维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2004)04－0494－03

危重高血压性脑出血围手术期治疗

陈维福，程　远，刘德华

(重庆医科大学第二临床学院神经外科，重庆　400010)

【摘　要】目的:探讨危重高血压性脑出血围手术期治疗的意义。方法:回顾性分析近年我科采用微侵袭手术方法治疗危重高血压性脑出血围手术期治疗，包括控制血压，加强呼吸道管的护理，抗生素的合理应用和方案选择以及高血糖、脑水肿、消化道出血、营养等对症治疗。结果:50 例危重高血压性脑出血患者，死亡 9 例，病死率为 18%；3 月后随访，日常生活能力(Activity Daily Living，ADL) Ⅰ～Ⅲ达 76%。结论:危重高血压性脑出血治疗不仅需要手术方法的微侵袭，而且围手术期积极的病理生理学、病原学、营养和对症治疗，对危重患者能否获得较长的生存时间和较好的生存质量至关重要。

【关键词】高血压性脑出血；围手术期；微侵袭外科；回顾性分析

【中国图书分类法分类号】R743.3　　【文献标识码】A　　【收稿日期】2003－09－16

Perioperative treatment of severe hypertensive intracerebral hemorrhage

CHEN Weifu, et al

(*Department of Neurosurgery, the Second College of Clinical Medicne, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To discuss therapeutic value of severe hypertensive intracerebral hemorrhage perioperatively. *Methods*: The patients with severe hypertensive intracerebral hemorrhage treated with minimal invasive drainage were analyzed retrospectively. The treatment included controlling the blood pressure, enhancing respiratory tract nursing, applying antibiotics reasonably and treating cerebral edema, hyperglycemia, nourishment etc. *Results*: The fifty patients with severe hypertensive intracerebral hemorrhage were entered into the clinical trial. 9 cases died. The mortality was 18%. The results were evaluated with Activity Daily Living (ADL) after 3 months. The proportion of the patients whose ADL reached Ⅰ to Ⅲ were up to 76%. *Conclusion*: The treatment on severe hypertensive intracerebral hemorrhage includes not only the minimally invasive operation method, but also the positive treatment with pathological physiology, etiology, nourishment in the perioperative period, which is important for patients with severe hypertensive intracerebral hemorrhage to live longer and better.

【Key words】Hypertensive intracerebral hemorrhage; Round the surgical operation period; Minimal invasive surgery; Retrospective analysis

高血压性脑出血起病急剧，进展快，部分病人发病后很快出现意识障碍、血压骤升、呼吸困难以及消化道出血等并发症，严重地影响病人的预后。本文通过对我院 NICU2000 年 7 月～2002 年 7 月间收治的 50 例危重高血压性脑出血病人围手术期治疗进行总结，表明经过积极治疗，仍可使部份危重患者获得较长的生存时间和较好的生存质量。

1　对象与方法

1.1　50 例脑出血患者入选条件

①入院时意识为嗜睡～浅昏迷或 GCS6～12 分；血压＞160/90mmHg；年龄＞60 岁；幕上血肿≥50ml，幕下血肿≥15ml 或伴有梗阻性脑积水；②丘脑血肿＞10ml；出血破入脑室；③脑室出血引起脑室铸型或脑积水；④可能出现或已经有呼吸困难、肺部感染、消化道出血，⑤入院时血糖＞11mmol/L 者。入选必须具备前①②条，或不全/全部伴有③④⑤条，即视为危重患者。

1.2　治疗方案

1.2.1　所有患者入院时，立即做详细的体格检查及血生化、肝肾功能、血糖、心电图检查。并收入 NICU，实施 24h 生命体征监测。

1.2.2　手术方式　所有入选者均实施外科手术治疗。皮层下、壳核和部份丘脑血肿采用 YL～1 型微创颅内血肿粉碎穿刺针，行颅内血肿穿刺、引流和血肿腔内注射尿激酶，部分病例行骨窗脑内血肿清除术；小脑出血、脑室出血伴有脑积

作者介绍:陈维福(1966－　)，男，主治医师，
主要研究方向:脑血管疾病的外科治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

水、脑室铸型者,行脑室外引流术。

1.2.3 控制血压 对血压达到或超过 160/100mmHg,采用硝普钠 2～3mg/h 或酚妥那明 2～3mg/h 持续微量泵注入,并根据血压,调整泵入剂量,将血压控制在 140～150/70～90mmHg 间。

1.2.4 保持呼吸道通畅 对昏迷或意识障碍可能持续一段时间的病人尽早行气管切开术或气管插管;对有呼吸困难、呼吸不规则者,可行温和的机械通气治疗,同时根据病人的不同呼吸情况、结合每日 2～3 次的血气分析、电解质结果,选择不同的呼吸模式(间歇性强制通气和辅助控制通气),使病人保持在轻度过度换气状态,维持 SPO_2 在 95% 以上,PCO_2 控制在 30～35mmHg。

1.2.5 加强呼吸道管的护理 每日严格气管导管的护理和正确的气道分泌物提取、送检和培养,为抗生素的选择提供依据。

1.2.6 抗感染治疗采用降阶梯治疗方案 对疑有或可能发生严重感染者,尽早选用广谱抗生素,并使用足够的剂量;然后连续 3 日细菌学检查,根据培养及药敏结果,将广谱抗生素换为有针对性的窄谱抗生素。

1.2.7 降低颅内压、治疗脑水肿 采用胶体与晶体,利尿剂与高渗性脱水剂联合应用。尤其针对高龄、合并有心、肾疾病患者,应遵循先利尿后脱水及使用小剂量脱水剂的原则;白蛋白既可增强胶体渗透压,又可补充机体蛋白质,较适宜老年患者。

1.2.8 高血糖和胰岛素抵抗 采用胰岛素泵入治疗。首次血糖大于 10mmol/L,使用微量泵持续输注胰岛素(0.9% 氯化钠溶液 50ml 加胰岛素 50u),胰岛素用量为 1u/h;当血糖大于 12mmol/L,胰岛素用量为 2u/h。此后,根据血糖结果,调整输入速度,将血糖维持在 4.4～8.0mmol/L 之间。

1.2.9 消化道出血的防治 早期使用抑酸剂、胃粘膜保护剂预防消化道出血;对于已经发生消化道出血的治疗:①停用皮质激素、抗凝药;②使用止血剂、纤维蛋白及抗纤溶药物;③应用抑制胃酸分泌药物,包括 H_2 受体阻制剂及质子泵抑制剂。④胃粘膜保护剂等;⑤反复出血经保守治疗无效者,可行手术治疗。

1.2.10 营养支持治疗 采用胃肠外营养和胃肠内营养相结合;在发病后的 24～48h 进行。肠外营养主要方式为周围静脉输入,必要时通过锁骨下静脉和颈内静脉插管;肠内营养以鼻饲为主。肠内营养用量/天 = 全天所需营养量 - 肠外营养用量;并根据病情和时间,逐渐减少肠外营养用量,过度到全肠内营养方式。

2 结 果

2.1 出院随访 3 月,ADL(Activity Daily Living)见表 1

2.2 9 例死亡病人分布情况,见表 2

表 1 41 例成活危重高血压性脑出血患者 ADL 分级

ADL	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
N(%)	0(0)	6(14.6)	32(78.0)	3(7.4)	0

ADL_1～ADL_3 共 38 例,占总数的 76%。

表 2 9 例死亡病人分布

出血部位	壳核	皮层下	丘脑	小脑
例数	26	15	6	3
死亡例数	3	2	3	1
病死率(%)	11.54	13.33	50	33.33

2.3 死亡原因

大量出血致脑损伤 3 例;严重肺部感染 3 例;消化道大出血 1 例;脑室铸型脑积水 2 例。

3 讨 论

高血压性脑出血是老年人致残和致死的重要因素之一。尽管随着微侵袭手术方法的开展及推广,已经使外科手术治疗脑出血的时间缩短,创伤减轻,[1,2]但是,仍有相当部分危重脑出血患者因①自身有心、脑血管疾病、肾损害和糖尿病;②脑出血后导致昏迷,呼吸困难、血糖升高、胰岛素抵抗以及应激性消化道出血等各种各样的并发症发生,难以度过危险期。因此,在围手术期采取积极的治疗,与病人预后密切相关。

3.1 保持呼吸道通畅

危重高血压脑出血患者发病后,首先表现意识严重障碍,呼吸不畅,可在很短时间内出现肺部感染和成人呼吸窘迫综合症,使原有的脑损伤加重。因此,及早的气管插管或气管切开;经常性的、正确的导管护理,有助于改善呼吸困难,减少肺部淤痰;同时,采用防污染套管毛刷和深部气管内收集痰液标本,进行病原学检查,为抗生素的选择提供重要的依据。另外部分严重者,进行间断的、温和的机械通气治疗,可有效的降低颅内压,改善通气[3]。

3.2 血压控制

高血压病患者发生脑出血一半以上与血压增高有关;而高血压脑出血患者有近 2/5 的病人可出现继续出血。尤其是后者,是临床症状加重和导致病人死亡的重要原因。多数学者认为发病后持续性高血压与继续出血密切相关[4]。尽管目前对血压升高是机体的一种应激代偿反应,能维持一定的脑灌

维普资讯 http://www.cqvip.com

注压已有明确认识,但持续性过高的血压可造成或促发脑继续出血,因此,在围手术期间,严格控制血压,是极为重要的环节之一。本组病人中采用硝普钠或酚妥那明持续泵入降压,将收缩压控制在 140～150mmHg,舒张压控制在 70～90mmHg,收到良好的效果。

3.3 抗生素的应用

正确选择抗生素和治疗方案对尽早达到有效的治疗,拯救患者生命密切相关。本组多数患者合并有严重的感染,尤其是肺部感染,多数采用降阶梯治疗方案:即尽早应用足量广谱抗生素;一旦获得细菌培养及药敏结果,立即将广谱抗生素换为有针对性的窄谱抗生素;并根据细菌培养和病情调整抗生素。采用降阶梯治疗方案有以下优点:①早期使用足量、广谱抗生素可迅速控制感染;②该方案并不会增加细菌耐药性的发生,相反,在整个治疗阶段,可减少总的抗生素用量,降低细菌耐药性产生的可能;③可有效避免初始选择抗生素不当,或延迟恰当的治疗带来的感染加重[5,6]

3.4 营养支持治疗

①脑出血的病人由于出血造成的应激反应,使机体大量分泌儿茶酚胺、皮质激素和胰高血糖素等,导致患者发生严重的代谢紊乱,个别患者甚至出现负氮平衡;②较长时间的意识障碍,引起患者免疫功能降低、感染发生率增加,严重影响了脑功能的恢复。早期胃肠外营养和胃肠内营养相结合;在发病后的 24～48h 进行,可有效地避免营养失调、保护胃肠功能。另外早期肠内营养还可以减少菌群失调的发生和促使神经突触的形成和再生,有利益病人恢复。

3.5 糖尿病和高血糖

许多患者病前并无糖尿病史,但在危重高血压脑出血病人中,与胰岛素抵抗相关的。高血糖是很常见的。尽管血糖的增高是人体的一种保护性反应,利于身体对危重病变的对抗。然而,近期有作者认为将血糖维持在 6.14mmol/L 的水平,可显著降低危重患者并发症的发生率,病死率。本组对血糖高于 8mmol/L 患者,采取积极地强化胰岛素治疗,将血糖控制在 6.4～8mmol/L 范围,减少了并发症的发生。我们认为严重感染的有效治疗与良好的血糖控制有关[7]。

3.6 消化道出血

高血压脑出血,尤其是丘脑、脑室内出血易并发消化道出血。其机制尚不明确,目前认为与视丘下部损害有关。严重的出血可导致失血性休克,进一步降低脑灌注压,加重脑损伤,使神经功能停止恢复。大出血常常是致命的,也是一种预后不良的征兆。本组胃液及大便隐血阳性者占 1/5,其中消化道大出血 5 例。1 例经反复保守治疗无效,采取手术加术中内窥镜治疗,获得满意疗效;1 例死亡。

总之,危重高血压性脑出血治疗不仅需要手术方法的微侵袭,而且围手术期积极的病理生理学、病原学、营养和对症治疗,对危重患者能否获得较长的生存时间和一定的生存质量至关重要。

参 考 文 献

[1] 陈衔城,杨涵铭,陈振平. 高血压脑出血的内外科治疗疗效比较[J]. 上海医科大学学报,1992;19:237－240.

[2] Juvela S, Heiskanen O, Poranen A, et al. The treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage: A prospective randomized trial of surgical and conservative treatment[J]. J Neurosurg, 1989;70:755－758.

[3] Seestsdt RC, frankel MR. Intracerebral Hemorrhage[J]. Curr Treat Options Neurol, 1999;1(2):127－137.

[4] Kubota S, Miyoshi A, Tatara N, et al. Recurrent hypertensive intracerebral hemorrhage: characteristics and risk factors [J]. No Shinkei Geka, 1997;25(11):993－999.

[5] Kollef MH. Optimizing antibiotic therapy in the intensive care unit setting[J]. Crit Care, 2001;5(4):189－195.

[6] Antonelli M, Mercurio G, Di Nunno S, et al. De－escalation antimicrobial chemotherapy in critical Ⅲ patients: pros and cons[J]. J Chemother, 2001;13(1):218－223.

[7] Bradley C. Intensive insulin therapy in critically ill patients[J]. Intensive Crit Care Nurs, 2002;18(2):128－129.