

• 经验交流 •

微创手术加服通腑泻瘀汤治疗高血压脑出血临床观察

韦日松, 陆 娟, 邹世昌

(广西柳城县人民医院, 广西 柳城 545200)

【关键词】 高血压; 脑出血; 通腑泻瘀汤; 微创手术

中图分类号: R744.34

文献标识码: B

文章编号: 1008-9691(2008)04-0247-01

我院于 2000 年 5 月—2007 年 6 月分别应用微创钻孔碎吸术及微创钻孔碎吸术加服通腑泻瘀汤治疗高血压脑出血患者 145 例, 现对比分析其中 93 例临床资料完整并得到随访者, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 微创钻孔碎吸术加通腑泻瘀汤组(治疗组)48 例, 微创钻孔碎吸术组(对照组)45 例, 两组患者一般资料比较差异均无统计学意义(表 1, P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 治疗方法: ①对照组: 选用 YL-I 型一次性颅内血肿穿刺针, 以血肿量最多接近颅骨最小距离的 CT 层面为钻孔穿刺点, 避开血管和大脑皮质的重要功能区, 根据测量的血肿深度不同选择相应长度的穿刺针。通过血肿抽吸, 冲洗排出陈旧性积血后, 从血肿腔内注入尿激酶 20 kU(用 3~4 ml 生理盐水稀释), 夹管 2~3 h 后开放持续引流, 每日行血肿冲洗 1~2 次。经 CT 复查, 排出积血 2/3 以上(一般需 2~8 d)即可拔针。术后控制血压, 行亚低温治疗、预防并发症及全身支持疗法。②治疗组在对照组的基础上加服通腑泻瘀汤: 大黄 10 g(后下), 厚朴 10 g, 枳壳 15 g, 生地 20 g, 丹参 20 g, 菊花 20 g, 赤芍 15 g, 钩藤 12 g, 甘草 6 g, 每日 1 剂口服, 意识不清者采用插胃管鼻饲, 连续服用 1 个月。服药期间大便保持每日 1~2 次, 如果次数偏多则减小黄用量。

1.3 疗效判定标准: 以患者术后 6 个月以上日常生活能力(ADL)分为 5 级^[2]。

1.4 统计学处理: 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 结果: 两组患者随访 6~48 个月, 平均 18.5 个月; 两组患者病死率比较差

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	发病时间 ($\bar{x} \pm s$, h)	格拉斯哥昏迷 评分 ^[1] ($\bar{x} \pm s$, 分)	平均出血量 ($\bar{x} \pm s$, ml)
		男	女				
对照组	45	29	16	66.7±10.2	6.01±5.23	9.89±4.10	58.12±9.64
治疗组	48	29	19	65.3±9.2	5.12±4.11	10.24±3.12	57.36±9.22

组别	例数	病情分级 ^[2] (例)			双侧瞳孔变化(例)		主要并发症(例)		
		I~II级	III~IV级	V级	不等大	散大	消化道出血	中枢性高热	脑疝
对照组	45	20	19	6	21	5	26	20	15
治疗组	48	22	21	5	25	3	28	23	19

组别	例数	出血部位(例)					出血量(例)		
		基底节	皮质下	破入脑室	铸型	脑疝	30~50 ml	51~90 ml	>90 ml
对照组	45	33	12	18	9	26	21	19	5
治疗组	48	36	12	28	8	28	20	25	3

异无统计学意义($P > 0.05$); 而治疗组 ADL 分级较对照组改善更明显($P < 0.05$)。

2 讨论

高血压脑出血血肿形成 6 h 后, 周围脑组织即发生变性、出血和坏死, 造成不可逆性脑组织损害, 同时血肿增大, 血肿周围脑组织水肿, 急性脑积水是造成患者病情进一步恶化的主要原因。因此, 当手术指征明确时, 应尽早进行手术治疗^[4]。对脑出血采取微创血肿抽吸引流治疗可有效消除出血, 减轻脑水肿程度, 改善局部血流, 减少血肿周围神经元损伤程度, 降低病死率和致残率。高血压脑出血患者在钻孔引流术加尿激酶溶解术后 72 h 内, 仍存在颅内压明显偏高^[5]。

朱文宗等^[6]研究结果表明, 应用活血通腑法治疗高血压脑出血患者可明显降低病死率、提高综合疗效、改善 ADL。笔者结合中药通腑泻瘀汤治疗, 用大黄、厚朴、枳壳通腑泻浊, 引邪下行, 有利于降低颅内压; 菊花、钩藤清肝潜阳, 有利于血压的控制; 丹参、赤芍改善受损脑组织的血液循环; 生地凉血止血, 诸药合用共同促进脑组织功能的恢复。

综上, 微创钻孔碎吸术联合通腑泻

瘀汤治疗可使生存者的肢体功能恢复较好, 生存质量明显提高。

参考文献

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 2 版. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 284.
- [2] 韩仲岩, 唐盛孟, 石秉霞. 实用脑血管病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1996: 398.
- [3] Kanno T, Sano H, Shinomiya Y, et al. Role of surgery in hypertensive intracerebral hematoma: a comparative study of 305 nonsurgical and 154 surgical cases[J]. J Neurosurg, 1984, 61(6): 1091-1099.
- [4] 李云辉, 林中平, 黄建龙, 等. 超早期钻孔血肿清除术治疗高血压基底节出血 24 例[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(5): 312.
- [5] 宋少军, 费舟, 章翔, 等. 传统开颅与钻孔引流术治疗高血压脑出血后颅内压变化的对比研究[J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15(9): 532-534.
- [6] 朱文宗, 周龙涛, 胡万华, 等. 活血通腑法对高血压脑出血患者血肿微创清除术后血浆内皮素水平影响的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(6): 338-341.

(收稿日期: 2007-09-18)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 韦日松(1966-), 男(壮族), 广西壮族自治区人, 主治医师。