

[文章编号] 1000-2200(2008)02-0182-02

· 临床医学 ·

微创治疗高血压脑出血病死相关因素分析

李庆春

[摘要] 目的:探讨微创治疗高血压脑出血的病死相关因素,以提高手术患者的生存率。**方法:**对 86 例重症脑出血采用微创清除术治疗的 24 例病死患者进行相关因素分析。**结果:**手术时间、出血部位、出血量、年龄、并发症等是影响生存率的主要因素。**结论:**合理选择手术时间,微创清除血肿,防止血肿扩大,预防并发症是改善预后的重要环节。

[关键词] 脑出血;脑/外科手术;高血压;微创;病死;相关因素

[中国图书资料分类法分类号] R 743.34;R 651.11 **[文献标识码]** A

Risk factors related to fatality of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage undergoing minimally invasive treatment

LI Qing-chun

(Department of Neurology, Dangshan County People's Hospital, Anhui 235300, China)

[Abstract] Objective: To investigate risk factors related to death of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage undergoing minimally invasive treatment and increase the survival rate. **Methods:** The risk factors related to death of 24 patients among 86 patients with hypertensive intracerebral hemorrhage undergoing minimally invasive treatment were analyzed. **Results:** The operation time, the hemorrhage location and amount, age, related complications were main factors which affected the survival rate. **Conclusions:** Selection of operation time, minimally invasive clearance of hematoma, prevention of hematoma enlargement and prevention of complications are important elements for improving prognosis.

[Key words] cerebral hemorrhage; brain/surgery; hypertension; minimally invasive; fatality; related factors

高血压脑出血是临床常见的急危重症之一,其病死率和致残率均很高,自颅内血肿微创清除术应用临床以来,病死率有明显下降趋势。但由于患者年龄、手术时间、出血部位、出血量等多因素的影响,仍存在改善提高生存率的条件^[1,2]。2002~2006年,我科采用颅内血肿微创术治疗 86 例脑出血患者,其中病死 24 例,现就微创治疗高血压脑出血病死相关因素作一探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 24 例脑出血病死患者中,男 15 例,女 9 例;年龄 < 50 岁 2 例,50~60 岁 12 例,61~70 岁 4 例,>70 岁 5 例。高峰组为 50~60 岁年龄组。其中有高血压病史 16 例,长期嗜酒史 6 例,糖尿病史 2 例,慢性支气管炎病史 2 例。

1.2 CT 检查 24 例病死患者中,基底核区出血 16 例,出血量 45~117 ml。脑叶出血 2 例(出血量为 35 ml、50 ml),脑室出血 4 例,丘脑出血 2 例(出血量为 35 ml、78 ml)。

1.3 治疗方法 24 例入院后均经头颅 CT 定位,行血肿微创清除术,并在 CT 下术中术后观察血肿变

化,术中予等量生理盐水 250 ml + 肾上腺素 2 mg 反复冲洗,术后监测血压、体温、呼吸、心率变化。

1.4 手术时间与病死率 86 例手术患者中 6 h 内行微创术者 10 例,其中病死 6 例,病死率为 60%。主要病死原因为:术中、术后再出血及中枢性衰竭。6~24 h 内手术 57 例,病死 14 例,病死率 24.6%,病死原因多为肺部感染、多器官衰竭及再出血。而 ≥ 24 h 手术 19 例,病死 4 例,病死原因为肺部感染、多器官衰竭。

1.5 死亡相关因素 死于再出血 9 例,其中 4 例因术后血压过高,2 例由于凝血功能障碍,3 例因首次抽吸过多导致再出血。死于肺部感染 6 例,中枢性衰竭 4 例,多器官衰竭 3 例,其他 2 例。

2 讨论

脑出血因病情凶险,一直是神经科治疗的难题,而针对如何提高颅内血肿微创术的成功率和患者的生存率的有关报道较少,探讨影响预后的相关因素,具有十分重要意义。本组结果显示,手术时间、出血部位、出血量、年龄、术后并发症等是影响预后的主要因素。

2.1 手术时间 本组病死 24 例中超早期(6 h 内)手术治疗 10 例,病死 6 例,病死率为 60%。其中死于术中再出血 4 例(占 40%)。可能与手术时出血

[收稿日期] 2006-10-03

[作者单位] 安徽省砀山县人民医院 神经内科,235300

[作者简介] 李庆春(1969-),男,主治医师。

尚未停止,或术中抽吸过多使颅内压降低导致闭塞的血管再出血所致。据文献报道^[1],脑出血患者一般历时十余分钟至 1~2 h,但可在血压波动时多次、反复出血,一般再出血发生在 6 h 内。因此超早期手术相对风险大,术中术后再出血可能是导致死亡的主要原因。若超早期内患者病情凶险,脑疝已形成,可行开颅清除血肿,以减少再出血的可能。对病情相对稳定者,可密切观察病情变化,48~72 h 后再行微创手术治疗^[3]。本组结果显示,6~24 h 手术与 24 h 后手术者病死率分别是 24.6%、21.1%,与林书武等^[4]报道结果一致,由此可见在 6~24 h 选择手术治疗,既可尽快解除血肿对脑组织的压迫,避免产生严重脑水肿,防止脑疝形成,又可减少并发症及后遗症的发生。而 24 h 后手术病死的患者多因合并感染、多器官衰竭死亡。

2.2 出血部位及出血量 24 例患者中 16 例病死因基底核区出血,出血量平均约 76.4 ml。而 2 例脑叶出血的年龄分别为 35 岁、51 岁,出血量不大,分别为 35 ml、48 ml。其中 1 例因长期嗜酒,凝血机制异常致术中出血不止;另 1 例原有蛛网膜下腔出血病史,术中再出血,考虑与动静脉畸形有关。基底核出血病死原因,多由于出血量较大,脑组织损害严重有关。据文献^[3]报道,一般基底核出血,血肿量 ≥ 85 ml,或血肿体积超过脑容量 6%,预后均不良。与 Nilsson 等^[5]报道血肿体积 ≥ 60 ml 者病死风险是 ≤ 30 ml 的 3.6 倍相一致。而位于中线附近的丘脑出血,也同样与出血量大小有关,当血肿量 ≥ 10 ml,血肿不但破坏全部丘脑,破入内囊引起三偏症状及脑室积血积水,甚至向丘脑下部扩展,直接破坏视丘下部和中脑,其病死率高,恢复期生存质量极差。本组 2 例丘脑出血 ≥ 30 ml 均病死。因此血肿量可作为幕上脑出血结局的一个独立预测因素,且与出血部位结合一起综合分析推断预后可能更可靠^[6]。而对于年龄偏小,有嗜酒史,或蛛网膜下腔出血病史的脑叶出血患者,微创手术更宜慎重,多因凝血功能障碍或血管畸形导致术中出血不止而病死。

2.3 年龄 24 例病死患者中,男:女为 5:3,86 例手术患者中 50~70 岁占 61 例,比例为 70.8%,其中病死 16 例,占总病死人数的 66.7%。这与脑出血在 50~70 岁期间为高发率有关。本组 86 例脑出血患者 ≥ 70 岁者微创手术治疗 16 例,病死 6 例,病死率 37.5%;而 50~70 岁年龄组 61 例,手术病死 16 例,病死率为 26.2%。从中可以看出年龄与微创手术病死率非独立有关,而在综合治疗高血压脑出血的研究中年龄影响最大。由于年龄大,基础病变

多,合并多器官功能衰竭有关。Hemphill 等^[7]报道,脑出血发病 30 天的病死率在 80 岁以下为 39%。而在 80 岁以上为 67%。本组结果显示高龄是影响预后的一个独立因素。

2.4 并发症 由于采取微创手术治疗的脑出血患者均为出血量大、病情凶险的患者。即使手术成功,因出血常影响下丘脑功能及合并意识障碍,使重要器官储备功能减退,并发症多,往往导致不可避免的病死。其中对预后影响最大的有:(1)感染。多为肺部感染,本组死于肺部感染 6 例,占总病死人数的 25%。多为高龄,合并意识障碍,原有慢性支气管炎病史,糖尿病史以及继发癫痫病史者。积极预防感染,加强护理,营养支持治疗,是防治肺部感染的主要措施。(2)再出血。本组死于再出血 9 例(37.5%),主要原因有手术时出血尚未停止,术前后血压过高导致,4 例病死患者中血压术后均超过 220/120 mmHg;3 例首次抽吸过多($\geq 70\%$);2 例因出凝血时间过长,导致术中出血不止病死。因此术中术后监测血压,避免血压过高,首次抽吸 $\leq 50\%$ 是防止再出血的主要措施。(3)中枢性衰竭。4 例死于中枢性衰竭的患者,均因入院时脑疝已形成,手术后脑疝未能缓解,或手术后脑疝纠正,因脑水肿较重,脱水剂应用不足致再次脑疝引起,均于术后 3 天内病死。(4)多器官衰竭。24 例病死患者中 3 例死于多器官衰竭。多为年龄大、基础病变多、合并消化道出血、肾功能异常者,因此积极处理原发病和并发症,预防下丘脑、脑干功能障碍,严格控制肾毒性药物的使用,加强支持治疗,合理个体化用药,纠正多器官功能的失调,对预防多器官功能衰竭的发生极为重要。

【参 考 文 献】

- [1] 步文广,赵春林,吴 硕,等.微创清除术治疗脑出血 50 例临床分析[J].蚌埠医学院学报,2006,31(4):368-369.
- [2] 穆春雷,张 强.42 例高血压性脑出血显微镜下微创手术的治疗体会[J].徐州医学院学报,2006,26(5):453-455.
- [3] 史玉泉,周孝达主编.实用神经病学[M].第 3 版.上海:上海科学技术出版社,2004:834-842.
- [4] 林书武,胡吉庆,于淑燕,等.微创治疗高血压脑出血的临床研究[J].中华神经科杂志,2004,37(4):307-310.
- [5] Nilsson OG, Lindgren A, Brandt L, et al. Prediction of death in patients with primary intracerebral hemorrhage, a prospective study of a defined population[J]. J Neurosurg, 2002, 97(3):531-536.
- [6] 郑国庆,王 艳,黄培新,等.高血压幕上脑出血预后影响因素的 Logistic 回归分析[J].中华神经科杂志,2006,39(4):258-261.
- [7] Hemphill JC 3rd, Bonovich DC, Besmertis L, et al. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage[J]. Stroke, 2001, 32(4):891-897.