DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.05.057
第23卷第5期 第三军医大学学报 Vol. 23, No. 5
2001年5月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE May. 2001

文章编号:1000-5404(2001)05-0603-02

论著

老年脑出血患者血肿穿刺粉碎术疗效分析

于建敏,鞠 波,王 艳 (解放军107中心医院,烟台 264002)

提 要:目的 分析老年脑出血患者采用颅内血肿穿刺粉碎术治疗的疗效。方法 对3年内收治的脑出血患者104例,按老年与非老年并分别按穿刺与常规内科治疗分组,对照分析临床疗效。结果 老年穿刺组36例与非老年穿刺组21例比较,穿刺后再出血发生率(0/36,2/21)相差显著;老年穿刺组36例与老年常规治疗组33例比较,近期死亡率(16.67%,39.40%,$P<0.05$),ADL1~2率(58.62%,5.88%,$P<0.005$)及ADL 4~5率(13.79%,47.06%,$P<0.025$)相差显著。结论 颅内血肿穿刺粉碎术治疗老年脑出血患者安全有效,特别有利于减低致残率。

关键词:脑出血;老年;血肿穿刺粉碎术
中图法分类号:R651.12;R743.34 文献标识码:A

Therapeutic effect of intracranial hematoma smash puncture on the aged patient with cerebral hemorrhage

YU Jian-min, JU Bo, WANG Yan (Department of Neurology, No. 107 Hospital of PLA, Yantai 264002, China)

Abstract: Objective To analyze the advantages of intracranial hematoma smash puncture (IHSP) in the treatment of cranial hemorrhage for the elderly. Methods A total of 104 cases of cerebral hemorrhage admitted in the recent 3 years were collected and divided into 4 groups, i.e. group A, elderly with IHSP treatment ($n=36$), group B, elderly with regular medical treatment ($n=33$), group C, non-elderly with IHSP treatment ($n=21$) and group D, non-elderly with routine therapy ($n=14$). The clinical and follow-up outcomes were studied and analyzed. Results There was significant difference in rehemorrhage rate after puncture between group A (0/36) and group C (2/21). Significant difference was found in early mortality rate in group A (16.67%) and group B (39.40%). The rate of activity of daily living (ADL) 1—2 was significantly higher in group A (58.62%) than group B (5.88%) ($P<0.005$) and that of ADL 4—5 was obvious lower in group A (13.79%) than group B (47.06%) ($P<0.025$). Conclusion Intracranial hematoma smash hemorrage is safe and efficient in the treatment of elderly cerebral hemorrhage, especially in reducing the disability rate.

Key words: cerebral hemorrhage; aged; hemotoma smash puncture treatment

脑出血是严重威胁中老年人生命与健康的常见病之一。我们于1997年7月至2000年12月对收住我科的脑出血患者104例,按采用血肿穿刺粉碎术与常规内科治疗分组,重点对69例老年患者进行了疗效分析,证明血肿穿刺粉碎术对老年脑出血患者有明显疗效优势。

1 病例与方法

1.1 病例分组

经颅脑CT证实为脑基底节区出血者104例,排除脑干、小脑及原发性脑室出血者,凝血机制障碍者。对CT估计血肿量>35 ml者,征得其家属同意后分至穿刺治疗组;对CT估计血肿量<35 ml,或>35 ml但家属不同意穿刺治疗者,分至常规治疗组。60岁以上(60~82岁)69例,其中穿刺组(A组)36例,出血量36~150 ml,入院时嗜睡12例,昏迷24例;常规治疗组(B组)33例,出血量约10~120 ml,入院时清醒7例,嗜睡17例,昏迷9例。小于60岁(37~59岁)35例,其中穿刺组(C组)21例,出血量50~216 ml,入院时嗜睡9例,昏迷12例;常规治疗组(D组)14例,出血量约20~100 ml,入院时嗜睡11例,昏迷3例。

1.2 治疗方法

A、C两组在发病后2~59 h(平均8.1 h)采用颅内血肿穿刺粉碎术:病室经紫外线消毒,患者仰卧,暴露头部,常规备皮、消毒、铺巾。应用YL-1-10型穿刺针,装于7.2伏手持电钻上,根据颅脑CT片血肿定位,局麻后直接钻透头皮、颅骨进入血肿腔,于针体侧端连接引流管,针体后端插入针形血肿粉碎器,用注射器推注冰生理盐水,经粉碎器上特定分布的激孔,形成高压旋涡,对血肿进行全方位冲涮粉碎,然后经引流管抽吸。如血凝块较多,可注入尿激酶1~2万u,夹管3 h后放开引流3~5 d。

B、D两组于入院后采用脱水、降血压、抗感染、维持水、电解质及酸碱平衡等常规内科治疗。

1.3 统计学处理

采用χ^2检验。

2 结果

四组患者总住院日3~34 d,各组间差异无显著性。各组病例均于出院2月后随访。

2.1 各组疗效

表1中近期死亡系住院期间死亡者。A组6例中有4例因

作者简介:于建敏(1954—),女,山东省乳山市人,副主任医师,主要从事脑血管疾病方面的研究,发表论文15篇。电话:(2535)6531424-33359
收稿日期:2000-12-07;修回日期:2001-03-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

并发多脏器功能衰竭(MOF), 2 例因严重肺炎; B 组 13 例中 7 例因高颅内压致中枢性呼吸循环衰竭, 4 例死于 MOF, 2 例为严重肺炎。C 组死亡 2 例均因穿刺后再出血。D 组死亡 4 例因高颅内压。远期死亡系出院后死亡者。A 组 1 例, B 组 3 例, 均因家庭护理不当并发肺炎、褥疮感染死亡。

表 1 中 ADL 为生活能力分级: ADL4-5 指卧床或植物生存状态; ADL3 指生活需人帮助; ADL1-2 指完全或部分恢复日常生活。经统计学处理显示, ADL4-5 者, A 组明显少于 B 组, ADL1-2 者, A 组明显多于 B 组。

2.2 穿刺前后颅脑 CT 图片见图 1、2

表 1 各组死亡率及生活能力随访比较

Tab 1 Comparison of mortality and activity of daily life during 2-month follow-up

	Elder		P	Non-elder		P
	A(%)	B(%)		C(%)	D(%)	
Early mortality	6(16.67)	13(39.40)	< 0.05	2(9.52)	4(28.57)	> 0.05
Late mortality	1(2.78)	3(9.09)	> 0.05	0		0
Follow up 2 month later						
ADL4-5	4(13.79)	8(47.06)	< 0.05	0	2(20.00)	< 0.05
ADL3	8(27.59)	8(47.06)	> 0.05	6(31.58)	4(40.00)	> 0.05
ADL1-2	17(58.62)	1(5.88)	< 0.01	13(68.42)	4(40.00)	> 0.05

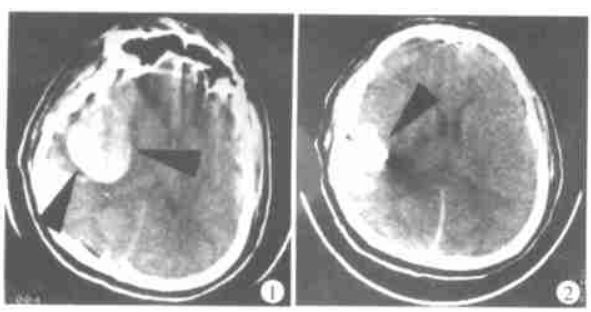


图 1 男性 62 岁右侧脑出血, CT 估计出血量> 100 ml

Fig 1 Case 1 male 62 years old. Hemorrhage of right cerebral hemisphere, hematoma volume> 100 ml calculated by CT

图 2 穿刺后第 3 天复查片引流出血性脑脊液 146 ml

Fig 2 Case 1 CT reexamination at the third day after puncture treatment: 146 ml bloody cerebrospinal fluid evacuated

3 讨论

脑出血死亡原因主要为高颅内压致脑组织特别是脑干受损, 在老年患者中, 突发脑受损所并发的 MOF 及随昏迷而致的严重肺炎则为致死的另一常见原因。而脑出血致残除血肿直接破坏脑组织的原因外, 血肿压迫周围脑组织造成缺血性脑坏死及血肿分解产物引起的血管痉挛等损害亦是十分重要的原因[1]。因此, 尽早降低颅内压, 解除血肿压迫, 减轻脑受损, 即能为挽救生命、改善患者生活能力提供机会。本研究 A、C 两组出血量大于 B、D 两组, 入院时意识障碍 A、C 两组重于 B、D 两组, 但死亡率 A、C 两组明显低于 B、D 两组, 证实了血肿穿刺术的疗效优势。

老年人全身脏器功能减退, 耐受开颅手术的条件差, 本研究 A 组治疗方法简便快捷, 不必搬动患者, 除凝血机制障碍者外, 无特殊禁忌症, 特别适用于常规治疗短时间难以奏效的基底节区团块状出血, 经血肿内全方位冲涮粉碎可较彻底清除血肿。且由于穿刺部位仅受一次点状范围损伤, 大大提高了老年患者的可耐受性, 为及时解除高颅内压, 避免中枢性呼吸循环衰竭提供了机会, 亦减轻了血肿压迫所致的高残废率。本组患者出院 2 月后随访结果显示: ADL4-5 者 A 组明显少于 B 组($P < 0.025$), ADL1-2 者 A 组明显多于 B 组($P < 0.025$), 证明该疗法在老年患者的疗效优势, 提高了老年患者的生存质量。

本研究报告 C 组死亡 2 例均因术中再出血所致, 而 A 组无此死亡原因。分析认为老年患者动脉硬化的长期慢性病理过程致动脉弹性差、血液粘滞度高, 解除血肿压迫后, 动脉不易继续出血。这是保证老年患者穿刺疗效的特有生理优势, 而对非老年患者的穿刺治疗则应适当掌握穿刺时间窗。鲁质成等[2] 采用 WL-Ⅱ型血肿清除器治疗脑出血, 主张在脑出血发病后 12 ~48 h 穿刺为宜。认为超早期(7 h 内)再出血的可能性大。唐桂华等[3] 应用锥颅碎吸术治疗脑出血, 认为最佳时机为发病后 3 ~7 d。赵德川等[4] 主张对血肿量 < 60 ml, 中线不移位或移位< 5 mm, 血压高者应在发病 12 ~48 h 之后, 血压趋向平稳时再行穿刺术。本研究 A、C 两组 57 例中, 38 例在 7 h 内穿刺, 23 例在 7.5 ~59 h 穿刺, A 组中无再出血病例, C 组术中再出血死亡者 1 例为病后 5.5 h, 穿刺时血压 190/105 mmHg, 1 例为病后 8 h, 穿刺时血压 210/105 mmHg。我们认为尽早解除血肿压迫是保证患者生命及生存质量的关键, 而保证避免再出血主要是控制高血压。仅强调时间窗而延长病后穿刺时间, 势必增加血肿压迫所致的更大危险性且有碍术后生活能力的恢复。因此, 高度重视术前血压的控制并适当掌握穿刺时间窗是预防再出血的重要环节。我们的病例中, 术前血压控制在 160/100 mmHg 以下, 病后 3 h 以上穿刺者无再出血发生。

参考文献:

[1] 尹兆克, 宁铁英, 李洪善, 等. CT 引导立体定向穿刺清除高血压脑内血肿 38 例分析[J]. 临床医学杂志, 1998, 18(9): 1-3.

[2] 鲁质成, 刘凤春, 索敬贤. 应用血肿清除器结合 CT 定位治疗高血压脑出血的探讨[J]. 中风与神经疾病杂志, 1995, 12(2): 116-118.

[3] 唐桂华, 王 慧, 杨家芬, 等. 简易立体定向锥颅碎吸术治疗高血压性脑出血临床观察[J]. 中华神经精神科杂志, 1992, 25(4): 226-227.

[4] 赵德川, 康建军, 赵 彪. 血肿穿刺抽吸术治疗危重型高血压性脑出血[J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14(4): 252-254.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net