

急性脑出血的 CT 定位及介入治疗

张志远 闫少琴 崔健 白忠雄

摘要:目的:通过分析急性脑出血的 CT 定位及介入治疗与单纯内科保守治疗的不同方法,找出急性脑出血的较佳治疗方案。材料与方法:选急性脑出血介入治疗和单纯药物治疗各 96 例,对疗效进行了观察及回顾性对比分析。结果:两组病情轻型者的病死率及总有效率无显著差异;显示病情属中、重型者介入治疗的有效率均高于保守治疗(P 值分别 $<0.05, 0.01$)。结论:超早期介入治疗是降低病死率,减少病残率,提高生存质量的关键。总病死率介入治疗组有明显的下降趋势。

关键词: X 线计算机 断层摄影术 介入治疗 脑出血

CT – Oriented Interventional Therapy of Acute Brain Hemorrhage——A Comparative Analysis of 96 Cases

Zhang Zhiyuan, Yan Shaoqin, Cui Jian and Bai Zhong – xiong

Department of Radiology, The Affiliated Hospital, Ningxia Medical College, 750004

ABSTRACT Objective: Better therapeutic plan for treatment of acute brain hemorrhage was the aim of this study through analysis of results of CT – orientated interventional therapy and simple conservative therapeutic measure. Materials and Methods: 96 cases of acute brain hemorrhage for each of the 2 groups treated differently, were selected for study retrospectively, comparative analysis was made on their curative effectiveness. Results: There was no significant difference in mortality and overall effectiveness in the mild cases of the 2 groups. But, in moderate and severe cases, interventional therapy showed better results than that of the conservative therapy. (P values: <0.05 and <0.01 , respectively). Conclusion: Interventional therapy instituted at very early stage of the disease is the key to obtain lower mortality and morbidity rates, as well as to raise living quality of the patients. The overall mortality rate showed significantly lower in the interventional therapeutic group.

Key words Computed tomography Interventional therapy Brain hemorrhage

非损伤性(原发性、自发性)脑出血至今仍是老年人病死率、致残率较高的疾病之一,保守的内科药物治疗效果不佳,而外科手术治疗则因创伤较大、患者多为高龄体弱、病情危重者及后遗症较多而难以使医患接受。采用 CT 定位的介入性血肿抽吸术,具有定位准确、损伤轻微、操作简便、清除积血彻底等特点,是目前治疗急

性脑出血的最佳方法之一。本文选取 96 例介入治疗患者(介疗组)及同等量单纯药物治疗患者(保疗组),进行疗效观察及回顾性对比分析。

材料与方法

一、临床资料

作者单位:750004 宁夏医学院附属医院放射科(张志远);宁夏医学院附属医院神经内科(闫少琴);宁夏石嘴山市第二医院放射科(崔健);宁夏银川市第二医院 CT 室(白忠雄)

(一) 介入治疗组男 54 例、女 42 例; 年龄 36 ~ 81 岁, 平均 56 ± 25 岁。入院时意识状态分别为: 清醒 18 例, 嗜睡 35 例, 浅昏迷 21 例, 中昏迷 15 例, 深昏迷 7 例。全部病例在入院 24 小时以内行 CT 扫描, 根据诸经线测量, 计算血肿量 (毫升 = $1/2$ 长轴 \times 短轴 \times 层高) 为 6 ~ 160ml, 平均为 55 ± 31 ml。血肿部位分别为: 内囊 28 例, 破入脑室 13 例、伴蛛网膜下腔出血者 5 例。外囊 22 例, 破入脑室 9 例。混合型 18 例, 破入脑室 6 例, 蛛网膜下腔出血 2 例, 皮质下 13 例, 破入脑室 4 例, 蛛网膜下腔出血 5 例。丘脑型 15 例, 破入脑室 13 例, 蛛网膜下腔出血 3 例, 根据格拉斯哥评分为 29 ± 8 。伴发病评分为 5.50 ± 9 。

(二) 对照组选择年龄 (相差 10 岁以内), 意识障碍程度和病情分型相仿, 出血部位类似, 出血量相差 10ml 以内, 而其它症状类似的急性脑出血者, 其神经功能缺损评分为 29 ± 8 , 伴发病评分为 5.0 ± 8 , 单用药物治疗者为对照组。

二、操作方法

(一) 定位采用 GE9000 型及岛津 4800TC 型全身 CT 机, 选定 OM 基准线, 选出血肿面积最大、血肿中心距颅板最近处为标记靶点, 测量前额正中中线至标记靶点的距离, 确定为头皮穿刺点。再以血肿中心与头皮穿刺点的距离确定穿刺的深度。

(二) 穿刺采用颅锥钻孔后, 用动脉穿刺针按所测定的深度穿刺, 拔出针芯后多即可见到有陈旧性血液流出, 证明穿刺成功, 继续用 10ml 注射器反复抽吸, 如血肿尚未完全溶解 (3

天以内) 时, 可于反复抽吸后经穿刺针注入尿激酶 1 万单位^[5]。

(三) 96 例介入治疗时间为发病后 6 小时 ~ 24 天, 其中 6 ~ 24 小时者 25 例, 3 天以内 32 例, 1 周内 24 例, 2 周以内 9 例, 3 周以内 6 例。本组抽吸 5 次者 6 例, 抽吸 4 次者 19 例, 抽吸 3 次者 41 例, 抽吸 2 次者 18 例, 抽吸 1 次者 12 例。多次抽出的积血量多大于原计算的血肿量 (68 例约占 70%), 近似者 28 例。

(四) 疗效观察在病后 3 天、1 周、2 周、1 月各按统一标准进行功能缺损评分一次。

三、评分标准

(一) 显效: 包括痊愈和显著进步 (功能缺损评分减少 21 分以上)。

(二) 有效: 功能缺损评分减少 8 ~ 20 分。

(三) 较差: 包括无变化 (功能缺损评分减少或增加 3 分) 和恶化 (功能缺损评分增加 9 分以上)。

(四) 死亡。

四、统计学处理

所有数据均经统计学处理, 分别采用 u 及卡方检验。

结 果

一、病情分型的疗效对比

病情中、重型者介入治疗组总有效率分别为 82.1% 和 76.0%, 均较保守组明显提高, 有显著差异 (P 值分别为 <0.05 和 0.01)。见表 1。

表 1: 保守组/介入组不同病情分型的疗效比较

分型	例数	显效	有效	无效	死亡	死亡率 (%)	总有效率 (%) ^a
轻型	19	6/8	5/8	7/2	1/1	5.3/5.3	61.1/88.9
中型	44	5/16	8/16	18/7	13/5	29.5/13.6	41.9/82.1**
重型	33	1/7	6/12	11/6	15/8	45.6/24.2	38.9/76.0*

^a 疗效评估: 显效 + 有效 / 成活数, 下同。** 与保守组相比 $P < 0.01$ 。* 与保守组相比 $P < 0.05$ 。

表 2: 对照组/介入治疗组不同血肿量的疗效比较

血肿量 (ml)	例数	显效	有效	差效	死亡	死亡率 (%)	总有效率 (%) ^a
<30	15	6/7	7/7	1/0	1/1	6.7/6.7	92.8/93.3
>30	30	7/12	9/11	10/4	4/3	13.3/10.0	61.5/85.2
>60	32	2/11	7/11	11/4	12/6	37.5/18.6	45.0/84.6*
>90	13	0/4	0/5	5/2	8/2	61.5/15.4	00.0/81.8**
>120	6	0/0	0/1	1/1	6/4	100/66.7	00.0/50.0

* 与保疗组相比 $P < 0.05$ 。 ** 保疗组相比 $P < 0.01$ 。

二、不同出血量的疗效对比

对照组的病死率与出血量呈明显正相关,而血肿量大于 60ml 与 90ml 组者介入治疗组的治愈、好转率明显高于保疗组 (P 值分别为小于 0.05 和 0.01)。见表 2。

三、血肿清除率与病程的观察

血肿清除率 90% 以上 21 例, 病程 (出血至血肿吸收时间) 10 ~ 14 天; 血肿清除率 80% ~ 90% 46 例, 病程 12 ~ 18 天; 血肿清除率 70% ~ 80% 29 例, 病程 18 ~ 21 天。而对照组的血肿清除时间平均 48 ± 9 天。

讨 论

由于 CT 检查的日益普及, 使急性脑出血的诊断变的十分容易, 它具有精确定位, 准确测定出血量, 精细观察血肿的侵及范围以及脑水肿、脑疝等情况, 所以在 CT 引导下的血肿介入治疗引起了人们的关注, 本方法的优势在于简单安全, 一次 CT 定位后可在处置室或病房内局麻下行分次穿刺抽吸, 无需开颅, 痛苦少, 创伤少, 时间短。但是 CT 定位必须作到基线摆位准确, 穿刺点选择合适, 进针深度及方向精确, 本组 96 例全部矢中, 这样既减少了麻醉风险 (多为高龄高危患者)、开颅手术的创伤, 又可减轻患者的经济负担, 缩短住院时间, 明显提高病人的生存质量。

超早期 (6 ~ 24 小时)^[2] 抽吸可以起到缓解血肿对脑组织压迫, 减轻脑水肿, 防止脑疝形

成, 使脑功能损伤缩小到最低限度, 尤其是对病情进展迅速, 出血较多者更应提倡早期介入治疗, 这是保证高质量生存的关键^[2-4]。本文介入治疗组抽吸术后复查 CT, 超早期抽吸的 24 例中, 再出血 3 例, 其他时间抽吸的 72 例中再出血 3 例。为了防止早期抽吸后的因血肿壁形成不全, 突然减压而导致的再出血^[5], 我们认为首次抽吸量应不大于血肿量的 60%, 分次抽吸对病情的稳定及病程的恢复均更为有益。对于尚无脑疝形成的较大或巨大血肿, 分次抽吸的量应为总量 30% ~ 40%, 可于 6 小时后或次日再行抽吸, 这样可减少再出血的危险, 避免因中线结构摆动造成的继发性脑干损伤^[6]。

参考文献

1. 卓大宏, 等. 中国康复医学华复出版社, 1990, 675.
2. Kanno T, et al. Role of surgery in hypertensive intracerebral hematoma a comparative study of 305 nonsurgical and 154 surgical cases. J Neurosurgery, 1984, 61: 1091.
3. Kaneko M, et al. Long-term evaluation of ultra-early operation for hypertensive in 100 cases J Neurosurgery, 1983, 58: 838.
4. 张超, 等. CT 导向体定向抽吸术治疗高血压性脑出血, 脑与神经疾病杂志, 1993, 1: 144.
5. 罗毅男, 等. CT 定位尿激酶溶解法治疗高血压脑出血, 中风与神经疾病杂志, 1988, 5: 241.
6. 闫少琴, 等. CT 定位抽吸术治疗脑出血效果观察, 宁夏医学院学报, 1996, 2: 7.