高血压致丘脑出血的手术治疗分析

汤秉洪,覃宗明,杨明彬,陈建刚 (双流县第二人民医院神经外科 , 四川 双流 610213)

[摘 要] **目的** 探讨外科手术治疗高血压致丘脑出血的疗效。**方法** 回顾性总结我院近 5 年所行外科手术治疗高血压丘脑出血 33 例患者的疗效,并与同期未手术 31 例患者临床资料进行对比分析。**结果** 33 例术后再出血 2 例,放弃治疗 4 例,死亡 6 例,死亡率显著低于非手术组。存活患者随访 6 个月至 1 年,按日常生活能力分级(ADL),I 级 6 例,II 级 9 例,III 级 8 例,IV 级 2 例,V 级 1 例。**结论** 高血压致丘脑出血及早在直视下彻底清除血肿并可靠止血,可降低再出血率和死亡率。

[关键词] 高血压病;丘脑出血;外科手术

[中图分类号] R743.2;R722.151 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2012)03-0275-02

Analysis on surgical operation for hypertensive thalamic haemorrhage

TANG Bing-hong, QIN Zong-ming, YANG Ming-bin, CHEN Jian-gang (Department of Neurosurgery, Second People's Hospital of Shuangliu, Shuangliu Sichuan 610213, China)

Abstract: Objective To explore the efficacy of surgical operation for hypertensive thalamus hemorrhage. **Methods** The efficacy of the surgical operation for 33 patients with hypertensive thalamus hemorrhage in our hospital over the past five years was analyzed retrospectivelyand was compared with the clinical data of 31 patients without the operation in the same period. **Results** Postoperative hemorrhageoccurred in 2 cases out of 33 cases. Four cases gave up the treatment and 6 cases died. The mortality rate of those with the operationwas significantly lower than those without the operation. The patients were followed up for 0.5 ~ 1 years and they were classified according to ADL prognosis scale: 6 cases in I grade, 9 cases in II grade, 8 cases in III grade, 2 cases in IV grade, 1 case in V grade. **Conclusion** Timely clearing the hematoma completely and stopping bleeding reliably under the direct vision can lower the re-bleeding rate and mortality rate in the case of hypertensive thalamic hemorrhage.

Keywords: hypertension; thalamic haemorrhage; surgical operation

高血压丘脑出血的发病率仅次于基底节区脑出血,约占脑出血的 13%~31%[1],其病情危重,有较高的死亡率及致残率。外科手术是治疗重型高血压丘脑出血的重要手段,根据患者病情具体情况选择相应手术方式,对提高患者生存质量和改善预后尤为重要。我院近 5 年采用外科手术治疗 33 例高血压丘脑出血患者,疗效满意,与同期未手术 31 例患者相比,死亡率明显降低,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究所有患者均有明确高血压病史或入院后检查发现符合高血压诊断,全部经 CT 扫描证实为丘脑出血和以丘脑为主的基底节血肿,而且血肿不小于 20 mL。手术组 33 例中,男 24 例,女 9 例,年龄 24 ~ 83 岁,平均年龄 65 岁。3 例合并糖尿病,5 例合并慢性支气管炎肺气肿。临床表现:33 例患者均有意识障碍,其中昏睡 3 例,浅昏迷 22 例,深昏迷 8 例,均伴有一侧肢体活动障碍,双侧瞳孔等大等圆 13 例,双侧瞳孔缩小 5 例,一侧瞳孔散大 12 例,双侧瞳孔散大 3 例。出血量与部位:右侧丘脑出血 18 例,左侧丘脑出血 15 例,血肿破入脑室 30 例,血肿累及内囊 20 例,血肿累及下丘脑及中脑 8 例。出血量按多田公式计算: 20 ~ 30 mL 4 例,30 ~ 50 mL 21 例,大于 50 mL 8 例。非手术(家属拒绝手术)组 31 例中,男 18 例,女 13 例,年龄 25 ~ 81 岁,平均年龄 63.5 岁,2 例合并糖尿病,3 例合并慢性支气管炎肺气肿,昏睡 6 例,浅昏迷 12 例,深昏迷 13 例,一侧肢体活动障碍 31 例,双侧瞳孔等大等圆 11 例,双侧瞳孔缩小 3 例,一侧瞳孔散大 7 例,双侧瞳孔散大 10 例。出血量与部位:右侧丘脑出血 17 例,左侧丘脑出血 14 例,血肿破入脑室 28 例,血肿累及内囊 15 例,血肿累及下丘脑及中脑 9 例。出血量按多田公式计算: 20 ~ 30 mL 8 例,30 ~ 50 mL 10 例,大于 50 mL 13 例。

1.2 治疗方法

手术组患者均于入院后急诊在气管插管全麻下手术,术前常规预防性使用抗生素,对于血肿比较局限的 22 例患者采用颞部小骨窗开颅血肿清除术。对血肿范围较大的 11 例采用骨瓣开颅血肿清除术。术后常规 8 ~ 12 h 复查 CT 扫描,2 例发生再出血均予以及时手术,术后控制和维持血压稳定,根据病情在术后 6 h 开始使用适量脱水剂控制脑水肿,术后常规使用抗生素预防控制感染,用质子泵抑制剂预防和治疗消化道应激性出血。对 25 例意识障碍较重患者及时行气管切开术,根据痰

[作者简介] 汤秉洪(1974 -),男,四川省双流县人,副主任医师,从事神经外科临床方面的研究。E-mail:gaowu@126.com

[收稿日期] 2012-01-24 [修回日期] 2012-02-24

培养结果选择抗生素,维持水电解质平衡。对破入脑室患者早期行腰穿,后期加强护理及营养并尽早予以针灸康复治疗。同期非手术患者中,因家属拒绝手术而采用保守治疗。

1.3 统计学方法

应用 SPSS 11.0 统计软件处理,采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 为显著差异。

2 结果

33 例手术患者中,术后复查 CT 示 31 例血肿均完全清除,术后再出血 2 例,其余 4 例因病情危重家属放弃治疗。死亡 6 例,存活 23 例。死亡原因为肺部感染 2 例,多器官功能衰竭 2 例,再出血 1 例,本身病情危重 1 例。存活患随访 6 个月至 1 年,按日常生活能力分级(ADL),I 级 6 例;II 级 9 例;III 级 8 例;IV 级 2 例;V 级 1 例。住院第 3、5 天复查 CT 所见手术组患者占位效应明显消失,脑水肿较轻,而非手术组占位效应及脑水肿均较入院时有所加重。不同血肿量的死亡例数见表 1。

表 1 两组不同血肿量死亡例数比较

组别	20 ~ 30 mL	30 ~ 50 mL	> 50 mL
手术组	0/4	3/21 *	3/8
非手术组	0/8	5/10	7/13

*:与非手术组比较,$P<0.05$

3 讨论

丘脑位于大脑深部,是各种感觉进入大脑之前的最末级中继核,与内囊、中脑、下丘脑及脑室等毗邻,这些解剖属性决定了丘脑出血患者意识障碍程度较深,容易出现植物神经功能紊乱[2]。虽然传统观点认为丘脑出血大于 10 mL 时可以手术治疗[3],但由于丘脑位置较深,功能重要,手术难度较大,手术效果较差,因而在实际工作中对开颅血肿清除术指征把握较为谨慎。本研究表明外科手术是治疗丘脑出血的重要有效方法,特别是血肿量大于 30 mL,其治疗效果明显优于保守治疗,而对血肿量为 20 ~ 30 mL 患者,手术能尽快挽救和促进肢体功能恢复。

目前绝大多数临床研究表明超早期或早期是手术治疗高血压脑出血最佳时机,对丘脑出血也不例外[4]。其理论基础为脑出血在发病后 30 min 内停止并形成血肿,1 ~ 2 h 达到高峰,6 ~ 7 h 后血肿周围脑组织出现脑水肿变性及坏死等一系列病理改变,并且随着时间推移逐渐加重,因而在发病 6 ~ 7 h 内手术清除血肿减压,可及时阻断这种病理生理变化,从而保护神经功能。我们的资料也表明手术能及时减轻脑水肿和占位效应,有利于患者康复。但发病到入院时间越短特别是 3 h 内,其出血处于不稳定状态可能性越大,术中止血较为困难而且术后再出血可能性大增,因而超早期或早期手术对术者手术技能要求更高[5]。对有手术指征患者同时家属同意者我们均急诊手术,脑疝患者更要争分夺秒尽早手术。对于丘脑出血手术方式,目前多数学者的研究[6]表明微创穿刺治疗的疗效优于开颅血肿清除术,这可能与病例选择有关,因为行开颅血肿清除术患者病情一般相对较重。丘脑出血的手术难点和重点在于对深部出血进行精准可靠止血,既要对丘脑血肿进行彻底清除,又要尽可能避免对正常组织损伤和干扰[7]。手术时应根据血肿具体位置,从距离血肿最近入路同时兼顾避开重要血管和组织,分别采用小骨窗开颅和骨瓣开颅血肿清除,术中动作要轻柔,助手与主刀医师熟练配合,操作尽可能在血肿腔内进行,对后期比较小的出血或渗血,要耐心仔细可靠止血,同时尽可能减少对重要组织和血管损伤和干扰,术中同时尽可能清除脑室积血,条件允许时在脑室放置一引流管,同时血肿腔也置管引流。

术后处理为患者康复创造机会和条件,是救治患者成功最关键因素。术后常规强力镇静避免患者烦躁,维持血压稳定,避免血压剧烈波动,减少再出血,术后对引流管内引流液颜色和量的严密观察有助于及早发现术后再出血[8]。对意识障碍较重者早期果断气管切开,本组 25 例患者及时行气管切开,以利于吸痰,防止呼吸道梗阻和肺部感染。常规予以脱水预防和治疗应激性消化道出血,选用恰当的抗生素防治感染及神经营养药物等治疗,同时重视对合并症处理。在血压稳定后早期进行针灸康复治疗和肢体功能锻炼,后期重点加强护理可促进患者尽早康复[8]。

[参考文献]

[1] 蔺起宾,滑利民,高宝山,等. 外科手术治疗高血压脑出血相关因素分析及新进展研究[J]. 中华危重症医学杂志,2010,3(1):27 - 29.
[2] 刘胜达,刘 浩,工海鹏,等. 32 例丘脑出血临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2007,10(2):103 - 104.
[3] 周国俊,刘红朝,李 俊. 外侧裂入路显微手术治疗高血压丘脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志,2011,16(8):475 - 477.
[4] 王绪虎,徐恒敏,王 永. 微创穿刺术治疗高血压性丘脑出血 28 例[J]. 实用临床医药杂志,2010,14(17):43 - 45.
[5] 鞠 波,于建敏,孙彦波,等. 超早期微创手术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 华南国防医学杂志,2010,24(1):46 - 47.
[6] 鞠 波,于建敏. 丘脑出血微创穿刺与开颅手术的疗效比较分析[J]. 局解手术学杂志,2010,19(6):473 - 474.
[7] 张建永,张荣林,刘保华,等. 损伤控制理论在脑动静脉畸形治疗中的实践与探讨[J]. 华西医学,2011,16(1):54 - 56.
[8] 李 强,宋春丽,吴晓云. 47 例丘脑出血手术患者并发症的护理体会[J]. 吉林医学,2010,31(32):5884 - 5885.

(编辑:蒋登金)