

• 经验交流 •

颅内血肿微创清除术联用中药治疗高血压脑出血疗效观察

程生斌¹, 程生林², 徐创贵¹, 曾祥武¹, 柳明德¹, 刘永德¹, 陆向文¹, 柴 辉¹, 柴兆斐¹, 刘 雯¹

(1. 甘肃省民勤县人民医院, 甘肃 民勤 733300; 2. 甘肃省敦煌市医院, 甘肃 敦煌 736200)

【关键词】 高血压; 脑出血; 微创清除术; 复方丹参; 纳洛酮; 胞二磷胆碱

中图分类号: R743.34 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.01.017

高血压脑出血发病率、病死率、致残率均较高, 治疗的关键在于对有指征者及时清除颅内血肿, 降低颅内压, 保护血肿周边脑组织, 促进神经功能缺损的恢复。本院自 2005 年起采用微创清除术与复方丹参、纳洛酮、胞二磷胆碱注射液联用治疗高血压脑出血取得了较好的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 选择 2005 年 1 月至 2009 年 6 月本院住院的高血压脑出血患者 66 例, 按随机数字表法将患者分为两组。治疗组 34 例中男 23 例, 女 11 例; 年龄 43~75 岁, 平均 (58.31±17.22) 岁; 出血部位: 基底节区 26 例 (破入脑室 6 例), 脑叶出血 8 例; 出血量 30~49 ml 26 例, ≥50 ml 8 例。对照组 32 例中男 22 例, 女 10 例; 年龄 45~73 岁, 平均 (56.23±15.36) 岁; 出血部位: 基底节区 24 例 (破入脑室 4 例), 脑叶出血 8 例; 出血量 30~49 ml 23 例, ≥50 ml 9 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 (均 $P>0.05$), 有可比性。

1.2 入选标准: ①诊断符合全国第四届脑血管病学术会议制定的标准。②剔除外伤性脑出血、脑干出血、小脑出血, 以及入院时已出现心、肺、肝、肾等重要器官功能不全者。

1.3 治疗方法: 根据 CT 扫描结果, 选择最大层面的血肿中心为穿刺靶点, 避开大血管及重要皮质功能区, 使用 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针, 以出血侧头皮至血肿中心的距离为进针的长度, 若血肿过大可行双针穿刺。局麻后将穿刺针固定在电钻头上, 在电钻带动下钻透颅骨及硬脑膜, 拔出针体, 插入钝圆头针芯, 推至血肿中心, 拔出针芯, 即可见陈

旧性血液流出, 拧上帽盖, 连接侧管, 并接 5 ml 注射器, 抽吸血肿液态部分。第一次清除血肿量的 20%~40%。然后向血肿腔内注入 2 ml 生理盐水加 20 kU 尿激酶, 夹管 2~4 h 后开放引流管, 每日 2 次, 引流出血肿量的 90% 以上即可拔管。微创术后根据病情给予脱水、降颅压、控制血压、抗感染、维持水和电解质平衡及对症治疗。治疗术后给予 20 ml 复方丹参和胞二磷胆碱注射液 1 g 分别加入 5% 葡萄糖注射液 (或生理盐水) 250 ml 静脉滴注, 每日 1 次, 连续治疗 21 d。盐酸纳洛酮注射液 1.6 mg 加入生理盐水 100 ml 静脉滴注, 每日 1 次, 连续治疗 14 d。

1.4 观察指标: ①患者意识恢复时间及再出血发生率。②治疗前及术后 7、14、21 d 行头颅 CT 检查, 观察残余血肿吸收及病灶周边水肿变化。③治疗前及治疗 1 个月时日常生活活动 (ADL) 分级。

1.5 疗效判定标准: ①采用全国第四届脑血管病学术会议制定的脑卒中神经功能缺损程度评分 (NDS) 标准。基本痊愈: NDS 减少 91%~100%, 病残程度 0 级; 显著进步: NDS 减少 41%~90%, 病残程度 1~3 级; 进步: NDS 减少或增加 18% 以内; 恶化: NDS 减少或增加 18% 以上。显效 = 基本痊愈 + 显著进步; 总有效 = 显效 + 进步。②ADL 分级: I 级: 完全恢复正常生活; II 级: 部分恢复日常生活或可独立生活; III 级: 家庭生活需要帮助, 行走需用拐杖; IV 级: 卧床不起, 但有意识; V 级: 植物生存状态。

1.6 统计学处理: 计量数据用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料用率表示, 组间比较采用 t 检验和 χ^2 检验, $P<0.05$

为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 意识恢复时间与再出血发生率 (表 1): 治疗组意识恢复时间较对照组明显缩短, 再出血率较对照组明显减少, 差异有统计学意义 (均 $P<0.01$)。

表 1 两组患者治疗后意识恢复时间及再出血率比较

组别	例数	意识恢复时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	再出血率 [% (例)]
治疗组	34	1.69±0.79 ^a	8.8(3) ^a
对照组	32	3.62±1.53	15.6(5)

注: 与对照组比较, ^a $P<0.01$

2.2 存活患者 ADL 分级 (表 2): 治疗组 ADL I + II 级患者比例明显高于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 两组存活患者 ADL 分级比较

组别	例数	ADL 分级 (例)					ADL I + II 级 [% (例)]
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	
治疗组	32	10	12	6	2	2	68.8(22) ^a
对照组	29	5	9	9	4	2	48.3(14)

注: 与对照组比较, ^a $P<0.05$

2.3 残余血肿吸收及病灶周边水肿变化情况 (表 3): 治疗组存活患者术后 7、14、21 d 残余血肿吸收率分别为 68.2%、84.4%、96.2%; 对照组分别为 60.5%、78.3%、85.1%; 两组比较差异有统计学意义 (均 $P<0.05$)。治疗组术后 14 d、21 d 病灶周边脑水肿体积均明显小于对照组 (均 $P<0.05$)。

2.4 两组治疗后疗效比较 (表 4): 治疗组显效率和总有效率均明显高于对照组 (均 $P<0.01$); 治疗组病死率虽低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后病灶周边水肿体积变化比较 ($\bar{x} \pm s$) cm³

组别	治疗前	术后 7 d	术后 14 d	术后 21 d
治疗组	28.31±2.67(34)	22.66±2.18(33) ^a	16.84±1.55(32) ^{ab}	11.62±1.50(32) ^{ab}
对照组	27.44±2.86(32)	24.08±2.52(30)	22.14±2.63(29) ^a	18.83±2.10(29) ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$; 与对照组比较, ^b $P<0.05$; 括号内为病例数

基金项目: 甘肃省武威市科研立项课题 (WW090412)

作者简介: 程生斌 (1963-), 男 (汉族), 甘肃省人, 副主任医师, Email: csf6394@126.com。

表 4 两组患者治疗后疗效比较

组别	例数	临床疗效[例(%)]					显效率 (%)	总有效率 (%)
		基本痊愈	显著进步	进步	无变化或恶化	死亡		
治疗组	34	9(26.5)	14(41.2)	5(14.7)	4(11.8)	2(5.9)	67.6*	82.4*
对照组	32	5(15.6)	9(28.1)	8(25.0)	7(21.9)	3(9.4)	43.8	68.8

注:与对照组比较,* $P<0.01$

3 讨论

Mizukami 提出高血压脑出血“颅内挤压概念”,证明血肿周围脑组织压力远较颅内压高^[1]。Niizuma 和 Suzuki^[2]亦发现,高血压脑出血时血肿腔内压力比整个颅内压力高,血肿周围组织不可逆损害亦重于颅内压造成的全脑损害,血肿压迫时间越长,周围脑组织不可逆损害越重。目前国内外许多学者均主张超早期微创手术治疗高血压脑出血是发展方向^[3]。与单纯内科保守治疗比较,微创穿刺清除术抢救成功率及患者生活质量均明显提高^[4-7]。尽管微创穿刺清除术能清除大部分颅内血肿,但残留的血肿及出血后血管栓塞、炎症等原因仍然可导致局部明显脑水肿,加重周边脑组织继发性损伤^[8],影响患者预后。因此,微创清除术后如何配合药物治疗,改善患者预后是临床上值得探讨的课题。

中医学认为脑出血是由于脏腑阴阳失调,气逆血乱于上,致脑脉破损,血溢脉外,瘀血阻滞脑脉的出血中风病。“瘀血不去,新血难安”,只有清除离经之血,气血才得以流通,阴阳才归于平衡,脏腑才趋于和调,所以活血化瘀为急性脑出血的一个重要治则。

复方丹参注射液能改善大脑局部循环,降低毛细血管的通透性,从而降低颅内压和减轻脑水肿,加速血肿吸收,可促

进侧支循环的建立与开放,使毛细血管网增加,出血局部血管压力下降;对凝血机制等有双向调节作用,有利于防止再出血^[9];通过清除自由基,保护线粒体,改善能量代谢,减轻钙超载,调节钙稳定,保护缺血性脑细胞^[10-11],加速神经功能恢复。高血压脑出血患者血浆及脑脊液中 β -内啡肽和强啡肽均明显增高^[12],表明这两种内源性阿片肽参与了出血性脑中风的病理生理过程,并可能是加重其继发性损害的原因之一。

纳洛酮为二氢吗啡酮的衍生物,是阿片受体的纯拮抗剂,可迅速竞争应激状态下机体释放的大量阿片肽,阻滞其与阿片受体结合产生的病理损害,对抗或逆转由阿片肽所致的意识障碍。

胞二磷胆碱可促进缺血半暗带区神经细胞膜磷脂的合成,抑制磷脂 A1 和 A2 的活性,减少花生四烯酸聚集和乳酸合成,保护神经元细胞膜 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性,从而改善脑组织代谢,促进患者苏醒及神经功能缺损的恢复。

本研究表明,微创清除术与复方丹参、纳洛酮、胞二磷胆碱注射液联用治疗高血压脑出血,既有手术创伤小,操作简便安全,药品价廉易得,节省医疗费用的优点,又发挥了中医药优势,降低了病死率和致残率,提高了临床疗效,值得进一步研究与推广。

参考文献

[1] 李清美,谭兰,韩钟岩.脑血管病治疗学.北京:人民卫生出版社,2000:212-213.
[2] Niizuma H, Suzuki J. Stereotactic aspiration of putaminal hemorrhage using a double track aspiration technique. Neurosurgery, 1998, 22(2): 432-436.
[3] 张建军,董伟峰,张俊,等.手术时机对高血压脑出血患者康复影响的研究.中国危重病急救医学, 2002, 14(9): 551-553.
[4] 胡长林.颅内血肿微创穿刺清除术的现状与展望.内科急危重症杂志, 2007, 13(1): 6-8.
[5] 曹辉,李军荣,狄晴.微创颅内血肿碎吸术合并纳洛酮治疗高血压性脑出血的临床研究.临床神经病学杂志, 2002, 15(1): 49-51.
[6] 钟长明,金红阳,刘庆芳,等.微创血肿清除术救治脑出血并脑疝疗效观察.中国危重病急救医学, 2002, 14(3): 177-178.
[7] 黄益冰,戴耀曾.床边锥颅碎吸引流术治疗重症高血压脑出血 22 例报告.中国危重病急救医学, 2000, 12(12): 759-760.
[8] 黄新.中药在微创清除术治疗高血压脑出血中的应用近况.中国中医急症, 2006, 15(5): 530-532.
[9] 桑海康.中医治疗脑卒中急性期 66 例疗效观察.浙江中西医结合杂志, 2000, 10(8): 465-466.
[10] 李伟,马华.丹参在心脑血管病中的临床应用及其药理作用.中西医结合心脑血管病杂志, 2003, 1(10): 595-597.
[11] 孙建华,陈玮.微创清除术联合丹参注射液治疗高血压脑出血的临床研究.中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(1): 28-30.
[12] 黎发本.出血性中风患者血浆及脑脊液中 β -内啡肽和强啡肽含量的变化.中国危重病急救医学, 1994, 6(3): 157-158.

(收稿日期:2010-10-08)

(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国中西医结合急救杂志》对来稿的一般要求

文稿应具有科学性、创新性、实用性和导向性。要求资料真实、可靠,数据准确,必要时应进行统计学处理;文字精炼,层次清楚;论点明确,论据充分,结论清晰。应特别注意对研究过程和方法陈述的严谨性、逻辑关系的严密性、文字表述的流畅性。来稿需经第一作者或通信作者所在单位审核,并附单位推荐信。推荐信(附带版权转让协议)可在本刊编辑部索取。推荐信应证明稿件内容和数据资料的真实性,注明对稿件的审评意见以及无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等项,并加盖单位公章。如涉及保密问题,需附有关部门审查同意发表的证明。需要特别说明的是,科研论文一般具有职务作品的属性。为了保护知识产权,对于原创性研究论文,本刊要求稿件推荐信须由享有该研究知识产权的单位(即科研立项单位、病例资料所在单位)出具;多中心研究的推荐信可由作为该项研究主持者的第一作者或通信作者的所在单位出具。述评、综述、论坛类稿件不受上述规定限制。

欢迎作者通过 Email 投稿,《中国中西医结合急救杂志》的投稿邮箱:cccm@em120.com。对于 Email 投稿,还需再寄纸质版稿件 2 份以及各类基金项目复印件。

《中国中西医结合急救杂志》一般不退还原稿,请作者自留底稿。若作者要求退还文中原始图片,请在投稿时特别声明。为了便于必要时编辑部与作者及时取得联系,请在文稿后注明第一作者或通信作者的联系方式(移动电话及 Email),所有处理稿件的相关问题均通过 Email 完成。