

西藏山南地区高血压脑出血的临床特点分析 (附39例报告)

杨洪斌 索朗次仁 史 睿 吴京雷

【摘要】目的 探讨高原地区高血压脑出血的临床特点及治疗方法。方法 回顾性分析行锥颅血肿引流术治疗的39例高血压脑出血临床资料。结果 血肿大部分清除($>1/2$)21例,部分清除($<1/2$)11例,无减少或增大7例。死亡6例,病死率为15.4%,其中4例死于再出血,1例死于肺部感染,1例死于多器官功能衰竭。随访1~12月,失访6例,按GOS评分评估预后:4~5分11例,3分13例,1分3例。结论 高原地区脑出血具有高发病率的特点,死亡原因主要为再出血,感染发生率低,微创钻孔吸引锥颅血肿引流术是较合适的治疗方法。

【关键词】高血压脑出血;高原地区;治疗;临床特点

【文章编号】1009-153X(2016)05-0630-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 651.1⁺; R 628

高血压脑出血是常见的脑血管疾病之一。由于高原地区特殊的地理、气候及饮食等原因,我国西藏地区高血压发病率位居全国首位^[1],而高血压脑出血的发病率亦远高于平原地区。我院地处高原地区,平均海拔3 700米。本文就我院2013年10月至2014年10月锥颅血肿引流术治疗的39例高血压脑出血的临床资料作一回顾性分析。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组39例均为藏族,其中男22例,女17例;年龄41~80岁,平均56岁。均有高血压病史或入院时血压明显高于正常;术前单侧瞳孔散大3例,瞳孔基本正常36例;术前GCS评分5~12分。

1.2 影像学检查 术前均行颅脑CT检查,均为幕上

出血;基底节区出血25例,丘脑出血8例,皮层脑叶出血6例,其中破入脑室12例;血肿量30~80 ml;排除所有影像学上可疑为动脉瘤、动静脉畸形或硬脑膜动静脉瘘等出血的病例。

1.3 术前辅助检查 血红蛋白11~23 g/L,绝大多数为15~18 g/L;血脂升高23例;凝血异常3例;心电图示左室肥大、心肌缺血21例。

1.4 手术时机和方式 发病后6 h~4 d,采用床旁锥颅血肿引流术。术前根据颅脑CT定位,选取血肿最大层面,穿刺点选择颞部或沿血肿长轴的额部,或距血肿最近的部位,或仅行脑室外引流术,避开重要血管如侧裂、Labbe静脉等的体表定位。局麻下锥颅置入硅胶引流管,抽吸血肿至有阻力感时即停止,术后当天或第2天复查CT,根据残余血肿量间断于引流管内每次注入尿激酶(2~5)万U,夹闭引流管2~4 h放开引流残余血肿,视血肿基本干净后拔除引流管,引流管放置时间2~5 d。

1.5 术后治疗 常规采用脱水、预防感染、控制血压、补液、补电解质、营养等治疗。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.05.015

作者单位:856000 西藏乃东县,西藏山南地区人民医院外科(杨洪斌、索朗次仁、史 睿);430022,武汉市第一医院神经外科(吴京雷)

通讯作者:吴京雷,E-mail:wjlei@189.com

2 结果

2.1 术后影像学检查 术后当天或第 2 天复查 CT: 血肿大部分清除(>1/2)21 例, 部分清除(<1/2)11 例, 无减少或增大 7 例。

2.2 术后病死率及分析 本组术后共死亡 6 例, 病死率为 15.4%, 死亡原因分析: 4 例死于再出血, 1 例死于肺部感染, 1 例死于多器官功能衰竭。

2.3 随访及预后 由于条件限制, 术后大部份病人未行康复理疗及高压氧治疗, 采用电话或门诊方式进行随访, 时间 1~12 个月, 失访 6 例, 余 27 例按 GOS 评分评估预后: 恢复良好(4~5 分)11 例, 重度残疾(3 分)13 例, 死亡病例(1 分)3 例。

3 讨论

高血压已经成为严重威胁人类健康的疾病, 而高血压脑出血是人类主要的死亡原因之一, 在高原地区, 由于特殊的地理、气候及生活习惯等原因, 相对于平原地区, 自有其特殊的流行病学及临床特点。

3.1 发病率高 由于高原地区氧含量低, 人体会代偿性出现心率增快、血压升高、血红蛋白升高等, 以满足机体各器官的氧需求, 加上气候多变, 寒冷, 温差大, 血管舒缩承受更大压力, 当地居民的饮食习惯以高蛋白、高热量食物为主, 如牛羊肉、酥油茶等, 喜好饮酒、抽烟, 加上经济卫生条件较差, 人们普遍缺乏保健意识, 高血压的发现及控制均较差, 导致高血压及高血压脑出血的发病率均高。有文献曾对高原地区高血压脑出血发病率高的原因进行报道, 特别指出高血压和高血红蛋白症是该病的危险因素^[2-3]。发病时间以秋冬季多见, 出血部位以基底节区为主, 这点与平原地区类似。许多病人同时伴有高原性心脏病和高脂血症。

3.2 锥颅血肿引流术是该地区较合适的治疗方法 已有大量文献报道及临床实践证实, 对具有手术指征的高血压脑出血进行外科干预是最合适的治疗方法, 虽然由于器械、技术水平和个人经验等原因, 对钻孔吸引流术、小骨窗开颅、传统骨瓣开颅术的效果仍有争议, 有学者认为传统开颅手术的治疗效果优于微创治疗^[4], 但赵继宗等^[5]进行的多中心大样本实验已经肯定了微创治疗的优势, 小骨窗入路及 CT 引导吸引术组的手术病死率与致残率以及预后的改善情况, 优于传统开颅组。像我院这样的基层医院, 缺乏显微镜及显微器械等基本条件, 锥颅血肿引流术

治疗无疑更有优势。

3.3 死亡原因最多见为再出血, 感染发病率低 内地高血压脑出血术后死亡最多见的原因因为再出血和肺部感染^[6,7]。分析我院死亡病例, 最常见的原因因为再出血, 本组 4 例, 占 66.7%, 仅 1 例死于肺部感染, 无颅内感染等并发症, 考虑与高原地区空气洁净、干燥、紫外线强烈、无 ICU 的交叉院内感染有关。鉴于其死亡原因, 术中操作时不应强求完全清除血肿, 抽吸时注意力度, 以抽吸 1/2~2/3 为佳, 术前、术中、术后给予镇静及止痛药, 应能降低再出血率。有学者报道术后维持麻醉状态可降低再出血^[8]。

另外, 我们在临床工作中还注意到, 与高原地区普遍存在的高血压、高血脂、高血红蛋白症、高血粘度等相矛盾的是, 大面积脑梗死及下肢深静脉血栓的发病罕见, 值得进一步的临床和实验研究。

总之, 高原地区高血压脑出血除了该病的共性外, 也存在着特殊的临床特点, 如更高的发病率、更低的感染率等, 对于有手术指征的病人, 锥颅血肿引流术应该是较为适合的治疗方法。

【参考文献】

[1] 阿旺益西, 龚措杰. 高原地区高血压脑出血微创手术治疗体会[J]. 西藏医药杂志, 2005, 26(4): 8.

[2] 翁 宇, 仁 增, 吴科学. 西藏地区红细胞增多症与高血压脑出血的关系观察及后期教育[J]. 西藏科技, 2011, (4): 48.

[3] 李 军, 王纯莹. 高原地区脑血管病患率及危险因素分析[J]. 高原医学杂志, 2004, 14(2): 16-18.

[4] 魏林节, 冯国君, 吕国志, 等. 高原地区两种手术方式治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 中华神经外科杂志, 2014, 30(1): 71-73.

[5] 赵继宗, 周定标, 周良辅, 等. 2 464 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, 85(32): 2238-2242.

[6] 宋朝彦, 谢 东, 董晓辉, 等. 高血压脑出血患者术后死亡相关因素分析[J]. 医学研究与教育, 2014, 31(2): 25-29.

[7] 刘微波. 高血压脑出血手术后死亡分析[J]. 四川医学, 2010, 31(3): 363-364.

[8] 励 东, 付小君, 闻路通. 高血压脑出血术后维持麻醉状态可降低再出血[J]. 浙江创伤外科, 2011, 16(4): 483.

(2014-11-10 收稿, 2015-02-20 修回)