

〔文章编号〕 1007-0893(2020)23-0172-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.23.081

脑室外引流术对重症高血压脑出血并脑室铸型的疗效观察

周绍福 伊 鹏 卢荣加 侯建金 王建华 陈韶平 龚 进 莫教彬

(龙岩人民医院, 福建 龙岩 364000)

〔摘要〕 **目的:** 探究脑室镜下脑室内血肿清除术与脑室外引流术治疗重症高血压脑出血并脑室铸型的临床效果。**方法:** 选取2009年12月至2019年1月期间于龙岩人民医院就诊的120例重症高血压脑出血并脑室铸型患者为研究对象, 随机分为对照组($n=60$, 采用脑室镜下脑室内血肿清除术治疗)和观察组($n=60$, 采用脑室外引流术治疗), 比较两组手术情况(住院时间、术中出血量、术后残余血量、术后置管时间、再出血发生率), 比较术前、术后7d两组患者意识状态及康复情况[格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分、昏迷康复量表(CRS-R)评分]。**结果:** 观察组患者再出血发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组住院时间、术后置管时间均显著短于对照组, 观察组术中出血量、术后残余血量均少于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。术后7d, 两组患者GCS、CRS-R评分均较术前提高, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 相较于脑室内血肿清除术, 脑室外引流术在治疗重症高血压脑出血并脑室铸型疗效更为理想, 且对患者造成创伤更小, 利于加快其术后恢复进程。

〔关键词〕 重症高血压脑出血; 脑室外引流术; 脑室镜下脑室内血肿清除术

〔中图分类号〕 R 651.1⁺2 〔文献标识码〕 B

近年来, 随着国内居民不健康生活方式增加以及人口老龄化进展, 高血压逐渐成为高发疾病, 由该疾病引起的脑出血是目前高血压患者面临的急性危重并发症之一, 一旦发病可呈现高致死、致残率^[1], 严重威胁患者生命健康。部分患者脑出血情况较为严重, 可发生脑室铸型, 即出血破入脑室, 或因脑室自发出血导致脑室被血液充满。开颅血肿清除术目前作为治疗高血压脑出血的常见术式, 虽可一定程度上清除血肿, 但术后患者发生的再出血并不利于患者预后, 而镜下进行的脑室外引流术被指出更具微创特点, 利于患者术后恢复。本研究将对两种手术方式作出比较, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2009年12月至2019年1月期间于本院就诊的120例重症高血压脑出血并脑室铸型患者为研究对象, 随机分为观察组和对照组, 各60例。观察组男37例, 女23例; 年龄为33~75岁, 平均年龄(51.23 ± 11.71)岁; 高血压病程为6~14年, 平均(9.73 ± 1.84)年; 发病至手术时间为5~13h, 平均(9.31 ± 1.56)h; 脑叶出血15例, 基底节区出血27例, 丘脑出血18例。对照组男39例, 女21例; 年龄为34~76岁, 平均年龄(51.89 ± 10.95)岁; 高血压病程为5~16年, 平均(9.68 ± 2.03)年; 发病至手术时间为6~13h, 平均(9.27 ± 1.54)h; 脑叶出血14例, 基底节区出血25例, 丘脑出血21例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合高血压相关诊断标准^[2]; (2) 经头颅CT检查诊断为脑出血; (3) 患者初次发病, 且发病后入院时间不超过24h; (4) 符合脑室内血肿清除术、脑室外引流术手术指征。

1.1.2 排除标准 (1) 患者除过高血压之外尚存在其他脑出血因素, 如抗凝剂使用及患有其他循环系统疾病; (2) 存在一定凝血功能障碍; (3) 合并脑部肿瘤患者; (4) 合并肝肾功能异常者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施脑室内血肿清除术, 术前常规进行备皮、消毒、铺巾, 并对患者进行全麻插管, 按照其头颅CT结果于颞部皮肤中最靠近血肿中心的部位画4cm左右长度的切口线, 对颞部颅骨进行钻孔, 并采用铣刀将骨窗铣为3cm×3cm大小, 随后将硬脑膜切开; 随后在脑室镜下操作, 将血肿部位一半以上血肿清除, 随后缝合硬膜, 并将引流管放置于术腔, 便于术后引流或采用药物对残余血肿进行溶解。

1.2.2 观察组 采用脑室外引流术治疗, 术前对皮肤切口线、穿刺路径及深度进行详细设计, 选择发际内或冠状缝前2cm, 中线旁开3cm为穿刺点, 方向: 与矢状面平行, 对准两外耳道连线, 深度: 约5~5.5cm。对意识状态良好患者采取局麻, 对意识状态欠佳患者实施全麻, 随后常规进行消毒、铺巾, 对发际内或冠状缝前2cm, 中线旁开3cm为穿刺点长轴部位标记2~3cm左右长度的直行切口, 以开颅电钻进行钻孔, 随后对与矢状面平行, 对准两外耳道连线方向进行置管约5~5.5cm, 获落空感后有血性脑脊液或血

〔收稿日期〕 2020-08-30

〔作者简介〕 周绍福, 男, 主治医师, 主要从事神经外科工作。

液流出，可缓慢吸除部分血块后将引流管另口留置。术后根据头颅 CT 复查结果，判断血肿引流情况，必要可将尿激酶与 0.9% 氯化钠注射液混合注入，夹闭引流管 2 h 后予以放开，每日重复两次，待头颅 CT 结果显示血肿消除在 80% 以上或残留血肿量低于 10 mL 时将引流管拔除。

1.3 评估标准

格拉斯哥昏迷量表 (Glasgow coma scale, GCS) 评分共睁眼反应、语言反应、肢体运动三项内容^[3]，其评分越高反映患者意识状态越好；昏迷康复量表 (the coma recovery scale-revised, CRS-R) 评分较前者多出对视觉、听觉、觉醒方面的调查，可有效评估脑损伤患者意识康复情况^[4]，其评分越高代表患者意识康复情况越好。

1.4 观察指标

观察两组手术情况 (住院时间、术中出血量、术后残余血量、术后置管时间)，观察术前、术后 7 d 两组意识状态及康复情况 (GCS 评分、CRS-R 评分)。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标比较

观察组患者再出血 1 例，发生率为 1.67% (1/60)，对照组患者再出血 7 例，发生率为 11.67% (7/60)，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。观察组住院时间、术后置管时间均显著短于对照组，观察组术中出血量、术后残余血量均少于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标比较 (*n* = 60, $\bar{x} \pm s$)

组别	住院时间/d	术中出血量/mL	术后残余血量/mL	术后置管时间/d
对照组	18.65 ± 2.21	52.56 ± 14.64	27.57 ± 3.35	4.89 ± 0.59
观察组	12.35 ± 1.64 ^a	41.63 ± 12.71 ^a	21.49 ± 2.36 ^a	3.59 ± 0.46 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者术前术后 GCS、CRS-R 评分比较

术后 7 d，两组 GCS、CRS-R 评分均较术前提高，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者术前术后 GCS、CRS-R 评分比较 (*n* = 60, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	GCS	CRS-R
对照组	术前	4.49 ± 1.34	7.56 ± 0.39
	术后 7 d	10.07 ± 1.39 ^b	14.42 ± 2.95 ^b
观察组	术前	4.44 ± 1.31	7.54 ± 1.46
	术后 7 d	11.18 ± 2.44 ^{bc}	15.94 ± 3.03 ^{bc}

与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组术后 7 d 比较，^c*P* < 0.05
注：GCS 一格拉斯哥昏迷量表；CRS-R 一昏迷康复量表

3 讨论

目前临床针对高血压脑出血的最常用治疗手段为手术治

疗，可借此直接作用于颅内血肿区域，清除血肿堵塞，降低颅内压，并对后续炎症反应进行有效抑制，降低其对脑组织产生的损伤，使脑缺血半暗带受到一定保护。目前脑室内血肿清除术已在临床治疗中疗效得到长期验证，但其造成创伤大、手术操作复杂及并发症发生率高局限性亦逐渐显露无疑，其应用范围亦逐渐缩小，主要对颅内血肿肿块巨大或合并脑疝的患者使用。而新型脑室外引流术被指出手术过程更简化、适用范围更广，部分患者甚至可在局麻下进行操作^[5]。本研究中，观察组在手术情况相关指标均显著优于对照组，再出血率、血肿残余率亦较对照组更低，提示脑室外引流术相较于脑室镜下脑室内血肿清除术手术操作更为便利，对患者造成的血管损伤更小，取得的手术效果更佳。原因在于，脑室外引流术在前者基础上进一步简化操作，缩小创面，但依旧可对血肿进行有效清除，亦可减轻以往因术中脑暴露、脑牵拉过度引发的脑组织损伤。

相关风险因素的研究表明，高血压脑出血患者意识状态对其恢复进程以及术后并发症的发生均能产生影响作用^[6]，但大部分患者在术前及术后一段时间内因意识状态较差医生无法准确评估患者脑部功能受损情况，治疗措施的调整难以进行，而术中创伤可进一步延长部分患者昏迷时间。近年来，微创理念逐渐运用于临床各种手术当中，脑室外引流术作为高血压脑出血治疗的一种方式，可在脑室镜引导下对血肿腔进行精准穿刺，加快血肿引流，相较于传统血肿清除术，其具备定位精准、部分意识清醒患者可行局麻下手术、操作精简、并发症少等优势。本研究中，两组术后 7 d GCS、CRS-R 评分均呈现一定幅度的上升，但观察组上升幅度更大，提示脑室外引流术有利于改善高血压脑出血患者意识状态及康复情况。原因在于，脑室外引流术不但可对脑组织内血肿快速清除，其手术方式更具微创性，使术后感染风险降低，加之其操作过程对周围脑组织及缺血半暗带的损伤更小，有助于患者意识恢复。综上所述，对重症高血压脑出血并脑室铸型患者实施脑室外引流术可取得更佳疗效，有利于减轻术中损伤，加速患者意识状态恢复。

[参考文献]

- (1) 宋志富, 吴文友, 庞国银, 等. 颅内血肿穿刺术与内科保守治疗基底节区高血压性脑出血临界血肿疗效的荟萃分析 (J). 四川医学, 2020, 41(3): 303-307.
- (2) 卢新政. 2007 年欧洲高血压协会和欧洲心脏病学会高血压指南新亮点 (J). 中华高血压杂志, 2007, 15(9): 708-710.
- (3) 王琳, 王新, 徐敏, 等. 卒中患者格拉斯哥昏迷评分中言语评分处理的比较 (J). 中国全科医学, 2000, 3(1): 23-24.
- (4) 狄海波, 马岳峰, 喻森明, 等. 意识量表在严重意识障碍诊断中的应用价值 (J). 中华急诊医学杂志, 2007, 16(6): 622-625.
- (5) 王向阳, 刘文彬, 韩冰, 等. 高血压小脑出血破入脑室手术治疗分析 (J). 中国实用神经疾病杂志, 2019, 22(15): 1700-1707.
- (6) 汪玮. 老年高血压脑出血患者早期术后预后危险因素 (J). 中国老年学杂志, 2020, 40(2): 267-270.