专家连线

微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血临床分析

□易振恒

笔者对医院收治的95例高血压性脑出血患者采用微创颅内血肿清除术清除血肿,观察其疗效。本组血肿基本或全部清除时间为1天~7天,血肿清除率达93%~100%,穿刺针留置时间为2天~7天,存活86例,死亡9例,病死率为9.5%,对存活的86例患者按日常生活能力(ADL)评定疗效,总有效率为84.8%。

高血压性脑出血是神经科常见的急危重症,也是高血压的晚期表现,具有较高的致残率和病死率,且发病率在我国呈逐年上升趋势。目前,该病采用内科保守治疗效果较差,而外科开颅手术创伤较大,患者耐受性差,术后恢复不理想。

微创颅内血肿清除术是基于立体定向技术而发展起来的一种微创手术,能快速清除血肿,具有创伤小、定位准确、安全有效、预后好等优点,为脑出血的治疗开辟了新的途径。

我院采用微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血95例,效果良好,分享如下:

资料与方法

一般资料:笔者在3年时间内共观察我院收治的高血压性脑出血患者95例。男60例,女35例;年龄为39岁~83岁,平均年龄为60.7岁。所有患者均有高血压史,病程3个月~15个月。意识状态:意识清楚15例,嗜睡20例,浅昏迷24例,中昏迷28例,深昏迷及脑疝形成8例。出血部位:基底节52例,丘脑14例,脑叶16例,破入脑室系统15例。根据多田公式计算出血量:血肿量20毫升~30毫升为35例,31毫升~60毫升为45例,60毫升以上为15例。

治疗方法:所有患者均在CT定位下进行微创手术治疗,先行临床定位CT扫描,定位血肿最大层面距头皮最近点为穿刺点,并根据实际情况避开重要功能区及大血管区。最大血肿层面选取多点作为靶点,计算各个靶点坐标值,应用立体定向仪,根据定位的穿刺点靶点坐标调整定向仪,常规消毒、局麻后,在电钻驱动下行颅骨钻孔,导入引流管至靶点,拔去钻芯,引流管连接注射器抽吸血肿,将液态部分抽出(*首次抽液应控制在血肿容量的2/3以内*),如遇有新鲜出血可用肾上腺素1毫克+生理盐水100毫升反复冲洗。如此反复多次,待侧管引流液变淡后,固定引流管。手术后经各引流管向血肿腔或脑室内注入尿激酶2万单位~4万单位+生理盐水2毫升~5毫升,闭管2小时~4小时后开放引流。术毕12小时~24小时复查头颅CT,确认各引流管在血肿腔内,以后每天复查头颅CT,根据排出血肿量及复查CT结果决定重新注药及排血次数,直至血肿完全或基本消失后拔除引流管,带管时间一般为3天~5天,原则上不超过7天,对出血量较大并破入脑室系统者进行血肿穿刺+对侧脑室引流。术中、术后应严格无菌操作,术后常规应用止血药,给予小剂量脱水剂,2次~3次/天,同时给予抗感染、全身支持治疗及防止并发症等措施。

疗效评定标准:按照患者术后3个月日常生活能力分为5级。Ⅰ级为完全恢复正常生活;Ⅱ级为部分恢复日常生活或可独立进行家庭生活;Ⅲ级为家庭生活需要人帮助,拄拐杖可行走;Ⅳ级为卧床不起,但保持意识;Ⅴ级为植物状态生存。Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级定为临床有效,Ⅳ级、Ⅴ级为临床无效。

结 果

本组全部病例的血肿基本或全部清除时间为1天~7天,血肿清除率达93%~100%,穿刺针留置时间为2天~7天,本组存活86例,死亡9例,病死率为9.5%。死亡原因:肾衰竭1例,严重肺部感染5例,脑干损伤1例,多脏器功能衰竭2例,总有效率为78.9%。

讨 论

高血压性脑出血多发生于长期患有高血压、脑动脉硬化症的中老年人,发病急,在最初几小时内血肿迅速增大,血肿内压力也急剧增高,当血肿及水肿组织的压迫超出颅内可缓解空间,从而引起颅内压急剧升高,乃至脑干功能受损而危及生命。因此,尽快清除脑室内积血,解除压迫,阻断恶性循环,有效降低颅内压,是临床成功抢救患者的关键,内科保守治疗只对出血量较少的患者有效,对于出血量较多的重症患者,需要采取手术治疗,而传统的外科开颅术因手术创伤大,技术要求高,患者不能耐受手术等,术后病死率高达20%~65%,生存者致残率达40%以上。微创颅内血肿清除术能弥补上述不足,利用该技术治疗可使血肿在短时间内(*1小时~6小时*)大部分得到消除,血肿清除后缓解了占位效应,进一步解除血肿周围脑组织受压,挽救血肿周围脑组织半暗带缺血区,从而促进神经功能恢复。

微创颅内血肿清除术是采用立体定向仪穿刺针,直径仅为3毫米,损伤小,局麻下短时间内能完成操作。在整个治疗过程中,患者只接受一次穿刺损伤,且安全性高,费用低廉,患者恢复快,致残率显著降低,生活质量明显提高。关于手术时机问题,一般来讲,发病后6小时~12小时是微创手术的最佳时间,这样可有效清除血肿,显著减轻脑出血后的脑水肿形成。若手术时间过早,因出血尚未停止,微创术中和术后都可致再出血增加,病死率增加;过晚会导致血肿产生颅内高压,脑细胞受压,脑细胞坏死数目增加而导致病死率上升,还可导致反复冲洗术后再出血。在血肿穿刺、抽吸过程中,手法必须轻柔,避免用力空抽,为了避免抽血后血肿腔内压力骤然下降诱发再出血,抽吸血肿不可过多过快,宜分次进行,每次抽吸总量的1/3~1/2,抽血完毕后根据颅内压的高低可酌情注入少量的生理盐水以防止颅内压过低。此外,在利用CT定位、划线时,一定要避开重要功能区,定位准确才是手术成功的关键。同时根据抽吸、冲洗情况及引流量不断复查CT,以及时了解残留血肿部位、体积及引流管位置等。医生还要密切观察术后患者的病情,术后的积极处理也是提高疗效的关键,注意控制血压,血压过高易致再出血。

本研究结果显示,本组全部病例血肿基本或全部清除时间为1天~7天,血肿清除率达93%~100%,引流管留置时间为2天~7天,存活86例,死亡9例,病死率为9.5%。对存活的86例患者按ADL评价疗效,总有效率为84.8%,表明该微创手术是一种较理想的治疗颅内血肿方法。总之,微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血疗效好,操作简单,损伤小,术后恢复快,可降低并发症发生率,值得临床推广。

(*作者供职于新乡市第二人民医院*)

秋季注意防治风寒感冒和风热感冒

□卜俊成 郭伟

进入秋季,随着昼夜温差的逐步增大,呼吸系统疾病进入了高发期。肺与秋季相应,当外邪侵犯于肺,很容易诱发感冒。此时,人们需要注意防治风寒感冒和风热感冒。中医认为,感冒是感受风邪或时行病毒,引起肺卫功能失调,出现鼻塞、流涕、喷嚏、头痛、恶寒、发热、全身不适等主要临床表现的一种外感疾病。其病位在肺卫,其基本病机是外邪影响肺卫功能失调,导致卫表不和,肺失宣肃。秋季感冒的类型主要以风寒感冒和风热感冒为主。

当人们过度贪凉,常食冷饮或不及时因气温降低而添加衣物,风寒之邪则会从口鼻或从皮毛而入,侵犯肺卫,引发风寒感冒。《素问·骨空论》指出,风寒感冒因"风从外入,令人振寒汗出,头痛、身重、恶寒"。此类患者多恶寒重、发热轻、无汗、头痛身痛、鼻塞流清涕、咳嗽咯稀白痰、口不渴或渴喜热饮、苔薄白,治法应以辛温解表为主。常选用麻黄、荆芥、防风、苏叶等解表散寒药。随着病程的发展,部分患者还可演变为风热感冒。

初秋气温高热干燥,当风热之邪侵袭,致卫表不和、肺失清肃,则会引发风热感冒。《诸病源候论·风热候》记载:"风热病者,风热之气,先从皮毛入于肺也。肺为五脏上盖,候身之皮毛,若肤腠虚,则风热之气,先伤皮毛,乃入肺也。其状使人恶风寒战,目欲脱,涕唾出。"此类患者症状多表现为发热重、微恶风、头胀痛、有汗、咽喉红肿疼痛、咳嗽、痰黏或黄、鼻塞黄涕、口渴喜饮、舌尖边红、苔薄白微黄。治宜辛凉解表,发散风热。

治疗风寒感冒时,久病化热的患者,以及风热感冒患者,可辅助选用河南信心药业有限公司生产的信心牌感冒舒颗粒。该药主要由大青叶、连翘、荆芥、防风、薄荷、牛蒡子、桔梗、白芷、甘草等组成。其中,大青叶可清热解毒,凉血消斑;连翘可消肿散结,疏散风热;荆芥、防风可解表散风;薄荷能清利头目,利咽透疹;牛蒡子能宣肺透疹,解毒利咽;桔梗可宣肺祛痰;白芷可祛风止痛,宣通鼻窍。诸药合用,可疏风清热,发表宣肺,主要用于因风热感冒引起的头痛体困,发热恶寒,鼻塞流涕,咳嗽咽痛。针对病情严重的患者,首次服用信心牌感冒舒颗粒,可以加倍剂量。若患者咳嗽、咯痰症状严重,并伴胸痛等症状,或体温持续超过38.5摄氏度,需要及时到医院诊治。

针对秋季感冒的预防,专家提醒,初秋时节气温变化大,人们要根据气温变化,及时增减衣物;秋季天气干燥,要通过多饮水或多食水果,来补充水分;秋季流行性感冒也将进入高发时期,人们在去相对拥挤的公共场所,或乘坐公共交通工具等时,要佩戴口罩,预防感冒病毒的入侵。

信心讲堂

信心药业 始于1953年 心正药精

经验分享

输尿管结石的成因

□孙 强

输尿管结石大多来源于肾结石,输尿管结石和肾结石的症状基本相似。结石的大小与阻塞、血尿和疼痛程度不一定成正比。在输尿管中、上段部位的结石嵌顿阻塞或结石在下移过程中,常引起典型的患侧肾绞痛和镜下血尿。疼痛可向大腿内侧、睾丸或阴唇放射。常伴有恶心、呕吐,有时血尿为肉眼可见。输尿管膀胱壁间段最为狭小,结石容易停留。

输尿管结石产生的相关因素:尿石由尿液中所含的晶体与胶体沉积,积聚而成。结石产生的因素可能是综合性的,不一样的成分和不一样的部位,其结石产生也不尽相同。有些与外界环境有关,有些则与患者内在因素有关,如营养不良、维生素A缺乏、地理环境、膳食习惯、遗传趋向、代谢改变和尿路局部改变均为重要因素。

钙性结石:小儿尿石症中常见的是草酸钙,可能找不出任何原因,也可能并发于高钙血症,如甲状旁腺功能亢进、类赘瘤并长期卧床、维生素D过高等。血钙正常而有高尿钙症可见于服用呋塞米(*新生儿可产生结石*),或未能控制的远端肾小管酸中毒,完全胃肠道外营养或碱中毒。在大部分患者中,高尿钙症引发结石的原因是病因不明。有时小儿有高尿钙症在第一块结石检出以前常已有数年的反复肉眼血尿及腰痛,故小儿有反复肉眼血尿时须检查尿钙量。正常的最高限度是4毫克/(*公斤·24小时*)或尿钙/肌酐比值大于0.25。草酸钙结石可发生于患小肠病变及肠道吸收障碍的小儿,因结肠再吸收过多的草酸盐所致。原发性高草酸尿症常始于4岁~5岁前,可产生肾结石及肾钙化,呈进行性以致发生肾衰。

胱氨酸结石:胱氨酸结石约占泌尿系结石的1%,是先天遗传性的肾小管功能缺陷性疾病。主要形成原因是肾小管对胱氨酸、赖氨酸、精氨酸和鸟氨酸的重吸收不好所致。

感染性结石:能分解尿素的细菌(*如革兰阳性的变形杆菌、绿脓杆菌等*)所引起的泌尿系统被传染,导致尿碱化及产生过多的氨引发积坠形成磷酸钙胺和磷酸钙结石。该结石以异物引起阻塞,结石也常与细菌密切相关致使持续出现尿路被传染。

(*作者供职于郑州市第七人民医院*)

蛛网膜下腔出血的介入治疗

□张化彪 韩新巍

动脉瘤是血管局限性扩张膨胀,如同自行车内胎局部鼓了一个包。脑动脉瘤可以是先天性血管壁发育薄弱,也可是后天性血管壁损伤而变薄弱,在正常100毫米汞柱(*1毫米汞柱=133.322帕*)左右压力下血流持续冲击,薄弱区血管壁局限性外突膨隆,或局限性扩张,即形成动脉瘤。

蛛网膜下腔出血的危害

脑动脉瘤一旦形成不会自行消失,在高压的动脉血流冲击下动脉瘤将逐渐扩大,动脉瘤越大其瘤壁越薄弱,一旦扩张到极限,动脉瘤的瘤壁就会破裂出血;若生活或工作中血压突然飙升(*发怒、开怀大笑、大便等情况下血压都会显著高升*),突然升高的血压将冲破薄弱的动脉瘤瘤壁也会导致动脉瘤破裂大出血。由于动脉压力大,如果脑动脉破裂,在短时间内会大量出血,脑动脉瘤出血最常见的部位是蛛网膜下腔出血。

颅骨构成一个完整而坚固的骨质结构颅腔,里面容纳着大脑、小脑与脑干等神经组织和脑脊液(*即蛛网膜下腔*)。动脉瘤破裂血液进入蛛网膜下腔,一旦蛛网膜下腔出血量大,增加颅腔内压力,压力增高以及血肿压迫会影响脑组织功能,导致血压异常、呼吸心跳停止等一系列不可挽回的神经功能障碍。有不少患者蛛网膜下腔出血后几小时、十几小时后,突然出现心跳呼吸停止的情况。这也是动脉瘤破裂、蛛网膜下腔出血急性期常见、最严重的并发症。

血液进入蛛网膜下腔一周后,血液细胞如红细胞破坏裂解,释放出大量高分子物质如血红蛋白等,形成蛛网膜下腔高渗透压状态,高渗透压刺激脑动脉,引起脑动脉严重痉挛、狭窄,甚至出现脑动脉闭塞,脑缺血坏死。蛛网膜下腔出血后,脑动脉痉挛继发性大面积脑梗死,这是蛛网膜下腔出血亚急性期的严重并发症,治疗困难。脑梗死继发性脑水肿,加剧颅内压增高,形成脑疝,又是一个亚急性期致死性原因。

国内外研究显示,患者第一次出现动脉瘤破裂、蛛网膜下腔出血,若保守治疗没能及时消除动脉瘤,其致死率与严重致残率高达47%;若二次破裂出血,其死亡率与致残率将翻倍;若第三次出血,几乎见不到存活者。有研究报道,动脉瘤破裂后24小时以内,每小时增加1%再破裂率;动脉瘤破裂1个月内,每天增加1%破裂率,最高再破裂出血发生率接近50%。

故而,脑动脉瘤一旦破裂出血,应争分夺秒进行介入治疗,消灭动脉瘤,避免再次破裂出血风险。

蛛网膜下腔出血的诊断

突发性剧烈头痛,持续性头痛如爆炸般难以忍受,应即刻进行CT检查。头颅CT可发现95%以上的蛛网膜下腔出血。证实蛛网膜下腔出血者,应尽早完成头颈联合CTA(*心脏血管造影*)检查,CTA的三维立体脑动脉成像可以显示近98%的脑动脉瘤。只要发现脑动脉瘤,应尽快将患者转送到有条件的医院,进行脑动脉瘤介入栓塞治疗。需要注意的是,对于蛛网膜下腔出血的患者,在转送过程中,一定要切实保障并维护患者的正常呼吸与循环功能,若呼吸不稳,在必要时应使用呼吸机,保证患者输送过程平稳、安全。

蛛网膜下腔出血的介入治疗

在微创介入治疗没有普及以前,治疗蛛网膜下腔出血的脑动脉瘤有个旧理念,认为出血后应绝对卧床休息1个月,1个月后再进行相关诊断与治疗。这种理念已证实是错误的,因为1个月内有近半数患者会再次出血危及生命,有近1/3患者出现严重致残,甚至死亡。随着介入治疗技术逐渐成熟和广泛应用,这种被动等待病情稳定再治疗的观点已被舍弃。

蛛网膜下腔出血者只要发现脑动脉瘤应尽早消除动脉瘤,首选微创介入栓塞治疗。在准备介入治疗的过程中要确保血压、心跳和呼吸等生命体征稳定,对于出血量大、呼吸不平稳的患者,应进行气管插管应用呼吸机维持呼吸。即便生命体征不稳,甚至没有自主呼吸而依赖呼吸机维持呼吸者,也要积极进行脑动脉瘤的介入栓塞治疗,只要介入栓塞消除了动脉瘤并彻底阻止再次出血,原有出血对脑组织的刺激会逐渐减轻,脑功能会逐渐恢复,呼吸心跳也会逐渐正常,生命体征逐渐趋于稳定。再积极配合蛛网膜下腔出血脑脊液的相应处理,患者会完全恢复健康。

发生蛛网膜下腔出血的脑动脉瘤采用介入治疗,可选择的技术有单纯钢圈栓塞术、内支架辅助钢圈栓塞术及覆膜内支架置入术等。密网支架(*血流导向装置*)也可用于治疗脑动脉瘤,但对于合并出血的急性期与亚急性期患者并不适合。

(*作者供职于郑州大学第一附属医院*)

健康你我 原装生活 JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO 36

郑州人民医院南部院区
超声医学科主任史景璐:
产前超声检查的六个误区
扫码看视频

史景璐,郑州人民医院南部院区超声医学科主任,从事超声诊断工作18年,医学硕士,高级职称;任中国医药教育协会健康体检与评估专业委员会常务委员;擅长各类腹部脏器常见病及疑难病的超声诊断,甲状腺、乳腺等浅表器官良性、恶性肿瘤的鉴别与诊断,各类妇产科相关疾病的超声诊断,在心脏、肝脏、肾脏、胰腺等器官移植术前超声评价、术中监护、术后随访及术后并发症诊断方面积累了丰富的经验。

本版未署名图片为资料图片

稿 约

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》等栏目。请您关注,并提供稿件或建议。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞

电话:13783596707

投稿邮箱:5615865@qq.com

邮政编码:450000

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室。