

## 颅内血肿微创清除术联合中西医结合治疗脑出血 105 例

任金生

(河南商丘市第二人民医院神经内科, 河南 商丘 476000)

【关键词】 脑出血; 颅内血肿微创清除术; 清开灵注射液; 复方丹参注射液; 通腑逐瘀汤

中图分类号: R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2008)06-0373-02

2001 年 6 月—2005 年 12 月, 采用颅内血肿微创清除术与中西医结合治疗 105 例脑出血患者, 报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料: 男 68 例, 女 37 例; 年龄 41~90 岁, 平均 (52.6±6.4) 岁; 出血量 25~150 ml, 以 40~80 ml 者居多; 内囊出血 66 例 (破入脑室 32 例), 脑叶出血 18 例, 丘脑出血 13 例 (破入脑室 8 例), 慢性硬膜下血肿 6 例, 急性硬膜外和硬膜下血肿各 1 例; 入院时意识清醒 45 例, 嗜睡及昏睡 42 例, 昏迷 18 例 (一侧瞳孔散大 13 例, 两侧瞳孔散大 5 例)。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 内科治疗: 用速尿或甘露醇清除脑水肿, 硫酸镁、卡托普利、硝普钠或尼莫地平控制血压, 加用清开灵注射液和七叶皂苷钠。病情稍稳定后进行颅内血肿微创清除术, 术后及早使用复方丹参注射液或血栓通, 用通腑逐瘀汤 (生大黄、水蛭、红花等) 使大便保持通畅。

1.2.2 手术方法: 用“三维立体定位法”定位, YL-1 型颅内血肿微创穿刺针在局麻下行颅内血肿微创穿刺粉碎清除术, 先吸出约 1/3~1/2 血液, 然后根据血肿引流情况每日冲洗 2~4 次, 并按血肿类型注入液化剂 (尿激酶+肝素+透明质酸酶或单用尿激酶) 闭管 30 min~4 h 后开放引流管, 引流期间复查头颅 CT, 致残留血量 10%~15% 或基本清除时可拔出颅内血肿微创穿刺针, 一般留针 2~3 d, 最长不超过 5 d。若出现继发性脑水肿, 在严格消毒情况下留针时间可适当延长。

1.3 结果: 超早期 (<7 h) 手术 30 例, 7~24 h 手术 58 例, 48 h 后手术 17 例。生活自理 55 例, 部分生活自理 32 例, 死亡 18 例 (7 例死于术后再出血, 7 例放弃

治疗而死亡, 4 例死于多器官功能衰竭), 病死率 17.1%。

### 2 讨论

决定脑出血预后的主要因素为颅内血肿的部位、大小及脑水肿程度, 而脑水肿程度又与颅内血肿大小呈正相关<sup>[1]</sup>。高血压脑出血血肿形成 6 h 后周围脑组织即可发生不可逆性损害, 血肿增大、血肿周围脑水肿、急性脑积水是造成患者病情进一步恶化的主要原因<sup>[2]</sup>。因此, 手术指征明确时应尽早清除血肿, 减少对神经功能的损害和周围组织的压迫, 这是改善患者预后的关键之一<sup>[3]</sup>。

3.1 手术时机: 目前倾向于超早期手术, 尽早清除血肿, 降低颅内压, 抢救受损脑组织, 减轻继发脑水肿, 从而有效保护神经功能, 提高生存质量<sup>[3]</sup>。

3.2 液化剂的应用: 通常使用尿激酶加肝素和透明质酸酶, 尿激酶和肝素的用量依颅内血肿大小而定, 如血肿破入脑室可单用尿激酶, 使用液化剂时以联用肝素最好, 其血肿清除快, 脑水肿消除明显, 这可能与肝素加速抗凝血酶Ⅲ对凝血酶的中和以及促进纤维蛋白溶解、抗炎、抑制补体系统有关<sup>[4]</sup>, 亦可能与肝素抑制白细胞介素-6 (IL-6) 等促炎介质所触发的炎症“瀑布效应”, 改善炎症对脑部的损害有关<sup>[5]</sup>。脑出血急性期患者血浆中神经肽 Y (NPY) 的含量明显增高, 病情加重时升高更明显, 及早应用尼莫地平可预防和治疗脑出血<sup>[6]</sup>。

3.3 中医治疗: 颅内血肿微创穿刺粉碎清除术虽可快速清除血肿, 降低病死率, 但不能阻断脑出血发生后的一系列病理生理恶性循环。《血症论·瘀血篇》云: “离经之血是清血, 鲜血亦是瘀。”说明该病病机多为瘀血阻滞脑络, 治疗当用活血化瘀、开窍消肿之法以阻断恶性循环。所用七叶皂苷钠有很强的稳定血管内皮细胞、清除自由基、恢复毛细血管正常通

透性、改善微循环、促进脑功能恢复、降低颅内压和消除脑水肿的作用, 且作用持久, 对正常脑组织无脱水作用, 停药后无脑水肿反跳现象<sup>[2]</sup>。清开灵注射液具有清热化痰、醒脑开窍之功效; 其作用于脑干上行网状激活系统以醒脑, 同时降低脑组织耗氧量, 提高缺氧条件下脑细胞的存活率, 有较强清除自由基的功能, 对受损脑细胞有较好的保护作用, 改善病变部位的血液循环, 促进血肿及坏死组织吸收, 加快神经功能恢复<sup>[7]</sup>。给予复方丹参注射液后, 体内血流量有重新分布的趋势; 且丹参对纤溶系统有双向调节作用, 使低凝或高凝状态趋于正常, 并可使侧支循环开放, 出血部位血管压力下降, 有利于防止再出血<sup>[8]</sup>。通腑逐瘀汤中主药水蛭含水蛭素和组胺样物质, 可阻止血液凝固, 解除毛细血管痉挛, 降低毛细血管通透性, 改善局部血液循环, 使微血管周围渗出减少或消失, 并加速纤维蛋白溶解, 促进颅内血肿的溶解和吸收, 减轻周围组织炎症反应和颅内血肿占位效应, 降低血管阻力, 增加脑血流量, 有利于神经功能的恢复<sup>[9]</sup>。凝血酶特异性抑制剂可阻止凝血酶所致脑水肿, 其作用类似于肝素, 但无肝素过量引起出血的副作用<sup>[10]</sup>。大黄具有止血和活血化瘀的作用, 使血细胞比容和全血黏度下降, 同时抑制细胞膜 Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP 酶活性, 提高血浆渗透压, 使组织内水分向血管内转移, 从而使血液稀释, 血容量增加, 以解除微循环障碍, 有利于血肿的吸收和脑水肿的消除<sup>[11]</sup>。

3.4 预防并发症: 采用插鼻饲管、应用抗生素、勤翻身和轻拍背, 促进肺部炎症消散和痰液排除。对大量脑出血出现脑疝或累及脑干者, 在脱水基础上适当补液, 以防发生中枢性和周围性循环衰竭。补液时宁酸勿碱, 定期复查电解质以防低渗性脑病的发生。

作者简介: 任金生 (1963-), 男 (汉族), 河南省人, 副主任医师。

参考文献

[1] 刘云荣. 脑出血患者临床与死亡原因分析[J]. 临床神经病学杂志(脑血管病研究进展专刊), 1997;157-58.

[2] 党帅, 高荣祥, 王凤水, 等. 尼莫通和β-七叶皂甙钠治疗高血压性脑出血术后患者的比较[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(6): 362-364.

[3] 张建军, 董伟峰, 顾水均, 等. 高血压脑出血外科治疗近期预后因素临床分析[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(5): 311-312.

[4] 刘新民, 徐绍圆, 张克义, 等. 实用临床

治疗药典[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2003: 308-312.

[5] 艾宇航, 张丽娜, 龚华, 等. 低分子肝素治疗脓毒症的前瞻性临床研究[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(12): 736-739.

[6] 许志强, 蒋晓江, 周华东, 等. 急性脑出血患者血浆神经肽 Y 含量的变化及其意义[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(5): 272.

[7] 邹锐萍, 刘晓娟, 马文福. 清开灵治疗急性期脑出血 100 例疗效观察[J]. 中国急救医学杂志, 1999, 19(4): 235.

[8] 黄泰康. 蛛网膜下腔出血[M]//黄泰

康. 神经与精神疾病. 北京: 中国医药科技出版社, 1999: 44.

[9] 李进喜, 李永胜. 生水蛭和炙水蛭治疗脑出血对比观察[J]. 河南中医, 2000, 20(4): 67.

[10] 娄季宇, 杨霄鹏, 李建章, 等. 水蛭素对抗脑出血后脑水肿作用机制的研究[J]. 河南实用神经疾病杂志, 2004, 7(1): 1-2.

[11] 沈映君. 中药药理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 71.

(收稿日期: 2008-01-19)  
(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

1 例静脉泵入替罗非班致肾功能衰竭血小板为 0 病例报告

高丽华, 何洪月, 胡亚力

(沧州市人民医院心内科, 河北 沧州 061000)

【关键词】 替罗非班; 血小板; 肾功能衰竭

中图分类号: R692.5 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2008)06-0374-01

血小板膜糖蛋白 GP II b/III a 受体拮抗剂可以和 GP II b/III a 受体竞争性结合, 阻断血小板聚集, 防止血栓形成, 减少急性冠脉综合征(ACS)患者的临床事件<sup>[1]</sup>。在经皮冠状动脉介入治疗(PCI)前和术中短期静脉给予 GP II b/III a 受体拮抗剂可降低手术相关的栓塞并发症。最近本院为 1 例要求进行 PCI 的肾功能衰竭尿毒症期患者行 PCI, 术后静脉给予国产 GP II b/III a 受体拮抗剂替罗非班(商品名欣维宁, 武汉远大制药厂生产, 批号: 070202) 50 ml 导致血小板降为 0 并引起消化道出血, 现报告如下。

1 病历简介

患者男性, 56 岁, 因肾功能异常 4 年、心前区疼痛 10 d 入院。冠心病史 10 年, 5 年前于某医院行 PCI, 在右冠状动脉(冠脉)第一、第二转折处各植入一枚支架。术后 1 年发现肾功能不全, 口服中药治疗, 病情渐进性加重。于 2 年前行血液透析, 近半年来无尿, 现每周透析 3 次, 血压控制良好, 血红蛋白达到正常范围。于入院前 10 d 反复发作心前区压榨样疼痛, 多于晨起发作, 持续数分钟至数小时, 自服消心痛、恬尔心、鲁南欣康

等, 心电图示窦性心律, I、II、avF ST-T 改变。因患者坚决要求行支架植入术, 本院于 2007 年 12 月 2 日为其行 PCI。术中显示右冠脉弥漫性病变, 原支架内再狭窄(最重 99%)。于右冠脉植入 3 枚 Excel 支架。术后返回病房后开始直接静脉泵入欣维宁 7 ml/h, 未予负荷量。7 h 后发现患者牙龈出血并呕吐咖啡样物质, 排出柏油样便, 停用欣维宁, 查血小板计数(PLT)降至  $27 \times 10^9/L$ , 4 h 后降至  $7 \times 10^9/L$ 。紧急输注冰冻血小板 1 U 后复查 PLT 降至 0, 再次输注 1 U 血小板后 PLT 升至  $63 \times 10^9/L$ , 次日升至  $160 \times 10^9/L$ 。患者未再呕吐咖啡样物, 3 d 后大便潜血变为阴性。加服拜阿司匹林 0.2 g、波立维 75 mg, 均每日 1 次。5 d 后复查 PLT 为  $163 \times 10^9/L$ , 患者无不适。目前随访 10 个月无不良反应。

2 讨论

替罗非班引起血小板减少而发生的出血是近年来临床所关注的问题。在 PRISM-PLUS 研究中, 替罗非班引起血小板减少发生率为 1.9%, 而肝素组为 0.8%, 但停药后 PLT 可迅速恢复正常<sup>[2]</sup>。在替罗非班的药品应用说明书中并未列明无尿性肾功能衰竭为该药禁忌证, 只是说明剂量减半, 而本例患者以

7 ml/h 的速度泵入约 50 ml 后出现呕血、便血, PLT 逐渐降至 0, 经补充 2 U 血小板后逐渐恢复, 5 d 后恢复至正常范围。目前对替罗非班引起血小板减少尚无明确的解释。Bougie 等<sup>[3]</sup>观察使用替罗非班和依替巴肽后出现急性严重血小板减少的患者后, 认为导致血小板和 GP II b/III a 受体拮抗剂发生免疫反应可能是血小板急性减少的原因。本患者无寒战、发热等消耗血小板的情况, 不排除替罗非班引起的免疫反应所致。对于依赖血液透析的肾功能衰竭患者是否适合应用替罗非班尚需进一步研究。

参考文献

[1] 胡亚民, 何洪月, 王景峰. 急性冠状动脉综合征患者血小板活化标志物敏感性的探讨[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(9): 570-571.

[2] Anon. Inhibition of the platelet and non-Q-wave myocardial infarction [J]. N Engl J Med, 1998, 338(21): 1448-1497.

[3] Bougie DW, Wilker PR, Wuitschick ED, et al. Acute thrombocytopenia after treatment with tirofiban or eptifibatid is associated with antibodies specific for ligand-occupied GP II b/III a[J]. Blood, 2002, 100(6): 2071-2076.

(收稿日期: 2008-10-31)  
(本文编辑: 李银平)

作者简介: 高丽华(1973-), 女(汉族), 河北省人, 主治医师。