

. 经验介绍 .

高血压性脑出血的个体化手术治疗

白宗旭 师 蔚 姜海涛

【摘要】目的 总结高血压性脑出血的个体化手术治疗经验。**方法** 回顾性分析2011年3月至2015年10月手术治疗120例高血压性脑出血的临床资料,根据发病时间、出血分级、出血部位、血肿量、意识状态等选择手术方法,开颅手术治疗57例,锥颅引流术治疗63例。术后1个月采用GOS评分评估近期预后,4~5分为预后优良;术后6个月,按日常生活能力(ADL)分级评估远期疗效,I~Ⅲ级为疗效优良。**结果** 术后1个月,按GOS评分,预后优良例87例(72.5%),死亡9例(7.5%);其中开颅手术预后优良43例(75.4%),死亡7例(12.3%);锥颅引流术预后优良44例(69.8%),死亡2例(3.2%)。102例术后随访6~18个月,其中开颅手术治疗55例,锥颅引流术治疗47例。术后6个月,按ADL分级,预后优良92例(90.2%),死亡3例(2.9%);其中开颅手术预后优良41例(74.5%),死亡2例(3.6%);锥颅引流术预后优良41例(87.2%),死亡1例(2.1%)。**结论** 针对患者具体情况采用个体化手术方案可提高高血压性脑出血的治疗效果。

【关键词】 高血压性脑出血;个体化手术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2016)11-0717-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

随着我国老龄化越来越严重以及生活水平的提高,高血压性脑出血已成为普遍存在的一种急重症,在短时间内会产生意识障碍,甚至偏瘫等^[1-3],严重影响患者生活质量,因此及时治疗对高血压性脑出血的预后意义重大。本文探讨个体化手术治疗对高血压性脑出血预后的影响,为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 病例纳入及排除标准 纳入标准:①符合1999年世界卫生组织的高血压诊断标准及1995年第四届全国脑血管病学术会议修订的脑出血的临床诊断标准^[4];②CT扫描发现脑出血。排除标准:①动脉瘤、外伤、血管畸形等引发的出血;②重要脏器功能不全,如凝血功能障碍等;③急性脑干出血;④身体条件差,不能耐受手术。

1.2 一般资料 2011年3月至2015年10月收治符合标准高血压性脑出血120例,其中男63例,女57例;年龄43~81岁,平均(56.7±4.7)岁。发病时间38 min~22 h,平均(3.9±2.7)h。

1.3 影像学检查 术前均行CT扫描,出血量平均67 ml;出血位于基底节64例、脑室22例、小脑17例、皮层下19例。

1.4 治疗方法 ①根据出血时间和血肿大小选择治疗方案:发病>6 h,血肿量<50 ml且稳定,行锥颅引流术;血肿量>70 ml且不稳定行开颅手术。②根据高血压性脑出血分级:I~Ⅲ级,行锥颅引流术,Ⅳ级行开颅手术。③依据血肿形态及部位选择:丘脑、内囊出血,形态规规则,行锥颅引流术;皮层下、外囊出血或形态不规则行开颅手术。④根据脑疝情况选择:无脑疝行锥颅引流术,有脑疝行开颅手术。⑤参考病人年龄、一般状况、发病时血压、有无合并糖尿病、心肺疾病等情况以及病人家属意见。

开颅手术治疗57例,其中男31例,女26例;平均年龄56.1岁;入院时GCS评分3~5分17例,6~8分33例,9~12分7例;瞳孔散大31例。②锥颅引流术治疗63例,其中男32例,女31例;平均年龄66.3岁;入院时GCS评分3~5分8例,6~8分21例,9~12分19例,13~15分15例;瞳孔散大6例。

1.5 疗效评价 根据CT扫描结果,血肿清除率(%)=(术前血肿量-残余血肿量)/术前血肿量×100%。

术后1个月采用GOS评分评估预后,4~5分为疗效优良。

术后6个月,按日常生活能力量表(activity of daily living scale, ADL)评估远期疗效,I~Ⅲ级为疗效优良。

2 结果

2.1 近期预后 术后1个月,按GOS评分,预后优良例87例(72.5%),死亡9例(7.5%);其中开颅手术预后

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.11.025
作者单位:711500 陕西,商洛市镇安县中医医院神经外科(白宗旭);
710004 西安,西安交通大学第二附属医院神经外科(师 蔚);
710004 西安,西安交通大学第一附属医院神经外科(姜海涛)

优良43例(75.4%),死亡7例(12.3%);锥颅引流术预后优良44例(69.8%),死亡2例(3.2%)。

2.2 远期疗效 102例术后随访6~18个月,其中开颅手术治疗55例,锥颅引流术治疗47例。术后6个月,按ADL分级,预后优良92例(90.2%),死亡3例(2.9%);其中开颅手术预后优良41例(74.5%),死亡2例(3.6%);锥颅引流术预后优良41例(87.2%),死亡1例(2.1%)。

3 讨论

高血压性脑出血发病进展快、并发症发生率高、病死率高。高血压性脑出血外科治疗术式很多,每种手术方式适用范围不相同。传统开颅手术血肿清除干净,容易止血;但创伤大,副作用大^[5]。微侵袭手术方式并发症少,脑结构损伤小;但止血可靠性及血肿清除率相对开颅手术较差^[6]。因此,高血压性脑出血,应根据病人发病情况即发病时间、GCS评分、出血量及部位、意识瞳孔变化、脑疝、中线结构、中脑及周围脑池改变等选择手术方式及时机^[7],同时病人年龄、血糖、发病时血压等因素与术式的选择有关,所有患者采用固定单一的手术方式有可能增加损伤,加重病情。我们根据病人具体病情分别采用常规开颅手术以及锥颅引流术进行治疗。

高血压性脑出血死亡和致残的主要原因是出血后血肿对周围脑组织的压迫损伤以及随之而来的脑水肿、脑疝形成^[8]。脑出血发生后,血肿继发性损伤程度与时间呈正相关,治疗出血性脑损伤的重要时期是出血后6 h。因为脑出血通常在发病30 min内形成血肿,然后出血会逐渐停止,6 h后产生水肿并加重,6 h后不可逆性脑损伤发生率增加,12 h后靠近血肿的脑组织逐渐出现脑细胞死亡,所以出血后6 h内清除血肿效果最理想,可更好地降低致残率及病死率。本文64.3%病例于发病24 h内早期手术治疗,开颅手术治疗为71.4%,锥颅引流术治疗为61.2%;其中发病6 h内超早期开颅手术治疗为57.4%,锥颅引流术治疗为6.8%。我们认为,若患者病情稳定,可以尽早手术(24 h内);若病情危重,有手术适应证,应在超早期手术,挽救生命,改善预后。本文锥颅引流术近期疗效优良率为69.8%,远期疗效优良率为87.2%,远期病死率为2.1%,病死率

较低,预后效果较好。我们认为当出血时间>6 h,出血部位较深,出血部位在丘脑、内囊,血肿量较小,未发生脑疝,中线移位<1 cm,GCS评分较高时,适合采用锥颅引流术。本文开颅手术近期疗效优良率为75.4%,远期疗效优良率为74.5%,远期病死率为3.6%。我们认为,当血肿位于皮层、外囊、形态较规则,近圆形,出血量较大,形成脑疝时,适合开颅手术。

总之,影响高血压性脑出血预后的因素很多,比如出血部位、出血量、破入脑室、血压、手术时间、手术方式及患者个人身体素质等,应根据病人的病情、起病情况、血肿大小、部位、形态、形成速度、发病时血压以及病人生命体征、有无合并并发症等具体情况综合分析,应用个体化治疗方案。

【参考文献】

- [1] 肖 胜,叶 娟,郑文华,等.脑出血CT临床征象与预后[J].检验医学与临床,2013,10(14):1818-1819.
- [2] 井开胜,张国华.脑出血后血肿扩大的相关因素分析[J].中风与神经疾病杂志,2009,26(1):109.
- [3] Liu Y, Karonen JO, Vanninen RL. Acute ischemic stroke predictive value of 2D phase-contrast MR angiography—serial study with combined diffusion and perfusion MR imaging [J]. Radiology, 2004, 231(3): 517-527.
- [4] Butcher K, Laidlaw J. Current intracerebral hemorrhage management [J]. J Clin Neurosci, 2003, 10(2): 158-167.
- [5] 梁玉敏,马继强,曹 铨,等.自发性脑出血的治疗:适应证、时机和方式[J].中国微侵袭神经外科杂志,2014,19(8):337-340.
- [6] 唐晓平,游 潮,张 涛,等.经外侧裂岛叶入路与经颞叶皮质人路手术治疗壳核出血的对照研究[J].中华神经外科杂志,2013,29(8):817-820.
- [7] 林海峰,白冬松,佟 强,等.外科治疗高血压脑出血个体化手术入路选择[J].中华神经外科杂志,2014,30(5):497-499.
- [8] 蒋生智,孟 涛,张庆华,等.两种手术入路早期治疗基底节区高血压脑出血的疗效比较[J].中华神经外科杂志,2014,30(12):1247-1248.

(2016-09-06收稿,2016-10-09修回)