

高血压脑出血术后局部导入神经节苷脂作用分析

王冠军 陈瑞

高血压脑出血是脑血管疾病中病死率和致残率都很高的一种疾病,基本的病因是脑血管长期在高压下发生退行性病变和动脉硬化,其中壳核出血多系豆纹动脉破裂出血所致,约占高血压脑出血的50%以上。本院自2010年底开展应用小骨窗开颅手术配合神经节苷脂药物注入术后局部脑内空腔中治疗高血压壳核出血,疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年10月至2015年12月期间海宁市人民医院神经外科收住高血压壳核出血患者64例,纳入标准:①所有患者经头颅CT检查确诊为脑出血;②均符合1995年《全国第四届脑血管病学术会议标准》^[1];③所有患者均有高血压病史;④均为首次出现脑出血,发病时间不大于72 h。排

除外伤性脑出血、动脉瘤或血管畸形脑出血、肿瘤破裂脑出血、脑疝、凝血机制障碍、慢性疾病、严重肝肾功能不全、出血破入脑室或蛛网膜下腔者。其中男性38例、女性26例;年龄41~76岁,平均(58.32±1.20)岁;高血压病史6~30年,平均(13.50±2.31)年;入院时间为发病后2~72 h,平均(24.00±11.12)h。出血量30~105 ml,平均(59.50±9.56)ml;入院时昏迷格拉斯哥(glasgow coma scale, GCS)评分为4~15分,平均(8.50±1.02)分。本次研究经本院伦理委员会批准,所有受试者均签署知情同意书,研究人员通过医院研究内容培训考核合格。采用随机数字法将患者分为对照组32例和治疗组32例。两组年龄、性别、病情情况见表1,两组一般资料比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组一般资料比较

组别	n	年龄 / 岁	性别(男 / 女)	术前 GCS 评分 / 分	入院时距发病时间 / h	出血量 / ml
治疗组	32	58.66 ± 1.22	20/12	8.82 ± 1.19	26.21 ± 10.40	59.87 ± 7.75
对照组	32	58.17 ± 0.95	18/14	8.76 ± 0.97	25.13 ± 12.97	61.74 ± 7.39

1.2 治疗方法 入选病例入院后急诊给予小骨窗开颅血肿清除术,术毕血肿腔常规留置引流管。对照组采用常规治疗,包括甘露醇降低颅内压,合理控制血压,积极防治各类并发症等。治疗组在对照组治疗基础上予神经节苷脂100 mg/d 血肿腔内注射,每天一次;7 d后改为神经节苷脂100 mg/d,静脉滴注,每天一次。两组疗程均为14 d。

1.3 疗效评定 于治疗3月后对两组患者进行临床疗效判断。使用工具:中国脑卒中临床神经功能缺损程度评分量表(Chinese stroke clinical neurological impairment rating scale, CCS)和日常生活活动能

力量表(activities of daily living scale, ADL)。

1.4 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行分析,所有计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,并采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后CCS评分比较见表2

表2 两组治疗前后CCS评分比较/分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	32	20.19 ± 0.05	10.35 ± 8.20*
对照组	32	19.03 ± 8.94	14.84 ± 8.27

注: *: 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.06.030

作者单位: 314400 浙江海宁, 海宁市人民医院神经外科

由表2可见,治疗组与对照组治疗前的CCS评分比较,差异无统计学意义($t=0.73, P>0.05$),治疗组治疗3月后CCS评分低于对照组,差异有统计学意义($t=-2.18, P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后ADL评分比较见表3

表3 两组治疗前后ADL评分比较/分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	32	26.57 ± 18.34	61.55 ± 18.18*
对照组	32	26.62 ± 16.82	40.02 ± 21.95

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,治疗组与对照组治疗前的ADL评分比较,差异无统计学意义($t=-0.01, P>0.05$),治疗组治疗3月后ADL评分高于对照组,差异有统计学意义($t=4.27, P<0.05$)。

2.3 不良反应比较 所有病例在用药过程中动态监测血压、肝功能、肾功能及凝血功能障碍等明显不良反应,治疗组2例出现皮疹,2例转氨酶升高,不良反应发生率为12.50%(4/32);对照组1例肌酐升高,2例转氨酶升高,不良反应发生率为9.38%(3/32),两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.00, P>0.05$)。

3 讨论

西方国家脑出血占全部脑卒中8%~15%,而我国则高达21%~48%。近百年来虽然国内外已有众多的研究,但死亡率和致残率仍高居各类卒中首位,发病后1个月内病死率高达30%~50%,存活者中尚有超过30%患者遗留神经功能障碍^[2]。目前现有的各种治疗事实证明,结果并不能更好地改善脑出血的预后,因此,迫切需要新的有效疗法^[3]。近几年来,医疗设备、器械的不断革新,神经外科显微手术技术不断完善和发展,微创治疗理念不断深入。采取显微手术治疗高血压脑出血已渐渐成为一种趋势。小骨窗显微手术治疗高血压脑出血的优越性体现在:①手术创伤较小;②术中视野清晰;③术中能做到有效止血;④术中血肿清除较完全^[4]。显微手术治疗清除血肿,能有效防止血肿对周围脑组织的继发性损害,但严重神经功能缺损是影响预后主要因素之一。神经节苷脂是国际公认的促进中枢神经系

统生长发育和脑功能恢复的有效成分及营养物质,是目前少数已经证实能够促进神经修复和再生的药物。脑出血后,脑缺血、缺氧等病理过程中,脑内神经节苷脂含量下降,因此补充一定量神经节苷脂有明显的早期脑保护作用。外源性神经节苷脂是唯一能通过血脑屏障的一种重要的神经节苷脂,它主要聚集到受损脑区,能加快受损神经细胞的修复^[5]。但其药物代谢动力学表明该药外周给药肝脏的“首过效应”达80%,且药物选择性靶器官分布差,脑组织浓度低,同时因脑出血后局部和全脑血流量下降影响药物发挥作用。血肿腔内局部给药为脑出血基础研究 and 临床治疗提供了新思路^[6]。本次研究在血肿清除后,血肿腔内应用神经节苷脂治疗效果明显优于对照组($P<0.05$);治疗前后神经缺损程度评分的改善幅度明显大于对照组($P<0.05$)。

因此,病灶旁的局部给药能直接将外源性神经节苷脂导入,对受损神经组织的再生和修复有一定的正向促进作用,本次研究结果也证实经血肿腔给药对脑出血患者近期疗效明确,但对于脑出血患者远期预后的影响尚需进一步研究。

参考文献

- 1 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 脑血管疾病分类(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 376.
- 2 赵继宗, 周定标, 周良辅, 等. 2464例高血压脑出血外科治疗多中心单盲研究[J]. 中华医学杂志, 2005, 8(32): 2238-2242.
- 3 Hwang BY, Appelboom G, Ayer A, et al. Advances in Neuroprotective Strategies: Potential Therapies for Intracerebral Hemorrhage[J]. Cerebrovascular Dis. 2011, 31(3): 211-222.
- 4 黄敬东, 李咏梅, 黄乐, 等. 高血压脑出血的术式选择及评价[J]. 中国当代医药, 2009, 16(9): 17-19.
- 5 高国一. 单唾液酸四己糖神经节苷脂钠盐注射液—治疗脑、脊髓损伤患者的专家共识[J]. 中华创伤杂志, 2010, 26(1): 6.
- 6 张立红, 王苏平, 王晓红, 等. 脑出血微创抽吸术联合应用单唾液酸四己糖神经节苷脂对神经功能的影响[J]. 中国医院药学杂志. 2010, 30(10): 834-837.

(收稿日期 2016-05-24)

(本文编辑 蔡华波)