

微创穿刺引流术治疗小脑出血 26 例临床分析

胡明亮, 曾凡川, 杨天成, 刘未果 (重庆市垫江县人民医院 408300)

【关键词】 小脑出血; 微创穿刺; 引流

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 02. 073 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)02-0253-02

小脑出血是脑出血的一种, 约占脑出血的 10%^[1]。小脑出血可导致急性颅内压增高, 脑干受压, 出现梗阻性脑积水, 甚至发生枕骨大孔疝, 危及生命。一旦确诊有手术指征时应及时手术治疗。本院 2002 年 1 月至 2012 年 6 月采用微创穿刺引流手术治疗自发性小脑出血患者 26 例, 临床效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 小脑出血患者 26 例, 其中男 15 例, 女 11 例; 年龄 35~67 岁, 平均 53.7 岁。确诊高血压 17 例。左侧 14 例, 右侧 12 例, 其中破入脑室者 19 例。按多田公式计算血肿量 10~15 mL 7 例, 15~25 mL 11 例, 25 mL 以上者 8 例。入院时 GCS 评分 12~14 分 7 例, 9~11 分 13 例, 3~8 分 6 例。发病后急诊手术 (6 h 以内) 6 例, 早期 (6~24 h) 手术 14 例, 24 h 后手术 6 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前应对患者的全身情况, 能否耐受手术, 进行严密观察和仔细分析判断。对于呼吸困难、呕吐频繁的需保持呼吸道通畅, 必要时行气管插管, 防止误吸。控制血压, 防止血压过高引起再发颅内出血。根据 CT 或在 CT 下引导标志物定位确定穿刺部位。术前应剃头, 清洗干净。特殊物品准备包括: 尿激酶、肾上腺素、立止血、YL-1 型粉碎穿刺针 (北京万特福公司)。

1.2.2 手术方法 患者需行脑室外引流的, 先做侧脑室穿刺术。先仰卧位, 在右侧发际后 3 cm、中线旁 2.5 cm 交点处, 用 2 cm 长的 YL-1 型穿刺针, 钻个颅骨孔, 然后将“46118”脑室端引流管 (美敦力) 向两外耳道连线的中点, 插入深度为略 6.0 cm 释放部分脑脊液降低颅内压。然后侧卧位, 患侧小脑半球在上, 屈颈, 显露枕后, 标记出后正中线和患侧的横窦走向, 在术前定位好的穿刺点或在中线旁和横窦下各 2.5 cm 交点处, 选择合适长度的穿刺针, 与矢状面平行或针尖略向内偏斜, 针钻一体送入血肿中心, 退出钻芯, 穿刺针固定在颅骨上, 顶端退出钻芯后盖上盖帽, 侧孔接引流管抽吸血肿; 抽吸血肿后, 6 h 后可向血肿腔内注入尿激酶 2 万 U, 关闭引流管, 2 h 后开放引流, 每日 2 次。一般 3~5 d 后复查头颅 CT 后, 拔出穿刺针, 然后依据情况拔出脑室外引流管。

2 结果

本组病例有 6 例术后 3~8 h 出现恶性高血压 (血压超过 200/100 mm Hg) 致病情恶化, 其中 2 例病情加重后开颅小脑血肿清除术 (1 例 35 岁女性患者长期昏迷, 1 例因肺部感染死亡), 3 例患者放弃治疗出院, 随访均死亡, 1 例术后 2 h 内死亡。另 20 例均有恢复, 其中 8 例恢复较良好, 生活能自理, 未出现明显后遗症; 12 例留有不同程度的后遗症 (平衡功能障碍 6 例, 能拄杖行走; 3 例头昏、头晕、呕吐症状较重, 以活动颈部时明显; 明显肢体功能障碍 3 例)。

3 讨论

3.1 自发性小脑半球出血的病因 以高血压动脉硬化最多见, 占 50%~80%, 40 岁以下患者主要是小脑血管畸形, 其他少见的出血原因有海绵状血管瘤、淀粉样血管病、动脉瘤、肿瘤等^[2]。本组 26 例中, 伴高血压病史患者占 65.3%。有研究发现, 小脑半球出血多数发生于齿状核区域, 因为其主要供血的小脑上动脉易发生高血压性损害, 当有一定诱因时, 此部位血管易破裂出血^[2]。而小脑位于后颅窝、桥脑及延髓的后方, 小脑与延髓上部、脑桥下部共同围成第四脑室, 上方为小脑幕。所以小脑出血死亡率较高, 本组死亡率为 19.2%, 推测应该是, 突发小脑出血压迫下位脑干, 损害了位于下位脑干的呼吸循环中枢, 导致能引起血管扩张的神经元的过度放电, 使脑组织过度灌注^[3]。小脑出血的预后与出血量的多少密切相关^[4], 本组血肿量约 10~15 mL 7 例, 1 例出现顽固性头晕、呕吐, 1 例偏瘫, 5 例均恢复良好; 15~25 mL 11 例, 3 例恢复良好, 2 例出现顽固性头晕、呕吐, 4 例平衡功能障碍, 1 例偏瘫, 1 例出血增加放弃治疗; 25 mL 以上 8 例, 1 例长期昏迷不醒, 1 例平衡功能障碍, 2 例偏瘫, 2 例放弃治疗, 2 例术后死亡。

3.2 手术注意要点 (1) 如果患者病情允许, 术前需控制血压, 在血压控制在 150/90 mm Hg 左右时给予手术, 防止血压过高引起术后再发颅内出血; (2) 小脑出血需要做脑室外引流时: 脑室内积血; 四脑室移位变形; 梗阻性脑积水等, 先做侧脑室额角脑室外引流, 一般首选非优势半球的侧脑室额角, 病情允许可在颅内压基本正常, 生命体征平稳后实施小脑血肿微创穿刺术^[5-6]; (3) 为了防止穿刺时穿刺针向枕骨大孔方向滑行伤及脑干, 可先轻微在颅骨表面钻个颅骨凹, 然后在调整进针方向; (4) 抽吸血肿时, 力量不要过大, 抽吸量不要过多, 不要要求一次性抽完, 防止邻近组织损伤及再次出血; (5) 抽吸时, 见抽出液体为鲜红色, 考虑出血没有禁止, 可给予血肿腔内注入立止血 1 U, 夹闭引流管, 保留 2~4 h。

3.3 并发症的处理 (1) 再出血为小脑出血微创穿刺引流最严重的并发症, 约占 10%, 分为术中再出血及穿刺术后再出血。术中再出血可用肾上腺素盐水冲洗, 注入立止血, 少量出血可继续引流。如患者病情进行性加重, 复查头颅 CT 血肿明显扩大, 占位效应明显, 需急诊开颅手术治疗。术后再出血发生概率较小, 仅为 1.8%^[7]; (2) 肺部感染最为常见, 清醒患者鼓励其咳嗽, 昏迷患者, 加强基础护理, 保持呼吸道通畅, 早期气管切开, 预防性应用抗生素, 并根据呼吸道分泌物培养与药敏试验选用有效药物, 足量应用; (3) 应激性溃疡, 可引起消化道出血, 使用 H₂ 受体阻滞剂预防, 如: 甲氰咪呱、雷尼替丁、洛赛克等; 若发生上消化道出血可用去甲肾上腺素 4~8 mg 加冰盐水 80~100 mL 口服, 每天 4~6 次; 云南白药 0.5 g 口服, 每天 4 次; 保守治疗无效时可在胃镜直视下止血; (4) 肾衰竭可见于严重脑水肿长期昏迷者, 应甘露醇与速尿交替, 记出

入量,防止因血容量不足致急性肾衰竭;(5)出现顽固性呕吐需对症治疗、防止水电解质紊乱;对平衡功能障碍及肢体功能障碍时需加强护理、加强肢体功能锻炼、防止肢体萎缩及关节僵硬。

总之,微创穿刺引流术是目前治疗小脑出血行之有效的方 法。特别是血肿量不是较大、发病不是较快,尽量在出血稳定 6 h,这样血肿清除率高,创伤小,费用低,病情恢复可。该手术 不受条件限制,非常适合基层医院开展,值得推广普及。

参考文献

[1] 赵继宗. 微创神经外科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版 社,2008:367-373.
[2] 黄如训,苏镇培. 脑卒中[M]. 北京:人民卫生出版社,

2002:137-139.

[3] 章翔,易声禹. 现代神经系统疾病定位诊断学[M]. 北京: 人民军医出版社,2001:272.
[4] 李树,王伟民. 自发性小脑出血的临床治疗[J]. 中国实用 神经疾病杂志,2009,12(13):11-13.
[5] 李浩,刘鸣,刘文科,等. 高血压脑出血手术适应证分析及 疗效探讨[J]. 中华神经外科杂志,2011,27(3):240-243.
[6] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出 版社,2005:864-870.
[7] 赵继宗. 神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007: 527-532.

(收稿日期:2012-09-17 修回日期:2012-11-19)

加强显微镜检验技术在基层检验科的应用

雷艳军(湖北省黄梅县中医院检验科 435500)

【关键词】 显微镜; 基层检验科; 检验技术

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 02. 074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)02-0254-01

显微镜作为检验科不可或缺的设备之一,在检验科的工作 中它作为形态学的经典参考方法,是检查血液细胞学形态、体 液有形成分的重要检验方法,作为一名检验人员最基本的工作 能力体现。随着医学科学技术的发展,各级医院相继添置了先 进的全自动血细胞分析仪、尿液干化学分析仪、尿液有形成分 分析仪等检验设备。基层医院检验科在使用先进的设备时,过 分依赖仪器,认为显微镜检查既花工夫又费时间,且不能为科 室带来效益。因此显微镜检验被医院领导层及检验人员所忽 视,认为检验科现在只要有医学知识谁都可以在检验科工作。 检验人员看一张涂片(粪便、尿液、阴道分泌物)只用 1 min 左 右;在低倍镜下作白细胞分类或直接在白细胞计数池中进行白 细胞分类;有了尿液 10 项干化学分析仪后,就再不用显微镜涂 片镜检;这都是很普遍的事。随着《医疗事故条例》和《临床实 验室管理办法》的出台,检验界的专家和学者都提出了应重视 和加强显微镜检查,并就在使用仪器检验后作显微镜检验时给 出了详细的专业指导文件^[1-2]。在此本人就如何做好此项工作 谈几点看法。

(1)此项工作应得到现任科主任的重视,并从自我做起,在 工作计划中把此项工作落到实处。作为科主任理应是临床检 验诊断学的学科带头人,必须对检验医学各个亚专业都熟悉, 知道每个专业的特点、发展方向和它存在的问题,并会根据医 院自身的病种及特殊检验给出相应的显微镜检验指导。显微 镜下形态学检查不仅仅涉及血液和体液,同样也涉及微生物和 免疫。如肠道菌群失调性腹泻发生率逐年增加,直接涂片后在 显微镜下就可以初步鉴别。做分泌物培养时,如在接种前做一个涂片染色镜检,一旦发现细菌(革兰阳性球菌或阴性杆菌)即可 向临床报告,这样临床医生就可以有目的地选择用药,为患 者的治疗争取了时间。因此科主任应把重视显微镜检查列入 工作计划,并在显微镜检查的人力安排上予以加强和政策上 倾斜。

(2)检验人员应加强显微镜检验的基本功的训练,必须纠 正怕麻烦、镜下检查太累、吃力不讨好、形态学没有什么新东西 等错误观念,牢固树立以患者为中心,检验质量高低是真正衡 量为患者服务的尺子。显微镜检查不但是检验人员的基本功, 而是需要长年累积,掌握其特点和规律的有丰富经验的工作 人员才能胜任,阳性结果才不会被漏报。目前还没有一台仪器 可以代替显微镜检查,因此,显微镜下不是没有什么好学,而是 大有学问。人是时间的主人,关键是自己是否愿意在显微镜下 花时间,形态学的学习仅仅有图有书是很难真正学到手的,更 重要的是实践和积累,踏踏实实地去干。

(3)科主任应加强科室质量管理,规范检验操作程序,按照 《临床实验室管理办法》的要求制定标准的显微镜检查项目 SOP 文件,对照标准要求进行镜检。尿液干化学分析结果进 行显微镜复检指标中的亚硝酸盐、蛋白、白细胞、尿隐血的任 何一项阳性,都必须进行镜检。血细胞检验结果中有任何一项 异常提示,都必须进行染色镜检,其他镜检项目都要规定最少 要镜检多少个视野,做到不漏诊,不误报。

随着尿有形成分分析和流式细胞仪在临床检验中的应用, 重视和加强显微镜检查也得到了有关专家教授的重视,目前也 正在思考和完善显微镜下形态学检查的规范化和标准化问题, 省部级医院已经启动此项工作。现应得到县级以及基层医院 的足够重视,使形态学检查水平有一个全面的提高。

参考文献

[1] 丛玉隆. 尿液有形成分检查及镜检筛选标准的制定[J]. 中华检验医学杂志,2011,34(6):481-483.
[2] 丛玉隆,李艳,袁桂清. 加强形态学临床专家座谈会纪要 [J]. 中华检验医学杂志,2005,28(2):147-148.

(收稿日期:2012-10-17 修回日期:2012-11-20)