

• 经验交流 •

高血压脑出血病情程度的标定方法

马东周 杨玲 郝振东 王红斌

【关键词】 评分法; 脑出血, 高血压性; 预后

中图分类号: R734.34 文献标识码: B 文章编号: 1003-0603(2004)04-0251-02

高血压脑出血(hypertensive cerebral hemorrhage, HCH)是中老年人常见病、多发病,其致残率和病死率很高。HCH 治疗方法杂乱,其疗效报道差异更大^[1-3];手术病死率低者仅 9.7%^[4],高的达 80%^[5],给临床科研和统计带来很大困难。影响 HCH 手术疗效和预后的因素很多,且这些因素间又相互作用和影响,每一种因素在治疗过程中占多大比例,目前无量化标准。为此,我们制订了 HCH 疾病程度量化标定评分法,报告如下。

1 临床资料

1.1 HCH 评分标准的制订原则:根据患者的病情,给予不同的分值,原则上有利因素为正分,不利因素为负分,影响因素愈大,分值的绝对值愈大。

1.2 HCH 病情程度量化标定法:HCH 病情程度量化标定方法与我们过去报道的手术适应证量化赋值法基本相同^[6]。应用该量化标准对资料齐全的 342 例 HCH 患者进行回顾性量化评分。342 例患者中,男 215 例,女 127 例;年龄 21~78 岁,平均 52.6 岁,发病高峰年龄为 45~65 岁;高血压病史为 0.3~20.0 年,

平均 5.9 年。见表 1。

1.3 临床应用量化评分结果:

1.3.1 预后与量化评分间的关系见表 2。

表 2 不同预后组的评分比较

组别	例数(例)	量化评分($\bar{x} \pm s$, 分)
痊愈组	192	18.9 ± 17.1
轻残组	58	2.1 ± 0.7
重残组	21	-23.8 ± 22.1
植物生存组	9	-23.5 ± 8.2
死亡组	62	-24.7 ± 29.0
评分正值(含 0)组	248	18.8 ± 9.5
评分负值组	94	-24.4 ± 15.3

1.3.2 HCH 疾病程度量化标定正负评分组与手术疗效的关系:评分正值组痊愈率和轻残率均明显高于评分负值组,而重残+植物生存率和病死率均明显低于评分负值组(P 均 < 0.001),提示标定得分愈高,预后愈好。见表 3。

表 3 HCH 疾病程度量化标定正负评分组与手术疗效的关系 例

组别	痊愈+轻残	重残+植物生存	死亡	合计
正值(含 0)组	228	5	11	244
负值组	22	25	51	98
χ^2 值	195.21	46.07	106.43	
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001	

表 1 HCH 疾病程度量化标定积分表

性别: 男性-2 分, 女性 2 分
年龄: < 50 岁 4 分, 51~60 岁 0 分, 61~70 岁-3 分, > 71 岁-5 分
出血部位: 皮质下 5 分, 小脑 4 分, 基底节区-2 分, 丘脑-4 分, 桥脑-5 分
出血破入脑室: 未破入脑室 0 分, 侧脑室未铸型-3 分, 侧脑室铸型-6 分, 全脑室铸型-8 分
出血量: 30~40 ml 4 分, 41~50 ml 0 分, 51~60 ml -2 分, 61~70 ml -4 分, > 70 ml -6 分
中线结构: 无移位 6 分, 移位 ≤ 0.5 cm 0 分, 0.5 cm $<$ 移位 ≤ 1.0 cm -4 分, 1.0 cm $<$ 移位 ≤ 1.5 cm -6 分, 移位 > 1.5 cm -10 分
意识: 清楚 6 分, 嗜睡 3 分, 浅昏迷 0 分, 中度昏迷-8 分, 深昏迷-10 分
瞳孔: 正常 6 分, 正常大小等圆对光反应迟钝-5 分, 正常大小等圆对光反应消失-7 分, 不等大对光反应迟钝-8 分, 不等大对光反应消失-9 分, 双侧散大对光反应消失-10 分
体温: < 37.9 °C 0 分, 38.0~39.0 °C -2 分, > 39.1 °C -3 分
抽搐情况: 无抽搐 0 分, 局限性抽搐-3 分, 全身性抽搐-8 分, 去大脑强直-10 分
呼吸情况: 呼吸正常 0 分, 呼吸困难-8 分, 病理性呼吸-10 分, 呼吸停止-20 分
心力衰竭情况: 无衰竭 0 分, 轻度衰竭-4 分, 重度衰竭-10 分
消化道出血: 无出血 0 分, 出血少量-5 分, 出血大量-10 分
发病时间: < 1 d 1 分, 1~3 d 2 分, 3~7 d 3 分, > 7 d 4 分

作者单位: 056002 邯郸, 河北工程学院附属医院神经外科

作者简介: 马东周(1962-), 男(汉族), 河北省馆陶县人, 副教授, 副主任医师, 研究方向为高血压脑出血、脑肿瘤的诊断和治疗, 获河北省科技成果奖 1 项, 邯郸市科技成果奖 3 项, 发表论文 40 余篇。

到重型 HCH 者男性死亡者明显高于女性。我们认为,女性术后死亡者低于男性可能与女性机体应激能力强、吸烟者少、呼吸道分泌物少、肺部并发症发生率低等因素有关,具体原因有待进一步探讨。

参考文献:

- 1 关键伟,向阳. 影响高血压脑出血预后的相关因素分析[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14(10): 631-632.
- 2 蔡琦,李铮,董六箴. 额颞瓣入路治疗高血压脑出血破入脑室[J]. 中国危重病急救

医学, 2001, 13(8): 484.

- 3 张建军,董伟峰,张俊,等. 手术时机对高血压脑出血患者康复影响的研究[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14(9): 551-553.
- 4 张延庆,颜世清,伦学庆,等. 重症高血压脑出血超早期手术治疗[J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14: 237-239.
- 5 车万民,顾洪库,罗睿,等. 影响高血压脑出血术后死亡因素分析[J]. 中华神经外科杂志, 1996, 12: 252.
- 6 马东周,翟凤利,李和平,等. 高血压脑出

血手术适应证评分法及其应用[J]. 中国急救医学, 2001, 21: 588.

- 7 马东周,王红斌,翟凤利,等. 重型出血性脑卒中[J]. 中国现代医学杂志, 2002, 12(10): 98.
- 8 张荣勋,焦保华,白宝忠,等. 高血压脑出血的预后因素与手术方法的选择[J]. 中华神经外科杂志, 1994, 10: 143.

(收稿日期: 2003-10-28

修回日期: 2004-02-24)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

微创清除术治疗高血压脑出血 71 例疗效观察

陈子卿 庄耀明 黄培昆

【关键词】 脑出血; 颅内血肿微创清除术; 生化酶学技术

中图分类号: R743.34 文献标识码: B 文章编号: 1003-0603(2004)04-0252-01

我院自 2000 年 9 月以来,应用颅内血肿微创清除术治疗 71 例高血压脑出血,取得满意疗效,现报告如下。

1 病例与方法

1.1 病例: 71 例手术患者中男 45 例,女 26 例;年龄 33~81 岁,平均 60.1 岁;患者均符合高血压脑出血诊断标准^[1],并均经头颅 CT 证实;有高血压病史 61 例,有糖尿病史 11 例;失语 10 例,偏瘫 65 例。71 例均有不同程度的意识障碍,其中嗜睡 10 例,昏睡 12 例,浅昏迷 10 例,中度昏迷 13 例,重度昏迷 26 例,昏迷伴脑疝 26 例。头颅 CT 示:基底节区出血 47 例,脑叶出血 18 例,原发性脑室出血 6 例,破入脑室者 22 例,中线结构移位 47 例。按多田公式计算,出血量 28~120 ml,平均 53.7 ml。行微创治疗距发病时间 5~10 d,平均 26.7 h,其中发病 5~12 h 手术者 41 例,12~24 h 手术者 19 例,>24 h 手术者 11 例。

1.2 治疗方法: 采用颅脑 CT 所测量定位(简易三维立体定向)或 CT 下放置参照物定位。头皮常规消毒、局麻,钻透颅骨后,用塑料钝头针芯替换金属钻头,缓缓插入至血肿中心,拔去塑料钝头针芯、

密封穿刺针顶口,以 30 ml 无菌注射器吸收血肿,可尽可能将血肿的液态部分吸取。去除密封盖后,插入血肿粉碎针,经粉碎针用一定压力注入 3~5 ml 肝素生理盐水(500 ml 生理盐水中含肝素 12.5 kU),利用射流作用击碎冻胶状血凝块,经引流管流出,可反复冲洗直到引流液由暗红色转为清亮(冲洗的原则为等量置换),最后留置 20 kU 尿激酶闭管 2~4 h 后开放引流^[2]。上述射流、冲洗、液化引流过程可每日进行 1~2 次,直至血肿清除。术后定期复查头颅 CT,直至 CT 证实血肿清除 70%~80%以上,拔除穿刺针。

1.3 疗效评价标准: 参见文献[3]标准进行评价。

2 结果

71 例首次血肿清除率为 25%~40%,其中 22 例首次清除率为 40%~55%。存活 59 例 7 d 后复查头颅 CT 证实血肿清除率达 80%以上。71 例中基本治愈 27 例(占 38.0%),显著进步 16 例(占 22.5%),进步 18 例(占 25.3%),死亡 10 例(占 14.1%);治愈好转率为 85.9%,病死率为 14.1%。死亡 10 例均为入院时即有脑疝形成,其中 3 例为出血量>100 ml,3 例为脑室铸形(第三、四脑室,双侧脑室均充满),2 例为重症糖尿病患者,2 例死于多脏器衰竭。

3 讨论

高血压脑出血具有高发病率、高病

死率、高致残率等特点。导致病死率高的主要原因是:内科保守治疗血肿不能清除,局部脑组织持续受压,开颅手术对脑组织损伤过大,碎吸清除血肿存在盲区。颅内血肿微创清除术具备以下优点:①穿刺过程损伤,减少了再出血。②穿刺针采用自锁固定硬通道技术,具有靶点固定、不切割神经、密闭性好、针周无间隙、不渗漏、不易出血、不易感染的优点。③通过射流连续正压冲刷血肿无盲区。④有效降颅压,防止颅内压波动。⑤应用生物酶学技术代替机械式的破碎方法,能保留血肿部位残存的神经组织。本组结果显示,采用微创清除术方法,无一例出现颅内再出血、颅内感染等合并症。因此,我们认为该方法治疗高血压脑出血简单、有效、快速、安全可靠,降低了出血的病死率及致残率,明显提高了患者的生存质量。

参考文献:

- 1 中华神经科学会,中华神经外科学会. 脑血管疾病分类及诊断[J]. 中华神经外科杂志, 1997, 13(1): 3-4.
- 2 贾保祥,孔仁泉,顾征,等. 穿刺及液化技术治疗高血压脑出血初步报道[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1996, 22: 223.
- 3 孟家眉. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.

(收稿日期: 2004-02-19

修回日期: 2004-03-19)

(本文编辑: 李银平)

基金项目: 福建省惠安县科技计划项目资助(2002-25)

作者单位: 362100 福建省惠安县医院

作者简介: 陈子卿(1964-),男(汉族),福建省泉港区人,副主任医师。