



• 临床研究 •

脑室出血并发梗阻性脑积水治疗方法的选择及临床疗效观察

李利国

湖南省郴州市宜章县玉溪镇中心卫生院 424200

摘要：目的：观察脑室出血并发梗阻性脑积水治疗方法的临床效果并讨论治疗方法的选择方法。方法：选择2013年9月-2015年11月期间在我院接受治疗的首发脑室出血并发梗阻性脑积水、无神经功能缺损记录患者86例作为研究对象，随机划入观察组和对照组，分别接受双侧脑室外引流术和出血侧脑室外引流术治疗，比较两组患者的脑卒中临床神经功能缺损程度评分。结果：观察组治疗无效6例，治疗有效率86.0%，对照组治疗无效14例，治疗有效率67.4%，观察组和对照组治疗后神经功能损伤评分分别为12.48±3.98分、18.36±5.37分，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。结论：双侧脑室外引流术治疗脑室出血并发梗阻性脑积水临床效果优于出血侧脑室外引流术治疗，值得在临床上应用和推广。

关键词：脑室出血；梗阻性脑积水；临床

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2017)15-037-01

为了观察脑室出血并发梗阻性脑积水治疗方法的临床效果，探讨治疗方法的选择策略，选择2013年9月-2015年11月期间在我院接受治疗的首发脑室出血并发梗阻性脑积水、无神经功能缺损记录患者86例作为研究对象进行临床研究，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2013年9月-2015年11月期间在我院接受治疗的首发脑室出血并发梗阻性脑积水、无神经功能缺损记录患者86例作为研究对象，全部患者均经颅脑CT确诊为脑室出血并发梗阻性脑积水。将全部患者随机划入观察组和对照组，其中观察组43例，男22例，女21例，年龄53-78岁，平均年龄56.6±8.9岁，双侧侧脑室梗阻性脑积水17例，一侧侧脑室梗阻性脑积水16例，双侧侧脑室、三脑室梗阻性脑积水10例；对照组43例，男20例，女23例，年龄52-76岁，平均年龄56.8±8.2岁，双侧侧脑室梗阻性脑积水18例，一侧侧脑室梗阻性脑积水19例，双侧侧脑室、三脑室梗阻性脑积水6例。两组患者年龄、病情等一般资料差异无统计学意义， $P>0.05$ 。

1.2 方法

两组患者均控制血压，镇静，给予颅内降压药物，预防并发症，改善脑营养代谢。对照组在此基础上行出血侧脑室外引流，CT、MR检查结果引导下穿刺出血侧，局麻，遵循规范颅钻孔低位引流。观

察组在此基础上行双侧脑室外引流术，局麻，冠状缝前距正中线2、5cm处开3cm切口，颅骨钻孔，硬脑膜十字切开，穿刺置12F硅胶引流管，固定于头皮，低位引流，置7-14d，CT显示血肿消失后拔管。

1.3 观察指标

使用中国脑卒中临床神经功能缺损程度评分量表衡量患者的治疗效果，由责任护士连同家属如实填写。评分量表总分45分，从意识、水平凝视、语言、肢体、步行能力等方面评价患者神经功能缺损程度：

痊愈：0-15分；

有效：16-30分；

无效：>30分。

有效率=(痊愈+有效)/n×100%。

1.4 统计学方法

本次研究使用SPSS15.0统计学软件进行数据的分析和处理，计量资料($n, \%$)经卡方检验，计量资料($\bar{x} \pm s$)经t检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

观察组治疗无效6例，治疗有效率86.0%，对照组治疗无效14例，治疗有效率67.4%，观察组和对照组治疗后神经功能损伤评分分别为12.48±3.98分、18.36±5.37分，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表1 两组患者治疗结局和术后神经功能损伤评分结果

组别	n	痊愈	有效	无效/死亡	治疗有效率	治疗后神经功能损伤评分
观察组	43	11	26	6	86.0%	12.48±3.98
对照组	43	8	23	14	67.4%	18.36±5.37
X^2/t					4.16	5.76
P					0.04	0.01

3 讨论

自发性脑出血是非外伤因素导致的颅内出血，血液进入脑室系统造成神经功能损伤。原发性脑室内出血血液来源于脑室脉络丛、脑室内、脑室壁以及旁区血管。临近脑室以及脑室旁区离心走行血管解剖学分析将脑室周围管膜下1.5cm以下血肿均定义为原发性脑室内出血。继发性脑室内出血则以脑实质内、蛛网膜下腔出血为主，血肿穿通型或逆流型流入脑室，这一类脑出血在自发性脑室内出血中占大多数，而原发性脑室内出血则临床少见，多和脉络丛动静脉畸形有关，高血压、闭塞性脑血管病也可能诱发出血[1]。自发性脑室出血多继发于脑深部和脑室巨大血肿破入，且常合并急性梗阻性脑积水，手术治疗死亡率35.8%-100%，非手术治疗死亡率更高[2]。多年临床研究资料研究结果表明，自发性脑室内出血内科治疗适用于意识清醒患者、深度昏迷且人工辅助维持呼吸血压的生命体征趋于衰竭患者、病情较轻而一般治疗病情无恶化趋势患者、高龄患者、多脏器功能不全患者以及其他无法手术治疗患者的治疗。常规治疗措施主要包括镇静治疗、血压调控、抗水肿、降低颅内压、并发症预防治疗、止血等。经常规治疗病情没有得到有效控制，严重颅内高压且出现急性梗阻性脑积水，脑疝风险高时需及时复查颅脑CT，做好手术准备[3]。双侧脑室外引流术和出血侧脑室外引流术是治疗脑室出血并发梗阻性脑积水的主要术式，行脑室引流术，能够短时间内有效清除血肿，尽快解除血肿对周围脑组织的压迫，降低颅内压，消除脑水肿和缺血的原因。同时脑室引流能够降低并稳定颅内压，从而改善脑循环，并将脑室内的血液成分有效清除，使急性梗阻性脑积水得到缓解，对威

胁生命的脑疝也有一定的预防作用[4]。脑室引流也是一种病因治疗方法，通过动脉瘤夹闭或者栓塞、动脉畸形切除等方法有效预防再次出血，该术式简单，对脑皮质损伤小，不会导致深部核团进一步损伤，术后患者恢复更快，高龄患者以及多脏器功能不全患者也可以手术。但是该术式置管准确性不理想，引流时间偏长，引流过程中引流管容易堵塞，减压效果不显著，继发感染以及再出血风险也偏高。

结语：

综上，双侧脑室外引流术治疗脑室出血并发梗阻性脑积水临床效果优于出血侧脑室外引流术。临床选择治疗方法，需对出血量、脑积水情况、临床病情等多方面因素进行综合分析，制定个性化的治疗方案，挽救患者生命，减小创伤和患者家属的经济压力。

参考文献

- [1]张燕飞,庄仲伟,张巍峰等.脑室出血术后死亡的危险因素分析[J].中华急诊医学杂志,2012,21(5):527-530.
- [2]林坚,林振浪,尹波等.Ommaya 储液囊在儿童急性梗阻性脑积水中的应用[J].中华小儿外科杂志,2011,32(5):330-332.
- [3]张岱威,郑维红,刘肇绩等.Ommaya 囊置入术在神经系统疾病治疗中的应用价值[J].中国全科医学,2011,14(32):3758-3760.
- [4]王智勇,艾昌森,罗兴武等.间断性侧脑室联合腰大池交替引流术治疗脑室出血的临床分析[J].中国医师进修杂志,2013,36(12):61-63.