

. 经验介绍 .

锥颅引流术治疗高血压性脑出血疗效的影响因素分析

田 军 屈 浙 姜 博 宋春旺

【摘要】目的 探讨锥颅引流术治疗高血压性脑出血疗效的影响因素。**方法** 回顾性分析2014年11月至2016年1月锥颅引流术治疗的105例高血压性脑出血的临床资料。**结果** 按GOS评分评估疗效,有效率为74.29%(78/105,GOS评分4~5分),无效率为25.71%(27/105)。多因素Logistic回归分析结果显示年龄 ≥ 50 岁、术前GCS评分3~5分、发病至手术时间 ≥ 6 h、血肿破入脑室、存在并发症、有脑疝是术后疗效的独立影响因素($P < 0.05$)。**结论** 锥颅引流术治疗高血压性脑出血疗效确切、操作简便,手术疗效的影响因素很多,临床应制定相关措施以提高临床疗效。

【关键词】 高血压性脑出血;锥颅引流术;疗效;影响因素

【文章编号】 1009-153X(2017)06-0433-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

高血压性脑出血病情进展迅速,病死率较高,预后不理想,严重降低病人生活质量^[1]。钻孔引流术是治疗高血压性脑出血的重要方法之一,疗效确切,可有效降低病死率,但存在一定并发症,影响治疗效果及病人预后^[2]。本文探讨锥颅引流术治疗高血压性脑出血疗效的影响因素,为临床防治提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2014年11月至2016年1月收治高血压性脑出血105例,其中男59例,女46例;年龄38~74岁,平均(56.68 \pm 2.57)岁, ≥ 50 岁70例, < 50 岁35例;术前GCS评分3~9分,平均(5.57 \pm 1.69)分,其中3~5分45例,6~9分60例;发病至手术时间1~20h,平均(11.58 \pm 2.15)h, ≥ 6 h40例, < 6 h65例;血肿破入脑室50例,未破入脑室55例;血肿量20~70ml,平均(45.77 \pm 2.68)ml;术前平均动脉压110~170mmHg,平均(136.25 \pm 10.25)mmHg。

1.2 入选标准

1.2.1 纳入标准 ①头颅CT证实为颅内出血;②高血压病史明确;③临床资料完整;④年龄为30~75岁;⑤依从性好,配合本研究;⑥自愿签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ①精神异常;②严重传染性疾病;③单纯脑室、小脑或脑干出血;④妊娠及哺乳期妇女;⑤因脑血管畸形、凝血障碍等原因导致非高血压

性脑出血;⑥存在明显手术禁忌证。

1.3 治疗方法 所有病人均接受锥颅引流术治疗。术前行CT扫描检查,避开中央前后回、外侧裂、脑膜中动脉、颞浅动脉等重要功能区及重要静脉窦、额窦,确定穿刺点后锥颅,第一次可清除血肿量的30%~60%。术后引流管保持开放引流,术后24h内复查头颅CT,确定血肿残余量及引流管位置,若引流不畅,血肿残余量较多,可注入2万U尿激酶,夹管1h后开放引流,1~2次/d,应用3~7d。

1.4 统计学处理 采用SPSS 18.0软件进行处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;采用多因素Logistic回归分析检验影响因素,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 临床疗效 按GOS评分评估疗效,有效率为74.29%(78/105,GOS评分4~5分),无效率为25.71%(27/105)。

2.2 疗效影响因素 单因素分析显示年龄、术前GCS评分、发病至手术时间、血肿破入脑室、存在并发症、有脑疝与术后疗效有关($P < 0.05$),见表1。多因素Logistic回归分析结果显示年龄 ≥ 50 岁、术前GCS评分3~5分、发病至手术时间 ≥ 6 h、血肿破入脑室、存在并发症、有脑疝是影响术后疗效的独立影响因素,见表2。

3 讨论

开颅血肿清除术是治疗高血压性脑出血传统的手术方式,但手术时间长、创伤大等,治疗效果不

表1 锥颅引流术治疗高血压性脑出血疗效的影响因素单因素分析结果

影响因素	临床疗效		
	有效(n=78)	无效(n=27)	
性别(例)	男	42	17
	女	36	10
年龄(例)	≥50岁	46(65.71%)*	24(34.29%)
	<50岁	32(91.43%)	3(8.57%)
术前GCS评分(例)	3~5分	23(51.11%)*	22(48.89%)
	6~9分	55(91.67%)	5(8.33%)
发病至手术时间(例)	≥6h	17(42.50%)*	23(57.50%)
	<6h	61(93.85%)	4(61.54%)
血肿破入脑室(例)	是	28(56.00%)*	22(44.00%)
	否	50(90.91%)	5(9.09%)
存在并发症(例)	是	12(34.29%)*	23(65.71%)
	否	66(94.29%)	4(5.71%)
血肿量(ml)		45.73±3.11	45.88±3.65
术前平均动脉压(mmHg)		135.17±16.19	136.48±14.13
脑疝(例)	有	8(32.00%)*	17(68.00%)
	无	70(87.50%)	10(12.50%)

注:与临床疗效无效的病人相应值比,* P<0.05

表2 锥颅引流术治疗高血压性脑出血疗效的影响因素的多因素 Logistic 回归分析结果

影响因素	比值比	P值
年龄≥50岁	5.565	0.009
术前GCS评分3~5分	10.522	0.002
发病至手术时间≥6h	20.632	P<0.001
血肿破入脑室	7.857	0.014
存在并发症	31.625	P<0.001
有脑疝	14.875	P<0.001

佳。随着医疗技术的不断进步,微创手术被广泛应用于高血压性脑出血的临床治疗,具有创伤小、恢复快、操作简便等优点^[3]。

本文结果显示,年龄≥50岁、术前GCS评分3~5分、发病至手术时间≥6h、血肿破入脑室、存在并发症、有脑疝均会对临床疗效造成一定影响。脑室积血是评估自发性脑出血病人预后指标之一^[4]。血肿破入脑室会阻塞脑室系统,导致脑脊液循环出现障碍,造成颅内压增高,同时血性脑脊液长时间滞留于蛛网膜下腔,导致脑血管痉挛,造成继发性脑损害。脑室铸型会压迫及破坏脑干等重要结构,甚至引起脑疝^[5]。临床发现,高血压性脑出血在发病30min内会形成血肿,约6h后因血肿周围低灌注缺血及炎性

介质不断释放,导致水肿的发生,随着血肿压迫时间的增长,周围脑组织受损越严重^[6]。而发病6h内行引流术治疗,可在血肿周围脑组织未发生水肿前,清除大量血肿,有效解除血肿压迫,同时也可减少血肿分解产物损害脑组织,避免水肿恶化,再加上引流脑脊液可显著缓解脑压,改善脑部代谢^[7]。大部分高血压性脑出血病人合并有糖尿病、高血压病及心脏疾病,当脑出血发生后不仅会加重原有疾病,还会引发一系列并发症,影响治疗效果^[8]。脑疝会使颅内压增高及脑干损害,影响治疗效果。因此,为提高引流术治疗高血压性脑出血的临床疗效,应做到以下几点:①及早进行手术治疗;②术前、术后积极稳定血压,防止再出血的发生;③尽量早拔除引流管,减少感染几率;④保持病人呼吸通畅,加强护理,积极行抗感染治疗,降低肺部感染的发生;⑤定期复查肾功能及电解质,及时平衡紊乱。

【参考文献】

[1] Ortega-Gutierrez S, Thomas J, Reccius A, et al. Effectiveness and safety of nicardipine and labetalol infusion for blood pressure management in patients with intracerebral and subarachnoid hemorrhage [J]. Neurocrit Care, 2013, 18 (1): 13-19.

[2] 赵红军. 微创钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿的疗效[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(17): 41-42.

[3] 綦斌, 左程, 邬巍, 等. 立体定向微创钻孔引流术辅助尿激酶灌洗治疗基底节区高血压脑出血[J]. 中华实验外科杂志, 2014, 31(1): 205.

[4] 刘瑞民, 高强, 张剑宁. 钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿临床体会[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2014, 13 (3): 270-271.

[5] 蒋小群, 刘鸣, 游潮. 脑出血病因与部位关系的研究进展[J]. 中华神经外科杂志, 2013, 29(4): 431-432.

[6] 钱章林, 郑勇, 吴永刚, 等. 影响高血压脑出血微创治疗短期预后的相关因素分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2016, 10(7): 919-925.

[7] 候剑, 李明国, 郑娟, 等. 微创钻孔引流治疗高血压脑出血35例体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(8): 495-496.

[8] 王凤鹿, 李文瑞, 侯军华, 等. 老年人慢性硬膜下血肿钻孔引流术后并发症临床分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(12): 746-747.

(2016-11-24收稿, 2017-03-15修回)