

影响高血压性脑出血手术疗效的因素

王守臣

(黑龙江省齐齐哈尔市公安局医院神经外科 黑龙江 齐齐哈尔 161000)

摘要 目的: 对影响高血压性脑出血外科治疗效果诸因素进行综合分析。方法: 采用不同手术方式治疗高血压性脑出血 362 例, 观察年龄因素、GCS 积分、术前后有无基础病变及血肿量对疗效的影响。结果: 年龄因素、病情轻重、术前后有无基础病变的存在是影响手术疗效的重要因素, 而血肿量的多少则无明显影响。结论: 高血压性脑出血的外科治疗疗效是多因素影响, 在确定手术指征时要多因素进行综合分析。

关键词: 高血压; 脑出血; 外科手术

中图分类号: R651.1 文献标识码: A

Analysis of Influencing Therapeutic Effect of Hypertensive Cerebral Hemorrhage Surgery

WANG Shou-chen

(Department of Neurosurgery, Public Security Hospital, Qiqihaer 161000, Heilongjiang China)

ABSTRACT Objective: To analyze the influencing factors of therapeutic effect of hypertensive cerebral hemorrhage (HCH). **Methods:** 362 patients with HCH were given different operative treatments, and the patients' ages, GCS integrals, foundation pathological changes before operation and hematoma effect on therapeutic effect were observed and analyzed. **Results:** A patient's age, condition, preoperative foundation affection were main factors of influencing operative curative effect, with which hematoma has something little to do. **Conclusion:** The therapeutic effect of HCH surgery was influenced by multiple factors, which should be considered in determining operative indications.

Key words: Hypertension; Cerebral hemorrhage; Surgery

高血压脑出血外科治疗的效果意见尚不一致。我院自 1992 年—2004 年这 7 年期间, 共手术治疗高血压性脑出血患者 362 例。现结合有关资料, 对影响其疗效的诸因素进行分析, 对外科手术指征予以回顾。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共 362 例, 男 193 例, 女 169 例。年龄 36—84 岁, 平均 63.5 岁。其中 50 岁以下 78 例, 51—60 岁 115 例, 61—70 岁 92 例, 70 岁以上 77 例。发病前有高血压病史 281 例。发病至手术时间 2—72 小时, 平均 4.2 小时。入院时 GCS 积分: 3—5 分 62 例, 6—8 分 188 例, 9—12 分 85 例, 13—15 分 27 例。出血部位与血肿量: CT 示基底节区 140 例, 皮质下 132 例, 丘脑及伴破入脑室 24 例, 脑室内积血 32 例, 小脑 28 例, 脑干出血伴破入脑室 6 例。血肿量按多田公式计算: 幕上血肿量小于 30ml 47 例, 30—40ml 206 例, 大于 40ml 75 例; 幕下血肿量小于 10ml 22 例, 大于或等于 10ml 12 例。入院前患者的基础病变: 单纯高血压 215 例, 合并有高血压性心脏病 61 例, 有肺炎、支气管扩张疾病 26 例, 有肾功能损害 17 例, 有糖尿病 35 例, 其他 8 例。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 采用直接血肿清除术 180 例, 钻颅引流并注入尿激酶溶解术 54 例, 开小骨窗血肿抽吸术 49 例, 脑室穿刺外引流术 55 例, 后颅凹血肿清除并减压手术 24 例。

1.2.2 疗效的评定标准及预后 以术后 6 个月随访, 根据日常生活能力 (ADL) 分为 5 级: ADL1 为 51 例, ADL2 为 89 例, ADL3 为 96 例, ADL4 为 44 例, ADL5 37 例, 死亡为 45 例。ADL1—3 恢复良好, ADL4—5 为不良。

1.3 统计

资料数据处理用卡方检验。

2 结果

2.1 年龄因素对手术治疗高血压性脑出血疗效的影响见表 1

2.2 入院时 GCS 积分高低对手术治疗高血压性脑出血疗效的影响见表 2

表 1 各年龄组疗效之间的比较 (例数, %)

	年龄	恢复良好	不良	死亡
(1)	50 岁以下	61 (78.1)	13 (16.7)	4 (5.2)
(2)	51—60 岁	86 (74.7)	21 (18.3)	8 (7.0)
(3)	61—70 岁	67 (72.8)	17 (18.5)	8 (8.7)
(4)	70 岁以上	22 (28.6)	30 (38.9)	25 (32.5)
合计		236	81	45

经 χ^2 检验, (4) 与 (1) (2) (3) 比较 P 均 < 0.05

表 2 入院时 GCS 积分与疗效的关系 (例数, %)

	GCS 积分	恢复良好	不良	死亡
(1)	3—5 分	9 (14.5)	25 (40.3)	28 (5.2)
(2)	6—8 分	127 (67.5)	46 (24.5)	15 (8.0)
(3)	9—12 分	75 (88.2)	8 (9.4)	2 (2.4)
(4)	13—15 分	25 (92.6)	2 (7.4)	0 (0)
合计		236	81	45

经 χ^2 检验, (1) 与 (2) (3) (4) 比较 P 均 < 0.05

2.3 出血部位及血肿量对疗效的影响

本组中各出血部位的病死率分别为, 皮质下死亡 4 例 (4/132, 3.0%), 基底节区死亡 13 例 (13/140, 9.3%), 丘脑出血及伴破入脑室死亡 11 例 (11/24, 45.8%), 脑室内积血死亡 8 例 (8/32, 25.0%), 小脑出血死亡 4 例 (4/28, 14.3%), 脑干出血及伴破入脑室死亡 5 例 (5/6, 83.3%)。血肿量与疗效的关系见表 3。

(收稿日期: 2006-03-11 接受日期: 2006-04-23)

表3 血肿量对疗效的影响(例数, %)

	血肿量	恢复良好	不良	死亡
(1)幕	< 30ml	38(80. 8)	7(14. 9)	2(4. 3)
(2)	30- 40ml	154(74. 8)	28(13. 6)	24(11. 6)
(3)上	> 40ml	25(33. 4)	40(53. 3)	10(13. 3)
(4)幕	≤10ml	15(68. 2)	4(18. 2)	3(13. 6)
(5)下	> 10ml	4(33. 3)	2(16. 7)	6(50. 0)
合计		236	81	45

经 X² 检验, (2) 与 (3) 病死率的比较 P> 0. 05, (4) 与 (5) 病死率的比较 P< 0. 05。

2.4 术前的有无基础病变对手术治疗高血压性脑出血疗效的影响见表 4。

表4 术前的有无基础病变与疗效的关系(例数, %)

术前情况	恢复良好	不良	死亡
无基础病变	163(75. 8)	33(15. 3)	19(8. 8)
有基础病变	73(49. 7)	48(32. 7)	26(17. 7)
合计	236	81	45

经 X² 检验, 两组相比 P< 0. 05

3 讨论

对于高血压性脑出血的外科手术治疗指征, 文献报告颇不一致。一般认为, 年龄在 70 岁以下, 浅昏迷或中度昏迷而不伴脑疝^[1], 出血部位表浅及血肿量(大脑半球) 大于 30ml(小脑出血大于 10ml), 无严重并发症等为其手术指征, 这类患者通过外科治疗的效果较满意^[2]。近年来, 随着诊疗技术及术后并发症防治水平的提高, 高血压性脑出血患者手术治疗后的疗效有很大改善。通过对我院高血压性脑出血患者外科治疗的指征回顾, 总结影响手术治疗高血压性脑出血疗效的各种因素。

3.1 年龄因素对手术治疗高血压性脑出血疗效的影响

年龄是影响手术治疗高血压性脑出血疗效的重要因素, 以往有人将手术年龄限制在 60 岁以下^[3], 也有学者认为年龄大于 65 岁不宜手术。本组资料表明随着年龄的增长, 患者的恢复良好率明显下降, 恢复不良及病死率明显增加。这可能和高龄患者重要器官功能减退, 易发生并发症有关^[4]。但本组中 70 岁以上年龄组患者的恢复良好率也有 28. 6%, 因此, 我们认为应根据病人的具体情况具体分析。如 70 岁以上的患者在全身状况良好的情况下, 可采取手术治疗, 不应因年龄因素所困扰而丧失手术时机。

(上接第 30 页)

响^[6]。本研究主要是对倾向因素、促成因素进行干预, 通过健康教育, 使患者对疾病有了正确的认识, 通过正当渠道获得了较多的知识信息, 知道了高血压、高脂血症可以通过积极的预防治疗, 加强自身管理得到控制, 从而建立良好的行为方式, 自觉控制与调节饮食, 加强体育锻炼。随着不良生活方式, 治疗的依从性和遵医行为得到提高, 心脑血管疾病终点事件的发生明显减少, 也直接和间接的控制了病情的发展。从表 3 显示, 健康教育干预组心脑血管疾病的发生率明显低于一般治疗对照组。这说明我们的干预是成功的, 起到了非同一般的作用, 也为中老年人心脑血管疾病的防治工作提供了理论依据。

4 结论

高血压和高脂血症是发生心脑血管疾病的最主要的危险

3.2 入院时 GCS 积分高低对疗效的影响

GCS 评分反映了病人脑出血的临床意识状况及病情的严重程度。因此, 术前的患者意识状态与手术疗效有极大关系。一般认为, 发病后意识障碍轻微, 其后缓慢加深者, 以及入院时意识中度障碍者, 应积极进行手术治疗。本组中 3- 5 分的患者术后病死率为 45. 2%, 而 6- 8 分以上的为 8. 0%, 9- 12 分的为 2. 4%。由此可见, 病人入院时意识障碍较重者的手术应慎重考虑, 患者术前 GCS 积分越低, 意识障碍越重, 手术效果越差。GCS 积分低于 3- 5 分的一般不宜手术。

3.3 出血部位及血肿量与疗效的关系

深部出血可直接损伤脑的重要结构, 病死率颇高。通常皮质下及基底出血者手术治疗效果满意, 丘脑出血者则手术疗效较差, 脑干出血者的手术疗效更差^[2]。小脑出血者如诊断、治疗及时, 外科手术疗效明显优于内科的疗效, 本组资料充分说明了这种观点。但本组中幕上出血量 30- 40ml 的病死率为 11. 6%, 40ml 以上的为 13. 3%。差异无显著性。幕下出血量以 10ml 为界, 病死率分别为 13. 6% 和 50. 0%, 病死率有显著性差异。显然, 幕上出血量对最后疗效的影响并不象人们所认为的那么明显, 这是因为由于老年人大多有不同程度的脑萎缩, 颅内存在一定空间, 因此血肿量不是反映脑受压状况的唯一因素, 从临床角度来看, 出血部位更重要, 临床上常可看到皮质下出血数十毫升, 病人不一定出现意识障碍, 而丘脑少量出血, 多数病人就会出现昏迷, 手术前必须认真考虑。

3.4 术前的有无基础病变对疗效的影响

患者如合并有心、肺、肾、糖尿病等疾病患者会影响手术效果^[2]。本组资料中有基础病变的病死率为 17. 7%, 而无基础病变的则为 8. 8%, 两者有显著性差异。因此要综合考虑病人入院时的全身情况, 即有无心、肺、肾、糖尿病等疾病。当高血压性脑出血患者存在上述基础病变时, 其全身状况较差, 加之由于脑出血后对全身各器官的影响, 这类患者难以耐受手术, 并且易出现并发症, 而一旦出现并发症, 由于全身差误的原因, 不易控制, 使病人治疗效果不好。

参 考 文 献

[1] 陈亿民. 影响高血压脑出血术后预后因素临床分析[J]. 河北医学, 2004, 10(11): 973- 975
[2] 宋熙庆. 影响高血压脑出血术后脑功能恢复的相关因素分析[J]. 山东医药, 2004, 44(3): 43
[3] 张东. 影响高血压脑出血手术疗效的因素分析[J]. 山西医药杂志, 2003, 32(5): 476- 477

因素, 对其进行健康教育干预可减少心脑血管疾病的发生率, 直接间接的起到了控制疾病进一步发展的作用。

参 考 文 献

[1] 尤黎明. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 152~ 169
[2] 吴锡贵, 顾东风, 李世焯, 等. 社区人群干预对心脑血管危险因素水平的影响[J]. 中华预防医学杂志, 1998, 32(增刊): 16~ 19
[3] 贝政平, 舒怀. 内科诊断标准(上卷)[M]. 银川: 宁夏人民出版社, 1990: 148
[4] 王宝生. 社区保健[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2002: 101~ 105
[5] 吴萍. 社区卫生护理的未来趋势和展望[J]. 现代生物医学进展, 2006, 6(1): 89- 90
[6] 吕姿文. 健康教育和健康促进[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学出版社, 1998: 21~ 22