

- 4);293-303.
- 2 马庆久,吴金生,高德明,等. B超引导下多弹头射频治疗肝癌100例[J]. 中华外科杂志,2000,38(4):272.
- 3 Dixon CM. Transurethral needle ablation for the treatment of benign-prostatic hyperplasia[J]. Urol Clin North Am,1995,22(2):441-444.
- 4 Shiina S, Teratani T, Obi S, et al. Prospective randomized controlled trial comparing percutaneous radio 2 frequency ablation and percutaneous ethanol injection therapy for small hepatocellular carcinoma[J]. Gastroenterology,2000,118(suppl):959.
- 5 高文,陈敏华,严昆,等. 射频消融治疗非手术适应证小肝癌疗效分析[J]. 中国医学影像技术,2007,23(2):254-257.
- 6 吕明德. 肝癌的消融治疗[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(12):715-717.
- 7 高建华,赵相胜,商健彪. MSCT引导下冷极射频消融治疗难治性恶性肿瘤的应用价值[J]. 中国介入影像与治疗学,2008,5(1):53-56.
- 8 叶胜龙. 原发性肝癌治疗的现状及评价[J]. 中华肝脏病杂志,2002,10(3):165-166.
- 9 Testa R, Testa E, Giannini E, et al. Trans-catheter arterial chemocembolisation for hepatocellular carcinoma in patients with viral cirrhosis: role of combined staging systems, Cancer Liver Italian Program (CLIP) and Model for End-stage Liver Disease (MELD), in predicting outcome after treatment[J]. Aliment Pharmacol Ther,2003,17(12):1563-1569.
- 10 Liao X, Yi J, Li X, et al. Expression of angiogenic factors in hepatocellular carcinoma after transcatheter arterial chemoembolization[J]. J Huazhong Univ Sci Technology Med Sci,2003,23(3):280-282.
- [收稿日期 2010-05-04][本文编辑 谭毅 刘京虹]

博硕论坛·论著

超早期立体定向手术治疗高血压脑出血临床分析

刘桂彪, 黄河清, 陈家康, 文超勇, 陆建吾, 郑捷敏, 李学东

作者单位: 545005 柳州, 广西医科大学第四附属医院神经外科

作者简介: 刘桂彪(1969-), 男, 研究生学历, 外科学硕士学位, 研究方向: 脑血管病微侵袭神经外科。E-mail: liugb1969@163.com

通讯作者: 黄河清(1959-), 男, 本科, 教授, 硕士研究生导师, 研究方向: 脑血管病微侵袭神经外科。E-mail: lgsjwk@163.com

[摘要] 目的 探讨超早期立体定向手术治疗高血压脑出血的疗效。方法 对66例高血压脑出血分成超早期组(34例)和早期组(32例)施行立体定向颅内血肿排空术, 比较两组疗效。结果 超早期组术后死亡4例; 获随访28例按ADL分级评定Ⅰ级(良好)5例, Ⅱ级(中残)18例, Ⅲ、Ⅳ级(重残)4例, 植物生存1例。早期组术后死亡3例; 获随访27例按ADL分级评定Ⅰ级(良好)3例, Ⅱ级(中残)12例, Ⅲ、Ⅳ级(重残)11例, 植物生存1例。对两组患者良好-中残率及重残率进行比较, 差异有统计学意义($\chi^2=2.015, P<0.05$), 超早期组疗效优于早期组。结论 超早期立体定向手术治疗高血压脑出血能明显提高临床疗效, 如条件许可, 应尽早实施立体定向手术清除血肿, 减轻血肿对脑组织的损害, 降低患者的致残率。

[关键词] 高血压脑出血; 立体定向; 超早期; 并发症**[中图分类号]** R 544.1; R 743.34 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2010)09-0826-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.09.08

Clinical analysis of the hypertensive intracranial hemorrhage treated by stereotactic method in ultra-early stage LIU Gui-biao, HUANG He-qing, CHEN Jia-kang, et al. Department of Neurosurgery, the Fourth Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Liuzhou 545005, China

[Abstract] **Objective** To study the outcome of hypertensive intracranial hemorrhage treated by stereotactic methods in ultra-early stage. **Methods** Sixty-six patients with hypertensive intracranial hemorrhage were divided into two groups: ultra-early group (34 cases) and early group (32 cases). Hemorrhagic masses were evacuated by stereotactic methods. The outcome between two groups was compared. **Results** In ultra-early group, 4 cases were dead. And 28 cases were followed-up, good in 5 cases, moderate disability in 18 cases, severe disability in 4 cases, and vegetative stage in 1 case. In early group, 3 cases were dead. And 27 cases were followed-up, good in 3 cases, mod-

erate disability in 12 cases, severe disability in 11 cases, and vegetative stage in 1 case. The comparison of good-moderate disability rate and severe disability rate between two groups showed the treatment effect of the ultra-early group was better than that of early group ($u_s = 2.015, P < 0.05$). **Conclusion** Better outcome might be achieved by ultra-early evacuation with stereotactic method for hypertensive intracranial hemorrhage.

[Key words] Hypertensive intracranial hemorrhage; Stereotaxis; Ultra-early stage; Complications

据研究^[1],自发性脑出血发病后 20 ~ 30 min 即血肿形成,6 ~ 7 h 逐渐停止,但血肿的液体部分约占 20%,而血液凝块约占 80%。1978 年 Backlund 提出立体定向控制性次全排空颅内血肿的原则,为外科处理高血压脑出血开辟了一个新的天地。脑出血超早期手术是指自发病至手术时间为 6 h 内^[2],在此期手术不仅能及时解除血肿对脑组织的机械性压迫,而且能使血肿分解产物对周围脑组织的损害减少到最小程度,促使神经功能的最大限度恢复,可以明显降低致残率。我院自 2006-09 ~ 2008-10 采用立体定向手术治疗高血压脑出血 66 例,其中超早期(发病 6 h 内)手术 34 例,早期(发病 7 ~ 48 h 内)手术 32 例,取得较好的效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 (1)一般资料:66 例患者按手术时机分成两组,超早期组(发病 6 h 内手术)34 例,男 24 例,女 10 例,年龄(58.0 ± 10.1)岁。早期组(发病 7 ~ 48 h 内手术)32 例,男 23 例,女 9 例,年龄(60.0 ± 11.2)岁,从发病到入院时间为 1 ~ 20 h。(2)临床表现:所有患者均有高血压病史,病程 2 ~ 28 年。患者入院时意识状态按 Glasgow 评分(GCS),超早期组为(10.0 ± 0.8)分,早期组为(9.8 ± 0.9)分,两组患者均无瞳孔散大。(3)影像学检查:全部病例均经头颅 CT 检查确诊,根据多田氏公式计算血肿量。入院时两组患者一般情况比较差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。见表 1。

表 1 入院时两组患者一般情况比较[$(\bar{x} \pm s), n(\%)$]

组别	例数	性别		年龄(岁)	出血部位			出血量(ml)	出血破入脑室	肢体瘫痪	GCS 评分(分)
		男	女		脑皮层下	壳核	丘脑				
超早期组	34	24	10	58.0 ± 10.1	3(8.82)	25(73.53)	6(17.65)	43.3 ± 12.1	18(52.94)	24(70.59)	10.1 ± 0.8
早期组	32	23	9	60.0 ± 11.2	2(6.25)	25(78.12)	5(15.2)	42.8 ± 11.4	16(50.00)	22(68.75)	9.8 ± 0.9
t/χ^2	-	0.01		0.760	0.16	0.19	0.05	0.173	0.06	0.03	1.428
P	-	>0.05		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

1.2.1 超早期组及早期组手术方法相同:应用安科公司 ASA-602S 脑立体定向仪,在 CT 机引导下计算出相应靶点,手术入路在患侧距血肿最近的相对无功能区,并避开重要静脉(前额、后顶枕等入路),钻孔,置排空器前端于血肿中心,用阿基米德钻绞碎后予抽吸血肿,抽吸压力为负压(一般 < 30.0 kPa),术中抽出血肿量一般不超过出血量的 70% ~ 80%,置引流管于血肿腔内,每日注射尿激酶溶解血肿,并引流体外。术后分别动态复查头颅 CT,待血肿基本排空或次全排空后拔除引流管。对于血肿破入脑室者,术中在行血肿排空的同时采用立体定向侧脑室前角或(和)后角穿刺置管交替外引流。两组病例术后根据病情给予降颅压、控制血压、防(抗)感染、保护胃黏膜、营养支持及康复治疗等。

1.2.2 疗效评定标准 两组患者术后 3 ~ 6 个月通过电话、门诊复查等方式随访。按照美国 LAW-

TONCE 和 BRODY 制定的日常生活能力量表(Activity of daily living, ADL)分级评定预后。ADL I 级(恢复良好):完全恢复日常生活;ADL II 级(中残):部分恢复或可独立进行家庭生活;ADL III 级(重残):家庭生活需人帮助,可扶杖行走;ADL IV 级:卧床,但意识存在;ADL V 级:植物生存状态。

1.3 统计学方法 所有数据均采用 SPSS13.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后 1 个月内病情比较 (1)超早期组:34 例患者术后 1 个月内死亡 4 例,病死率为 11.76%,其中 1 例术后 2 d 死于严重脑干功能衰竭;3 例 2 ~ 4 周内死于并发症(1 例死于消化道出血,2 例死于肺部感染);余 30 例均于术后 2 ~ 4 d 内拔除引流管,复查头颅 CT 受压组织复位,血肿清除

率90%以上,无颅内感染发生。34例中再出血3例,再出血率为8.82%;再出血量25~30 ml,予尿激酶溶解血肿后可引流排空之,无需开颅手术清除血肿。术后合并肺部感染7例,消化道出血5例。(2)早期组:32例患者术后1个月内死亡3例,病死率为9.38%,其中1例术后3 d死于严重脑干功能衰竭;2例1个月内死于并发症(1例死于消化道出血,1例死于肺部感染);29例均于术后3~4 d内拔除引流管,复查头颅CT受压组织复位,血肿清除率90%以上,无颅内感染发生。32例中再出血2例,再出血率为6.25%;再出血量25~50 ml,1例予尿激酶溶解血肿后可引流排空之,1例行开颅手术清除血肿。术后合并肺部感染8例,消化道出血4例。两组病死率和并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

表2 两组病例术后1个月内死亡及并发症比较[n(%)]

组别	例数	死亡	并发症		
			肺部感染	消化道出血	再出血
超早期组	34	4(11.76)	7(20.59)	5(14.71)	3(8.82)
早期组	32	3(9.38)	8(25.00)	4(12.50)	2(6.25)
χ^2	-	0.10	0.18	0.07	0.16
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 随访情况 两组均随访3~6个月,超早期组失访2例,获随访的28例按ADL分级评定恢复I级(良好)5例,占约17.86%,II级(中残)18例,占约64.29%,I~II级(良好-中残率约82.14%);重残(III、IV级)4例,占约14.29%,植物生存1例,占约3.57%。早期组失访2例,获随访的27例按ADL分级评定I级(良好)3例,占约11.11%,II级(中残)12例,占约44.44%,I~II级(良好-中残率约55.56%),III~IV级(重残)11例,占约40.74%,植物生存1例,占约3.70%。两组随访ADL分级评分比较见表3。

表3 两组患者按ADL分级评分比较(n)

组别	例数	I~II级	III~IV级	植物生存
超早期组	28	23	4	1
早期组	27	15	11	1

注:两组比较, $u_c=2.015, P<0.05$

3 讨论

高血压脑出血的治疗目的是尽早清除血肿,降低颅内压,防止或减轻出血后一系列继发性病理变

化导致的继发性神经损伤,打破危及生命的恶性循环,促使神经功能最大限度恢复,从而降低了病人的病死率和致残率。据研究,高血压脑出血发病后20~30 min即血肿形成,6~7 h逐渐停止,7 h后血肿周围出现水肿,且随时间延长水肿不断向周围脑实质扩大;临床症状不断加重和恶化,为进一步降低病人的病死率及改善功能状况,强调尽早手术的重要性已基本达成共识;尽早手术是提高生存质量的关键^[1]。超早期手术不仅能及时解除血肿对脑组织的机械性压迫,而且能使血浆成分及血肿分解产物对周围脑组织的损害减少到最小程度,促使神经功能的最大限度恢复;因此,超早期手术可以降低致残率^[2]。另外,许多神经外科医师认为,开颅清除血肿之所以未能体现出优势,是因为开颅手术创伤大,术中失血等原因造成术后恢复慢、恢复差。随着立体定向技术和神经导航技术的进步,神经内镜技术的应用,为高血压脑出血的微创治疗外科拓展了空间。国内外许多关于微创治疗高血压脑出血的报道,出血量在40~60 ml左右,病情在中型以下(即无脑疝),均取得较满意的效果^[3,4]。自采用立体定向方法清除脑内血肿以来,国内外众多学者在这方面进行了大量实验和临床研究,并取得了较好的效果^[5,6],一致认为此手术能保证定位精确、创伤小、安全性高,尤其适用于重要功能区、丘脑等深部血肿及不能耐受开颅手术的高龄或危重患者。从本资料结果可以看出,超早期组34例患者术后1个月内死亡4例,病死率为11.76%,再出血3例,再出血率为8.82%;早期组32例患者术后1个月内死亡3例,病死率为9.38%,再出血2例,再出血率为6.25%;两组病死率、术后再出血率差异均无统计学意义($P>0.05$),显示了超早期立体定向手术治疗高血压脑出血是安全的。超早期组中获随访28例患者按ADL分级评定,良好-中残率及重残率进行比较,差异有统计学意义($P<0.05$),显示了超早期立体定向手术治疗高血压脑出血的优越性;随访结果亦优于综合文献^[7]。目前报道认为血肿及血浆的代谢产物是导致脑出血后继发性神经脑水肿形成的主要原因^[8]。因此我们认为高血压脑出血病人在有条件情况下应尽早清除血肿,解除血肿对脑组织的机械性压迫,降低颅内压、减少血肿及血浆的代谢产物造成的继发性神经损伤,从而保护脑组织免遭继发性损伤,是降低脑出血病死率及病残率的关键。有学者^[9]认为,起病后3 h内神经功能恶化的原因为血肿扩大压迫脑组织,造成颅内高压所致,起

病后6~48 h神经功能恶化与继发性脑水肿有关。通过对本资料病例的对照治疗结果,我们认为高血压脑出血的手术应于6 h内完成为好。对高血压脑出血患者,有条件应施行超早期立体定向手术治疗,尽早解除血肿对脑组织的压迫,以及其后血肿及血浆代谢产物造成的继发性神经损伤,减轻脑水肿,降低颅内压,可有效降低致残率。

参考文献

- 1 殷小平,张新江,姜亚平,等.脑出血颅内血肿抽吸引流治疗的现状[J].国外医学脑血管疾病分册,2002,10(1):40-42.
- 2 吴承远,刘玉光.临床神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:530.
- 3 徐侃,黄蕾,张燕飞.微创手术治疗高血压脑出血的临床研究[J].中国神经精神疾病杂志,2001,27(6):444-446.
- 4 庞力,周良辅.微创手术治疗高血压脑出血的术式比较[J].中国微侵袭神经外科杂志,2001,6(3):147-150.
- 5 Teemstra OP, Evers SM, Lodder J, et al. Stereotactic treatment of intracerebral hemotoma by means of plasminogen activator: a multicenter randomized controlled trial (SICHPA) [J]. Stroke, 2003, 34(4):968-974.
- 6 杜建新,凌峰,湛燕飞,等.小骨窗开颅术和钻孔引流术治疗脑出血疗效的对比研究[J].中国脑血管病杂志,2004,1(7):10-12.
- 7 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1998:686-690.
- 8 Hickenbottom SL, Grotta JC, Strong R, et al. Nuclear factor-kappaB and cell death after experimental intracerebral hemorrhage in rats[J]. Stroke, 1999, 30(11):2472-2477.
- 9 Mayer SA, Sacco RL, Shi T, et al. Neurologic deterioration in noncomatose patients with supratentorial intracerebral hemorrhage[J]. Neurology, 1994, 44(8):1379-1348.

[收稿日期 2009-08-19][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

博硕论坛·论著

中医药辨证治疗抗精神病药所致闭经的临床研究

石捷, 陶建青, 梁佳, 曾强, 尹雪冰, 施惠琴

作者单位: 530022 南宁, 广西壮族自治区人民医院心理康复中心

作者简介: 石捷(1967-), 男, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗精神心理疾病。E-mail: shijie11384@163.com

[摘要] 目的 观察中医药辨证治疗抗精神病药物引起药源性闭经的中远期疗效。方法 选择服用抗精神病药物导致月经中断达3个月以上的女性精神病患者100例, 随机分为两组, 分别给予中医药辨证治疗(研究组)与人工周期治疗(对照组), 连续观察6个月后评定疗效。结果 两组近期疗效相当($P>0.05$), 但研究组远期疗效优于对照组($P<0.05$)。结论 中医药辨证治疗抗精神病药物引起的药源性闭经疗效肯定, 与人工周期治疗效果相当, 但由于中医药的副作用较少, 远期疗效好, 故能增强患者服药的依从性, 减少疾病的复发, 提高患者的生活质量。

[关键词] 精神分裂症; 闭经; 副作用; 中医药; 治疗

[中图分类号] R 711.51 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2010)09-0829-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.09.09

Clinical study of the efficacy of traditional Chinese medicine in female patients with amenorrhea caused by antipsychotic drugs SHI jie, TAO Jian-qing, LIANG Jia, et al. Psychological Rehabilitation Center, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To study the middle and long-term efficacy and side effects of traditional Chinese medicine in the treatment of antipsychotic drugs (AP)-induced amenorrhea in female schizophrenic patients. **Methods** One hundred female schizophrenic patients with antipsychotic drugs-induced amenorrhea whose menstruation were interrupted more than 3 months were randomly divided into two groups with 50 patients in each group. The treatment group was treated with traditional Chinese medicine for 6 months and the control group was treated with artificial men-