脑出血;基底节;穿刺引流术;半暗区水肿带;预后

【文章编号】 1009-153X(2018)01-0033-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

高血压性基底节区出血,病情较凶险,进展快,致残率及病死率较高。保守治疗血肿吸收不及时,且脑水肿持续时间较长,影响病人预后^[1]。传统开颅手术创伤较大,术后并发症多。王国强等^[2]研究表明,穿刺引流术创伤小、安全性高,疗效好。本文探讨穿刺引流术治疗高血压性基底节区出血的疗效。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准 纳入标准:符合人民卫生出版社第 7 版《神经病学》高血压性脑出血临床诊断标准^[3];CT 检查显示血肿位于基底节区,且血肿体积 ≥ 30 ml;首次出血,发病至治疗时间 ≤ 24 h;病人家属自愿签署知情同意书。排除标准:并发其他脑血管疾病;并发心、肺等功能障碍;并发凝血功能障碍;动脉瘤、动静脉畸形破裂出血及多靶点出血;发病前有神经系统病变。

1.2 研究对象 2014 年 2 月~2016 年 12 月收治符合标准的高血压性基底节区出血 72 例,根据治疗方法分为观察组和对照组,各 36 例。对照组男 20 例,女 16 例;年龄 43~71 岁,平均(57.41 \pm 11.71)岁;发病至就诊时间 0.4~19.3 h,平均(9.73 \pm 6.22)h。观察组男 22 例,女 14 例;年龄 41~73 岁,平均(57.28 \pm 11.60)岁;发病至就诊时间 0.7~18.6 h,平均(9.67 \pm 6.10)h。两组性别、年龄、发病至就诊时间等无统计学差异($P>$

0.05)。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用保守治疗,包括卧床休息、营养脑神经、止血剂、降颅内压、心电监护等,并配合进行针灸、早期康复训练。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上实施穿刺引流术治疗。根据 CT 扫描明确血肿具体体积与位置,以最大血肿层面中心作靶点,明确穿刺位置及方向、深度。局部下,采用 YL-1 型血肿穿刺针进行穿刺。必要时应用尿激酶 1~2 万 U,夹管 2~3 h,间隔 8 h 重复 1 次。血肿完全消失后可撤除引流管。

1.4 观察指标 ①半暗区水肿带评估:入院时及治疗后 1、3、5、7 d 时进行颅脑 CT 检查,测定半暗区水肿带宽度。②治疗后 3 个月,采用巴氏指数(Barthel index, BI)和美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale, NIHSS)评分评估预后。NIHSS 评分降低 $>46\%$ 为显效,降低 18%~45%为有效,降低 $<18\%$ 为无效;总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ ^[4]。

2 结果

2.1 治疗前后半暗区水肿带变化 治疗前,两组半暗区水肿带宽度无统计学差异($P>0.05$),治疗 1、3、5、7 d,观察组半暗区水肿带宽度均明显小于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 治疗前后疗效比较 治疗前,两组 NIHSS 评分及 BI 无统计学差异($P>0.05$)。治疗后 3 个月,观察组 NIHSS 评分明显低于对照组($P<0.05$),而 BI 明显高

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.01.012

作者单位:712000 陕西咸阳,陕西省核工业二一五医院神经外科(千超),神经内科(王建峰)

通讯作者:王建峰, E-mail: wjf2152005@163.com

表 1 两组治疗前后半暗区水肿带宽度变化比较(mm)

组别	治疗前	治疗后 1 d	治疗后 3 d	治疗后 5 d	治疗后 7 d
观察组	3.12±0.35	1.92±0.24*	1.56±0.20*	2.14±0.22*	2.62±0.21*
对照组	3.11±0.40	4.72±0.68	5.41±0.70	6.01±0.75	6.60±0.59

注:与对照组相应值比,* P<0.05

表 2 两组治疗前后 NIHSS 评分及 BI 比较

组别	NIHSS 评分(分)		BI	
	治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月
观察组	25.04±11.50	12.09±7.61*	50.01±10.07	82.23±12.05*
对照组	24.96±11.37	19.60±8.02	51.02±10.33	71.44±11.23

注:与对照组相应值比,* P<0.05;NIHSS:美国国立卫生研究院卒中量表;BI:巴氏指数

于对照组(P<0.05)。见表 2。观察组显效 19 例,有效 14 例,无效 3 例;对照组显效 11 例,有效 15 例,无效 10 例;观察组有效率(91.67%)明显高于对照组(72.22%;P<0.05)。

3 讨论

高血压性脑出血占全部脑出血疾病的 70% 左右,基底节区为高血压性脑出血常见部位。保守治疗为救治高血压性基底节区出血的传统措施,能在一定程度上缓解临床症状,但对脑水肿吸收效果不明显,可致使脑水肿长时间存在,对神经功能恢复造成限制,进而对改善预后造成不利影响。手术及时清除血肿,缓解占位效应,可抑制脑水肿进展,防止脑疝形成。同时,清除血肿还可降低红细胞降解产物对脑细胞产生的毒性作用,并挽救受损神经细胞,促使神经功能恢复^[5]。相较于传统开颅手术,穿刺引流术创伤较小、操作简单、术前准备用时少,且能减小对机体造成的损伤,极其适用于老年病人及并发其他脏器病变的病人。本文结果显示,观察组疗效明显优于对照组,表明穿刺引流术治疗高血压性基底节区出血效果良好。

研究表明,半暗区水肿可直接损坏脑组织,导致周边脑组织发生缺血性坏死,且水肿液化形成的毒素还能引起继发性脑损害,加剧神经功能受损程度^[6,7]。本文观察组治疗后半暗区水肿带宽度明显小于对照组,提示穿刺引流术可有效缩小半暗区水肿带宽度。分析原因可能是:穿刺引流术所应用的 YL-1 型颅内血肿粉碎抽吸穿刺针工作通道直径较小,仅 3~4.5 mm,可最大程度减小对脑组织造成的创伤,且在 CT 引导下操作,可精准定位血肿具体位置,提高血肿清除率,缩小水肿带宽度。同时,穿刺引流术操作仅局限于血肿腔,不会对血管产生直接侵扰,且引

流较缓慢,再出血风险低。但穿刺引流术无法在直视下操作,易导致血肿引流不够彻底,若再次发生出血,则会导致二次手术难度增大。因此,术前应根据 CT 检查结果、病人意识状态、病情特征及变化趋势、出血量、出血部位等情况进行综合评估,选取最佳治疗方案。

总之,穿刺引流术治疗高血压性基底节区出血,可有效缩小半暗区水肿带宽度,改善病人神经功能。

【参考文献】

- [1] 吕 莉. 早期微孔手术与内科保守治疗对患者中小量基底节脑出血后脑水肿及预后影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(13): 3754-3755.
- [2] 王国强, 李世强, 张微微, 等. 微创穿刺引流对高血压自发基底神经节区脑出血预后的影响——前瞻性非随机对照研究[J]. 解放军医学杂志, 2014, 39(7): 531-541.
- [3] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013. 188-192.
- [4] 王朝平, 吴 杰, 周 敏. 微创钻孔引流与开颅血肿清除术治疗中老年高血压脑出血的临床疗效及预后比较[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(18): 4494-4495.
- [5] 张宏敏, 张卫华, 陈保忠, 等. 微创穿刺引流术对基底节区脑出血水肿带变化的影响[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(14): 2286-2288.
- [6] 王坤红, 孙志辉, 赵亚利, 等. 微孔穿刺引流术对基底节区脑出血患者血清炎症因子水平的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(36): 4064-4066.
- [7] 金 涛, 王 超. 超早期微创穿刺引流术对基底节区脑出血的疗效及其机体功能的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(4): 517-521.

(2017-02-28 收稿, 2017-09-29 修回)