

〔文章编号〕 1007-0893(2022)14-0104-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.14.032

丁苯酞联合微创下置管抽吸液化引流术 治疗高血压脑出血的临床疗效

郭卫超 廖志云

(惠州市第六人民医院, 广东 惠州 516200)

〔摘要〕 **目的:** 探讨丁苯酞联合微创下置管抽吸液化引流术对高血压脑出血临床疗效及神经功能的影响。**方法:** 选取惠州市第六人民医院 2018 年 5 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日期间收治的高血压脑出血患者 60 例, 按照随机分组法分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组患者采用微创下置管抽吸液化引流术治疗, 观察组患者在微创下置管抽吸液化引流术基础上加丁苯酞联合治疗。比较两组患者神经功能、临床疗效、术前术后脑水肿体积, 以及血清同型半胱氨酸 (Hcy) 和 P 物质 (SP) 水平。**结果:** 术后 14 d 观察组患者的美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗总有效率为 96.66%, 高于对照组的 66.66%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。术后 14 d 观察组患者的脑水肿体积小于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。术后 14 d 观察组患者的 Hcy 低于对照组, SP 高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 丁苯酞联合微创下置管抽吸液化引流术在高血压脑出血患者治疗中具有积极作用, 可以有效提高高血压脑出血患者的临床治疗效果, 降低患者脑水肿体积, 改善患者神经功能损伤症状。

〔关键词〕 高血压; 脑出血; 微创下置管抽吸液化引流术; 丁苯酞

〔中图分类号〕 R 743.3 〔文献标识码〕 B

高血压脑出血是高血压较为严重的并发症。主要是因为患者血压长期较高会使患者脑部小动脉发生缺血、坏死等病理改变, 在这些基础性病理变化中, 血压强烈升高会使脑部的小血管破裂产生脑部出血。高血压脑出血预后较差, 只有 20% 患者能在半年后恢复自理能力^[1]。目前临床上治疗多为内科药物保守治疗, 但是患者的病死率还是较高, 患者预后也较差, 丁苯酞通过抗血小板聚集作用, 促进中枢神经功能恢复, 若是联合微创下置管抽吸液化引流术可以更好的起到减轻脑水肿的作用, 故为了进一步改善高血压脑出血患者的预后情况和降低患者病死率, 本研究探讨丁苯酞联合微创下置管抽吸液化引流术对高血压脑出血临床疗效及神经功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取惠州市第六人民医院 2018 年 5 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日期间收治的高血压脑出血患者 60 例, 按照随机分组法分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组男性 18 例, 女性 12 例; 年龄 17 ~ 76 岁, 平均年龄 (53.61 ± 6.57) 岁; 出血部位: 脑叶内有 7 例, 脑室内有 5 例,

基底节有 18 例。观察组男性 23 例, 女性 7 例; 年龄 35 ~ 82 岁, 平均年龄 (56.39 ± 6.91) 岁; 出血部位: 脑叶内有 5 例, 脑室内有 4 例, 基底节内有 21 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病理选择

1.2.1 纳入标准 (1) 所有研究者均符合高血压脑出血诊断标准: 血压升高, 具有头痛、呕吐、意识障碍、大小便失禁、颈项强直、瞳孔改变等临床体征, 辅助检查: 颅脑计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 可见高密度灶; (2) 预估生存时间大于半年; (3) 患者及家属对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 其他因素引起的脑出血患者; (2) 凝血功能和肝功能障碍者; (3) 合并其他恶性疾病者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用微创下置管抽吸液化引流术治疗, 具体操作: 患者行头颅 CT 定位脑出血部位及测量血肿量, 接下来制定适合患者穿刺的部位和穿刺路径。之后, 用颅锥实施颅骨钻孔, 把带针芯引流管按事先标记穿刺路径穿刺脑内血肿, 到位后把针芯拔出并再次确认引流

〔收稿日期〕 2022-05-21

〔作者简介〕 郭卫超, 男, 主治医师, 主要从事神经外科工作。

管位于血肿腔内，固定并用多个 5 mL 注射器实施血肿抽吸，当抽吸血肿量 $\geq 1/3$ ，固定引流管并接引流袋结束手术，第 2 天行头颅 CT 检查，明确引流管位置及残留血肿量，如引流管位于血肿腔，通过引流管向血肿腔内注入 0.9% 氯化钠注射液和尿激酶，夹闭引流管 2~4 h 后开放，行头颅 CT 检查观察血肿清理情况。

1.3.2 观察组 微创下置管抽吸液化引流术治疗同对照组相同，并加丁苯酞氯化钠注射液治疗（石药集团恩必普药业有限公司，国药准字 H20100041，规格：每 100 mL 含丁苯酞 25 mg 与氯化钠 0.9 g）100 mL，静脉滴注，每日 2 次，持续治疗 14 d。

1.4 评价指标

(1) 比较两组患者术前以及术后 14 d 的神经功能损伤状况，使用美国国立卫生研究院卒中量表（National Institute of Health stroke scale, NIHSS）进行评估，轻度损伤为 0~15 分、中度损伤为 16~30 分、重度损伤为 31~45 分。(2) 分析比较两组患者术前以及术后 14 d 患者治疗效果，包括治愈：患者意识清晰，能够正常活动，肢体肌力 \geq III 级；有效：患者有较轻的意识模糊症状，肢体肌力 \leq III 级；无效：患者有严重意识障碍，会逐渐变重。总有效率 = (治愈 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

(3) 分析比较两组患者术前及术后 14 d 脑水肿体积，脑水肿体积 = $\pi/6$ 长轴 \times 短轴 \times 水肿层面高度 $\times 0.4$ 。

(4) 比较两组患者术前以及术后 14 d 血清同型半胱氨酸 (homocysteine, Hcy) 和 P 物质 (substance P, SP) 水平，其中血清 Hcy 使用循环酶法检测，SP 使用放射免疫法检测。

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 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较

术前两组患者的 NIHSS 评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；术后 14 d 观察组患者的 NIHSS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较 (*n* = 30, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	术后 14 d
对照组	36.41 \pm 5.10	28.55 \pm 4.11
观察组	36.58 \pm 5.09	12.33 \pm 3.65 ^a

注：NIHSS — 美国国立卫生研究院卒中量表。与对照组术后 14 d 后比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 96.66%，高于对照组的

66.66%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 30, *n*(%))

组别	治愈	有效	无效	总有效
对照组	15(50.00)	5(16.67)	10(33.33)	20(66.67)
观察组	22(73.33)	7(23.33)	1(3.33)	29(96.67) ^b

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者手术前后脑水肿体积比较

术前两组患者的脑水肿体积比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；术后 14 d 观察组患者的脑水肿体积小于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者手术前后脑水肿体积比较 (*n* = 30, $\bar{x} \pm s$, cm³)

组别	术前	术后 14 d
对照组	27.63 \pm 3.34	17.33 \pm 2.97
观察组	28.01 \pm 3.86	12.56 \pm 2.10 ^c

注：与对照组术后 14 d 比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者手术前后血清 Hcy、SP 水平比较

术前两组患者的 Hcy、SP 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；术后 14 d 观察组患者的 Hcy 低于对照组，SP 高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者手术前后血清 Hcy、SP 水平比较 (*n* = 30, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	Hcy/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	SP/ $\text{pg} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	术前	21.67 \pm 4.98	19.33 \pm 4.29
	术后 14 d	17.19 \pm 3.65	23.43 \pm 5.23
观察组	术前	22.78 \pm 5.22	19.76 \pm 4.76
	术后 14 d	13.13 \pm 2.45 ^d	27.43 \pm 5.65 ^d

注：Hcy — 同型半胱氨酸；SP — P 物质。与对照组术后 14 d 后比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

高血压脑出血是高血压预后较差的并发症之一，主要原因是高血压患者长期血压处于较高水平，这时血管内膜下的基质会肿胀起来并且内膜下的基质会堆积起来，从而会影响内膜与弹力层结构和物质，使血管壁张力丧失并伴随着血管壁的纤维性坏死和玻璃样变性，当血压升高不断压迫下动脉局部会有球状动脉瘤的形成，当患者血压突然间升高时，球状动脉瘤会破裂导致脑内出血^[2]。大部分患者发病前是没有任何较为明显的临床症状，有一部分患者动时或者情绪高涨时会出现突然间的剧烈头痛、恶心呕吐、头晕，多数患者会伴随着意识模糊，严重者则会出现昏迷的症状^[3]。高血压脑出血具有脑组织损伤作用，第一种是原发性压迫损伤，由于血肿的产生，会使脑组织受到压迫，引起变样、位置发生改变等，对患者脑组织形成直接物理损伤，并且会出现颅内压增高，脑灌注压降低情况，造成患者脑部缺氧缺血^[4]。第二种

是继发神经损伤, 血肿可持续的向脑部组织释放毒性物质, 引起脑部炎症反应和补体系统, 造成患者神经系统受到损伤, 故将血肿清除, 是患者预后效果好坏的关键^[5]。目前临床治疗, 病情较轻者使用的是保守治疗, 通常通过降压药或抗凝药物, 以及脱水药物如甘露醇等来达到降低患者颅内压的作用^[6]。当遇到病情严重或者药物治疗不佳的患者, 则采取外科治疗手段, 两种常见外科治疗方式为开颅手术和微创下置管抽吸液化引流术^[7]。开颅手术可以在视野充足下完成手术操作, 完整的清除血肿, 可以防止手术后继发性脑水肿情况发生, 但是在临床操作中发现, 手术操作复杂, 并且开颅手术会引起较大的手术创口, 手术创口会使患者出现较大的出血量, 故开颅手术的危险性较大^[8]。而采用简便的器械和特定的定位装置, 会使脑部的血肿通过引流管逐渐抽吸出来, 整个操作花费时间较短并且危险性较低。微创下置管抽吸液化引流术其临床推广优势较多: (1) 可以在患者发病早期或者超早期就可将颅内的血肿清除, 减轻由血肿引起的脑组织压迫, 调解受到压力和缺血神经组织, 并且高血压脑出血的患者预后情况较差容易反反复复的出现动脉瘤破裂的情况, 则在行微创下置管抽吸液化引流术的时候, 在机体内留置的引流管可以进行抽吸, 能有效的保证患者的生存率; (2) 影响患者预后重要原因是脑出血后再次发生出血, 微创下置管抽吸液化引流术可以通过留置引流管对血肿再次进行抽吸, 并且冲洗血肿腔, 有效改善了再出血情况的发生; (3) 创下置管抽吸液化引流术手术操作进行较小切口, 创伤较小, 对脑组织造成不良影响小; (4) 微创下置管抽吸液化引流术的留置管为硅胶质地的软管, 穿刺位置可变性较灵活, 可以很方便调整不合适的留置管位置, 引流效果较好; (5) 对手术中使用的设备需求较开颅手术低, 非常适合在基层医院推广应用, 并且在治疗中加之丁苯酞氯化钠注射液这一操作, 能更好的帮助高血压患者快速恢复, 其中丁苯酞是一种临床最新使用的药物, 具有抗脑缺血作用, 具体为防止患者机体内神经细胞因长期处于低氧低糖状态中造成脑组织微血管数量减少或者变多、可促进血管新生, 在脑出血中拥有较好的治疗使用基础。

患者出现高血压脑出血机体内会出现应激性炎症反应, 血清中的Hcy因子水平可以帮助患者术后预后。在微创下置管抽吸液化引流术结束后可检测血清中Hcy水平高低, 因为当机体受到微生物侵入或者组织损伤时, 在炎症的刺激下干细胞会合成Hcy。血清中Hcy因子不受疾病治疗方式的影响, 故在临床检测较为常用, 可以用在急性感染疾病诊断和鉴别、手术后感染情况的检测、抗生素治疗是否有疗效的判断, 已被认证为慢性疾病导致

的高血压脑出血的独立危险因素, 检测其浓度的高低可以对高血压脑出血的干预和预后起到较为重要的作用^[9]。本研究结果提示, 两组患者的NIHSS评分情况, 治疗后, 观察组患者NIHSS评分显著低于对照组患者, 并且两组患者的临床疗效过治疗后, 观察组患者临床治疗总有效率明显高于对照组患者, 并且观察组患者治疗后脑水肿体积明显小于对照组患者, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。故微创下置管抽吸液化引流术联合丁苯酞治疗高血压脑出血疾病优势较多并且有效, 不但通过简单的手术操作, 将患者颅内损伤减轻, 同时有较高的安全性。

综上所述, 丁苯酞联合微创下置管抽吸液化引流术在高血压脑出血患者治疗中具有积极作用, 可以有效提高高血压脑出血患者的临床疗效, 降低患者脑水肿体积, 改善患者神经功能损伤症状。

〔参考文献〕

- (1) 朱世佳, 孙成晖, 吴世强, 等. 微创下置管抽吸液化引流手术治疗脑出血对患者神经功能、炎症因子水平的影响(J). 中国实用医药, 2018, 45(9): 15-17.
- (2) 丛文凯, 苗林, 李志强, 等. 观察微创穿刺引流术治疗基底节区高血压脑出血水肿带变化的影响及临床疗效(J). 中国医药指南, 2018, 16(11): 185-186.
- (3) 司马义·依迪热斯, 王春霞, 董心红, 等. 小骨窗微创手术和神经内镜下血肿清除应用在高血压性脑出血患者治疗中的临床效果研究(J). 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(9): 1602-1603.
- (4) 郭清保, 李立宏, 杨彦龙, 等. 微创下置管抽吸液化引流术联合依达拉奉对脑出血患者的疗效分析(J). 现代生物医学进展, 2017, 17(30): 5849-5852.
- (5) Ziai WC, Thompson CB, Mayo S, et al. Intracranial Hypertension and Cerebral Perfusion Pressure Insults in Adult Hypertensive Intraventricular Hemorrhage: Occurrence and Associations With Outcome (J). Critical care medicine, 2019, 47(8): 1125-1134.
- (6) Yapicioglu YH, Burak P, Guluzar A, et al. Effects of two different lipid emulsions on antioxidant status, lipid peroxidation and parenteral nutrition-related cholestasis in premature babies, a randomized-controlled study (J). Pediatrics & Neonatology, 2019, 60(4): 359-367.
- (7) 王华超. 微创颅内血肿抽吸引流术对高血压脑出血患者神经功能及术后并发症的影响(J). 当代医学, 2020, 26(10): 138-139.
- (8) Straub RH, Cutolo M. Psychoneuroimmunology-developments in stress research (J). Wiener medizinische Wochenschrift, 2018, 168(3): 76-84.
- (9) 陈成贤. 微创置管血肿引流术联合单唾液酸神经节苷脂治疗高血压脑出血的临床分析(J). 中国处方药, 2020, 18(12): 187-189.