

# 微创钻孔引流术联合中药治高血压脑出血 182 例

★ 曾海龙 (广东省佛山市顺德均安医院外一科 顺德 528329)

**摘要:**目的:探讨微创钻孔引流术联合中药治疗高血压脑出血。方法:回顾性分析 182 例高血压脑出血患者采用微创钻孔引流术联合中药治疗疗效,对其术后再出血、上消化道出血、肺部感染、高血糖、中枢性高热、泌尿系感染、肾功能衰竭或多脏器功能不全综合征进行统计。结果:182 例病人出院时按 ADL 分级:ADL<sub>1</sub> 32 例,ADL<sub>2</sub> 53 例,ADL<sub>3</sub> 47 例,ADL<sub>4</sub> 9 例,ADL<sub>5</sub> 0 例。ADL<sub>1</sub>~ADL<sub>3</sub> 属于治疗效果满意,共 132 例,占 72.53%。共有 85 例出现各种并发症,41 例死亡。结论:微创钻孔引流术,创伤较小、手术安全、适应症广、操作简单;联合中药治疗,可发挥中西医结合之优势,能够促使病人神志尽早转清,功能早日康复,减少并发症的发生等优点。

**关键词:**高血压脑出血;微创钻孔引流术;中西医结合疗法;通窍活血汤

**中图分类号:**R 255.2 **文献标识码:**B

## 1 临床资料

1.1 一般资料 自 1997 年 12 月~2008 年 12 月,我科收治的 182 例高血压脑出血手术患者,其中男 101 例,女 81 例,年龄 43~89 岁,平均 65 岁。均有高血压病史,并经检查排除了其他脑血管疾病。入院时按格拉斯哥昏迷(GCS)<sup>[1]</sup>评分(见下表),12~14 分 53 例,9~11 分 72 例,6~8 分 48 例,3~5 分 9 例。本组患者均无微创清除术禁忌证。

1.2 格拉斯哥昏迷(GCS)评分标准 以其简单易行已广泛应用于临床。从睁眼、语言和运动三个方面分别订出具体评分标准,以三者的积分表示意识障碍程度,以资比较。最高为 15 分,表示意识清楚;8 分以下为昏迷,最低为 3 分。详见下表:

格拉斯哥昏迷(GCS)<sup>[1]</sup>评分法

睁眼反应		言语反应		运动反应	
能自行睁眼	4	能应答,定向正确	5	能按吩咐完成动作	6
呼之能睁眼	3	能应答,定向有误	4	刺痛时能定位,手举向疼痛部位	5
刺痛能睁眼	2	胡言乱语,不能应答	3	刺痛时肢体能回缩	4
不能睁眼	1	仅能发音,无语言	2	刺痛时双上肢呈过度屈曲	3
		不能发音	1	刺痛时四肢呈过度伸展	2
				刺痛时肢体松弛,无动作	1

注:定向,指对时间、地点和人物的辨别。

1.3 出血部位和出血量 CT 扫描结果显示基底节区出血 114 例,丘脑出血 43 例,额颞顶枕叶 23 例,小脑 2 例。其中破入脑室者 36 例。按多田氏公式计算:出血量 10~29 mL 12 例,30~49 mL 41 例,50~69 mL 78 例,≥70 mL 51 例。其中出血量 10~92 mL。

1.4 手术时间 出血至手术时间超早期(≤6 小时)手术 19 例,早期(7~12 小时)手术 102 例,中期(13~47 小时)手术 46 例,延期(≥48 小时)手术 15 例。

## 2 治疗方法

2.1 一般治疗 镇静、保持呼吸道通畅,对颅内压高者给予 20% 甘露醇和/或速尿脱水,控制血压,对症支持等治疗。有酸碱平衡失调及水、电解质紊乱、合并症时给予相应的处理。伴上消化道出血的患者应用云南白药、白及以及雷尼替丁、洛赛克等制酸止血,伴有高血糖时予降糖治疗,伴有肺部感染时予敏感抗生素及超声雾化治疗等等。

2.2 中医药治疗 高血压脑出血病人给予中药口服或鼻饲,具有较好的辅助效果。病机多为瘀痰内扰、闭阻神明之症,而出现神志不清,肢体瘫痪诸症。治予活血化瘀、祛痰化浊、通窍清神之剂。方选用通窍活血汤加减:桃仁 10 g,红花 10 g,赤芍 10 g,川芎 10 g,石菖蒲 10 g,陈皮 10 g,木香 10 g,茯苓 10 g,白芷 20 g,麝香 0.2g(布包入药)。随症加减。用法:于术后 3~5 天开始,每包煎 2 次,每次水沸 30 分钟,取汁每日口服或鼻饲 2 次。一般使用至病人神志转清、对答切题、肢体功能有所恢复或基本恢复,疗程约 2~4 周。

2.3 手术方法 对 182 例患者均选用微创血肿引流术,其方法是经头颅 CT 准确定位,在基+局麻下由电钻驱动钻通颅骨,根据颅内出血的部位、出血量的多少、是否合并侧脑室积血,确定穿刺单管、双管或三管引流。引流管外接三通管,每天 2~3 次,每次 5 mL 注入尿激酶 1~1.5 万单位,每次夹闭引流管 2~4 小时。注入尿激酶前可小心抽吸引流管,以尽量排出脑内积血。行脑室穿刺引流者,引流管根据情况挂高头部 15~20 cm。血肿破入脑室轻度及中度的病例,术后 1~2 天行腰穿引流。必要时行侧池引流,以尽量排放血性脑脊液。

## 3 评定标准

出院时恢复标准按日常生活能力(activity of daily living,

ADL) 分级, ADL<sub>1</sub> (完全恢复日常生活), ADL<sub>2</sub> (部分恢复, 生活自理), ADL<sub>3</sub> (需人帮助, 扶拐行走), ADL<sub>4</sub> (卧床但有意识活动), ADL<sub>5</sub> (植物状生存)。其中, ADL<sub>1</sub> ~ ADL<sub>3</sub> 属于治疗效果满意。<sup>[2]</sup>

#### 4 治疗结果

4.1 疗效 182 例中, 出院时恢复标准按日常生活能力 (activity of daily living, ADL)<sup>[2]</sup> 分级, ADL<sub>1</sub> 32 例, ADL<sub>2</sub> 53 例, ADL<sub>3</sub> 47 例, ADL<sub>4</sub> 9 例, ADL<sub>5</sub> 0 例。ADL<sub>1</sub> ~ ADL<sub>3</sub> 属于治疗效果满意, 共 132 例, 占 72.53%。死亡 41 例, 包括放弃治疗、要求出院而后死亡的 (共 18 例), 占 22.53%。其中, 无并发症而死亡者有 9 例, 有并发症而死亡者 32 例。在并发症而死亡者中, 术后再出血占 6 例、消化道出血占 5 例、高血糖占 2 例、肺部感染占 8 例、中枢性高热占 1 例, 肾功能衰竭或多器官功能不全占 10 例。

4.2 术后并发症 术后共计 85 例出现并发症。其中再出血 10 例, 应急性溃疡上消化道出血 17 例, 肺部感染 19 例, 高血糖 4 例, 泌尿系感染 13 例, 中枢性高热 6 例, 肾功能衰竭 10 例, 多脏器功能不全综合征 (MODS) 6 例, 同时有 2 种以上并发症者 14 例。其中并发症出现时间为术后几小时 ~ 10 余天, 平均 5 天左右。

#### 5 讨论

5.1 中医药的优势 采用中医辨证论治, 选用中药治疗, 其疗效优于单一中、西医内科或外科治疗。我们选用通窍活血汤加减, 可以活血化瘀、祛痰化浊、通窍醒神。其中桃仁、红花、川芎活血化瘀, 陈皮、木香行气健脾, 以助活血之功; 石菖蒲祛痰化浊, 茯苓利水健脾, 以助祛痰之效; 白芷、赤芍祛头面之风; 麝香通窍醒神。脑出血用活血化瘀法治疗, 是否有加重出血之虞? 中医学认为, “离经之血便是瘀”, 脑出血当然也是蓄于脑的离经之血了, 故活血化瘀治疗已为脑出血治疗之必要。目前, 临床研究提示早期使用活血化瘀药在恢复意识和促进脑内血肿吸收方面均有显著作用, 对凝血机制具有双向调节作用。主要体现在促醒、促进神经功能恢复, 促进脑血肿吸收, 减轻脑水肿, 降低颅内压, 保护脑细胞, 稳定血压、改善症状和体征的协同作用, 提高成活率及临床疗效。<sup>[3]</sup>

5.2 术后再发脑出血 术后再出血是最为严重的并发症, 多出现在术后 24 ~ 48 小时, 本组共有 10 例出现, 发病率为 5.49%, 死亡病例中有 6 例是因再发脑出血而死亡。说明预防术后再出血是降低死亡率的重要措施。包括: (1) 鼻饲、口服煎剂中加用田三七 1g (研末冲服)、仙鹤草 25 g。(2) 烦躁者可适当应用镇静剂, 避免用力咳嗽及排便。(3) 术中彻底止血, 血肿腔冲水清亮。(4) 术后稳定血压, 将血压控制在 140 ~ 170/75 ~ 90 mmHg。血压偏高者可根据情况通过口服、鼻饲、静脉给予降压药。(5) 有凝血功能障碍者, 应及时调整。(6) 术中术后不强求血肿清除过多过快, 术中清除血肿量的 1/3 ~ 2/3 即可, 术后经引流管使用尿激酶, 冲洗、排放暗红色的血液每次约 5 ~ 10 mL 都达到要求。(7) 引流管无须负压吸引, 只要引流袋的放置低于头平面下 5 cm 左右, 任其排放。若有较多脑脊液引出, 每天达 250 ~ 300 mL 以上, 则将引流管挂高头部 15 ~ 20 cm, 引流袋仍放置低于头平面

以下。(8) 使用尿激酶过程中如出现引流管引流出鲜红色血, 则有可能再出血, 可用凝血酶 500u + 2 mL 生理盐水或立止血 1000 u + 生理盐水 3 mL 血肿腔内注射, 闭管 1 ~ 2 小时左右开放。(9) CT 证实脑再出血较多, 可行开颅或小骨窗血肿清除术, 术中仔细查找出血点并用双极电凝以止血。<sup>[4]</sup>

5.3 消化道出血 消化道出血是术后常见并发症, 本组共有 17 例出现, 发病率为 9.34%, 死亡病例中有 5 例是因消化道出血而死亡。预防及治疗方法: (1) 避免可能的应激因素, 配合治疗原发病。尽早清除血肿, 或脑脊液置换以排出血性脑脊液。(2) 我们一般不主张使用激素, 以免诱导应激性溃疡发生, 因为用脱水剂、速尿已能达到降低颅内压之目的。(3) 留置胃管, 及时发现有无消化道出血, 并可以鼻饲给药, 鼻饲西咪替丁、雷尼替丁等以预防脑出血, 鼻饲高能营养液。一旦发现有上消化道出血时, 胃管内注入冰生理盐水 50 mL, 每天 3 ~ 4 次。(4) 鼻饲、口服煎剂中加用云南白药 0.3g、侧柏叶 10 g、白及 10 g。(5) 出血较多者宜输血。

5.4 高血糖 在本组病例中共有 10 例出现高血糖, 除 6 例原有合并症糖尿病外, 另有 4 例亦出现高血糖, 发生率是 2.20%, 其中 2 例死亡。这类病人往往病情较重, 昏迷较深, 预后多属不良。一旦发生高血糖, 应及时减少或停止糖类的摄入, 改用生理盐水配合胰岛素静脉点滴, 尽快将血糖降至正常水平。

5.5 肺部感染 在本组病例中共有 19 例出现肺部感染, 发生率是 10.44%。其中 8 例死亡。预防及治疗措施包括: (1) 由于患者多为老年男性, 常有吸烟或肺功能低下。避免过度脱水, 以免痰液粘稠而难以咳出。所以术后宜注意脱水与补液的平衡, 即病人每天出入量的平衡。(2) 估计昏迷时间较长, 痰液较多较粘稠者, 应及时早行气管切开术。(3) 术后护理非常重要, 注意翻身拍背, 及时清除痰涎。痰液粘稠者予超声雾化吸入。而经气管套管吸痰尤其重要, 应注意其方法及技巧。(4) 鼻饲、口服煎剂中加用鱼腥草 15 g、金银花 10 g、连翘 10 g。<sup>[5]</sup>

5.6 泌尿系感染 本组共有 13 例出现, 发生率为 7.14%。预防及治疗措施包括: (1) 置管导尿后, 一般不主张膀胱冲洗, 以免医源性尿路感染。(2) 注意出入量的平衡, 既要补足入液量, 又要达轻度脱水状态, 以免脱水过度, 尿路冲刷不够而增加尿路感染机会。(3) 鼻饲、口服煎剂中加用虎杖 25 g。

5.7 中枢性高热 本组共有 6 例出现, 发生率为 3.30%, 死亡 1 例。预防及治疗措施: (1) 鼻饲、口服煎剂中加用夏枯草 10 g、淡竹叶 10 g。(2) 积极清除脑室内积血, 做腰穿或终池引流以排出血性脑脊液。(3) 出现高热、谵妄者, 予镇静剂或冬眠治疗。(4) 注意补足液体量, 维持水电解质及酸碱平衡。

5.8 肾功能衰竭、多器官功能不全综合征 本组肾功能衰竭 10 例, 多脏器功能不全综合征 (MODS) 6 例, 总共有 16 例, 发生率达 8.79%, 共有 10 例病人死亡。往往开始表现为单一器官损害, 以肾功能衰竭最为常见, 然后 2 个以上器官衰竭, 预后较差。主要预防措施有: (1) 注意水电解质及酸碱平衡, 勿脱水过度。必要时每天抽血化验电解质及 CO<sub>2</sub>-CP, 及时纠正酸碱平衡失调、电解质紊乱。(2) 使用甘露醇

# 温胆片治痰浊型高血压患者下肢动脉粥样硬化的血流动力学改变

★ 曾燕静 潘竞霞 刘柯兵 张学群 王晓东 潘莹莹 (广州中医药大学第一附属医院超声科 广州 510405)

**摘要:**目的:用彩色多普勒检测温胆泄浊法治疗痰浊型原发性高血压病患者下肢动脉粥样硬化血流变化及内膜变化,而进一步观察温胆片的疗效。方法:选择痰浊型原发性高血压病患者下肢动脉43例,其中温胆片组23例,安慰剂组20例。在氨氯地平有效控制血压基础上分别加用温胆片或安慰剂。彩超检测治疗前和治疗6个月后患者下肢动脉(股动脉、腘动脉、胫前动脉、胫后动脉)峰值血流量的变化。结果:温胆片组患者治疗后其三者较安慰剂组有显著性改善( $P$ 均 $<0.05$ );结论:温胆片治疗颈动脉斑块可改善下肢动脉血供情况,从而增加下肢动脉血流量,减少其阻力指数及搏动指数。

**关键词:**温胆片;高血压病;下肢动脉粥样硬化;血流动力学

**中图分类号:**R 289.5 **文献标识码:**B

温胆片是我们治疗痰浊型高血压患者下肢动脉粥样硬化的协定中药复方,临床初步证实该方有良好的稳定斑块及改善内皮功能作用,为了探讨温胆片治疗痰浊型高血压患者下肢动脉粥样硬化的血流动力学及内膜变化影响,自2001年以来我院选择温胆片治疗痰浊型高血压下肢动脉粥样硬化者作为研究对象,以彩色多普勒作为检查手段,观察血流动力学及内膜变化,现报道如下:

## 1 临床资料

痰浊型原发性高血压病并下肢动脉粥样硬化患者43例,中医辨证标准参照《高血压病(风眩)中药新药临床研究指导原则》确定痰浊中阻证候为:眩晕头痛、胸闷腹胀、心悸失眠、纳呆痰涎、苔腻脉滑。下肢动脉粥样硬化经临床症状、彩超和/或MRA诊

作为脱水剂时,要注意可能导致的肾功能损害,一旦出现,应立即停用。为减少甘露醇对肾脏的毒性作用,主张与其他利尿剂如速尿交替使用。(3)对年老体衰、肾功能本身就不理想者,忌用甘露醇作脱水剂,改用速尿以降低颅内压。(4)及时清除上呼吸道痰涎,减少呼吸道或肺的感染机会。(5)控制高热、肺部或尿路感染。(6)一旦发生单或多器官功能不全,宜及时根据病因处理之。(7)鼻饲、口服煎剂中加用泽泻10g、大腹皮10g。<sup>[6]</sup>

## 参考文献

- [1] 吴在德, 吴肇汉, 郑树, 等. 外科学(全国高等学校教材)[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 7: 253.
- [2] 肖春云. 早期康复治疗对急性脑卒中偏瘫患者日常生活活动能

断。采用随机数字表法,每一随机号对应一盒试验用药。患者按照入选先后顺序依次取得随机号,分为温胆片组和安慰剂对照组(安慰剂组)。温胆片组23例,男13例,女10例;年龄45~69岁,平均(62.6±7.5)岁;血压(154.3±14.9/96.2±6.5)mmHg,发现高血压病程(6.6±3.5)年。安慰剂组20例,男12例,女8例;年龄42~68岁,平均(59.8±8.3)岁;血压(149.7±11.7/95.8±5.5)mmHg,发现高血压病程(8.9±5.3)年。入选患者除外以下情况:有吸烟史或并发高脂血症、糖尿病、冠心病、肝肾疾病以及中途服用调脂药或其他药物者。研究方案经广州中医药大学附属第一医院伦理委员会批准。入选患者均签署知情同意书并能配合临床随访观察。

- 力(ADL)的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(8): 1179-1180.
- [3] 叶锐. 中西医结合治疗脑出血[J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 2: 126.
- [4] 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[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14(3): 177-178.
- [5] 刘丛, 程远. 高血压脑出血的微侵袭手术治疗[J]. 国外医学·脑血管疾病分册, 2004, 12(5): 341.
- [6] 卢明, 黄莲, 杜宝新, 等. 中大量脑出血患者中西医结合救治后并发症及其死亡原因分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(4): 226-228.

(收稿日期: 2009-02-12 责任编辑: 曹征)