

四种方法治疗丘脑出血的疗效对比分析

张入丹 余政 王剑波 邓超 李中林 吴小波 张轶行 耿保伟

【摘要】 根据丘脑出血患者入院时临床表现、出血量、脑室积血程度、中线移位程度、患者或家属意愿,分别选择保守治疗、双侧侧脑室额角钻孔引流术、CT定位血肿穿刺引流术+双侧侧脑室额角钻孔引流术和大骨瓣血肿清除术+去骨瓣减压术。120例患者共死亡33例,其中保守治疗7例、双侧侧脑室额角钻孔引流6例、双侧侧脑室额角钻孔引流术+CT定位血肿穿刺引流术8例、大骨瓣血肿清除术+去骨瓣减压术12例,不同治疗方式之间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。根据丘脑出血患者病情严重程度、出血量、脑组织受损范围等选择相应治疗方法,有益于提高治愈率及患者生存质量。

【关键词】 脑出血; 丘脑; 神经外科手术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-6731.2012.04.020

Comparative analysis of four different treatments for hypertensive thalamic hemorrhage

ZHANG Ru-dan, YU Zheng, WANG Jian-bo, DENG Chao, LI Zhong-lin, WU Xiao-bo, ZHANG Yi-xing, GENG Bao-wei

Department of Neurosurgery, Fuling Central Hospital of Chongqing City, Chongqing 408000, China

Corresponding author: ZHANG Ru-dan (Email: zhangrudan664@sina.com)

【Abstract】 One hundred and twenty patients with hypertensive thalamic hemorrhage were treated by different methods according to clinical situation and patients or family members. In this study 33 patients died: 7 patients were treated with conservative therapy, 6 patients with bilateral ventricle drainage, 8 patients with bilateral ventricle drainage plus hematoma puncture and aspiration, 12 patients with hematoma evacuation and decompressive craniectomy. Comparison between different treatments revealed a statistically significant difference ($P < 0.05$). The treatment for hypertensive thalamic hemorrhage should be treated by different methods according to various clinical conditions to obtain better outcome.

【Key words】 Cerebral hemorrhage; Thalamus; Neurosurgical procedures

自2006年10月-2010年10月重庆市涪陵中心医院神经外科分别采用4种不同术式治疗120例丘脑出血患者,笔者对不同术式之适应证及疗效进行回顾分析,以为临床提供一些参考依据。

临床资料

一、一般资料

丘脑出血患者120例,男性78例,女性42例;年龄30~80岁,平均(50.20±5.00)岁。所有患者入院时血压均>190/110 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),其中意识清醒21例、意识蒙眬25例;浅昏迷20例,中度昏迷24例,深昏迷伴一侧瞳孔散大21例、双侧瞳孔散大9例。自发病至治疗时间为2 h~2 d,平均

(7.50±0.05) h。既往有高血压病史者98例,占81.67%。头部CT检查显示,出血破入脑室者87例,70例脑室不同程度扩张或铸型;出血量20~70 ml,其中<25 ml者17例、25~50 ml者71例、>50 ml者32例。

二、治疗方法

根据患者入院时临床表现、出血量、脑室积血程度、中线移位情况、患者家属意愿,综合判断制定治疗方案及术式。120例患者中30例采取保守治疗(A组),34例行双侧侧脑室额角钻孔引流术(以出血量为25~35 ml并伴脑积水者为主,B组),32例行CT定位血肿穿刺引流术+双侧侧脑室额角钻孔引流术(以出血量>35~50 ml伴脑积水者为主,C组),24例施行大骨瓣血肿清除术+去骨瓣减压术(D组,表1)。手术后,根据日常生活活动能力量表(ADL)进行预后判断:I级,完全恢复社会和家庭日常生

活能力;Ⅱ级,能够独立完成日常生活并部分恢复社会活动能力;Ⅲ级,部分日常生活需他人帮助,拄拐行走;Ⅳ级(重残),保留意识但卧床,日常生活完全不能自理;Ⅴ级,植物状态生存。其中,ADL分级Ⅰ~Ⅲ级为预后良好;Ⅳ~Ⅴ级者为预后不良。

三、统计分析方法

分类整理收集各组患者预后资料,采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析与计算。其中,各治疗组间数据的比较行多个独立样本的秩和检验。以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

本组120例患者住院时间为20~196 d,平均(35.00±10.00) d。术后12例发生再出血(A组2例、B组4例、C组4例、D组2例),33例死亡(A组7例、B组6例、C组8例、D组12例)。生存的87例患者随访6个月至3年,对不同出血量及不同治疗方式组患者的预后分析显示,A、B、C组预后达良好者分别为19例(63.33%)、23例(67.65%)和20例(62.50%),D组预后良好者仅10例(41.67%)。由于出血量>50 ml组中A、B组病例数过少,故仅比较C、D两组疗效,结果显示两组患者预后差异无统计学意义($Z = -0.643, P = 0.520$);出血量25~50 ml组患者由于病例数较少,采用Fisher确切概率法($P = 0.039$)。4种治疗方法之间比较,患者预后差异具有统计学意义($P = 0.033$)。

讨 论

高血压脑出血为病死率和病残率较高的脑血管病,其中以丘脑出血最为常见^[1]。丘脑出血极易破入侧脑室,本组有87例患者出血破入脑室,造成脑脊液循环通路受阻、颅内压短时间内急剧升高,患者终因脑组织严重受压而致脑深部结构破坏、死亡。另外,积血流入蛛网膜下隙诱发脑血管痉挛,而脑组织缺血、缺氧累及范围广泛、持续时间长则是造成丘脑出血患者死亡的又一主要因素^[2]。早期积极干预可以降低颅内压、促进神经元恢复,从而防止和减少出血后的继发性病理变化,阻断危及生命的恶性循环^[3]。

虽然,目前尚缺少对高血压脑出血手术治疗与保守治疗进行比较的前瞻性随机对照临床研究,但是大多数学者认为外科手术治疗优于内科治疗,尤

表1 不同治疗方式对不同出血量患者预后的影响
Table 1. The effect of different treatment on the prognosis of patients with different amount of bleeding

| 出血量(ml) | 组别 | 例数 | 预后 | | | | | 死亡 |
|---------|----|----|----|-----|------|-----|----|----|
| | | | I级 | II级 | III级 | IV级 | V级 | |
| >50 | A组 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | B组 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | C组 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | D组 | 20 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 25~50 | A组 | 10 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| | B组 | 32 | 10 | 12 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| | C组 | 25 | 10 | 8 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| | D组 | 4 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| <25 | A组 | 17 | 16 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

注:出血量>50 ml组仅比较C、D两组;出血量为25~50 ml组由于例数较少,因此采用Fisher确切概率法

其对位置较深或形态不规则的较大血肿更具有优势^[4-6]。由于CT检查能够早期发现并明确血肿位置和范围,因此可以根据出血情况、血肿大小、破入脑室与否、中线结构受累程度来选择治疗方式。我们的体会是:对出血量较小(<25 ml)的丘脑出血患者无需手术,内科保守治疗即可取得较好疗效;出血量为25~50 ml、意识清醒、神经功能障碍较轻者,行CT定位血肿穿刺引流术+双侧侧脑室额角钻孔引流术,手术效果较好,病情稳定者亦可在严密观察下行保守治疗;而对意识障碍和神经功能障碍程度较为严重的患者,浅昏迷或中度昏迷、处于脑疝临界期或血肿部分破入脑室系统伴有脑积水的患者,宜施行双侧侧脑室引流术和(或)CT定位血肿穿刺引流术,术后1~4 d采用尿激酶(20~40)×10³ U/d经引流管注入并保留2 h后再开放引流,约5 d即可拔出引流管。本组有66例患者采用上述治疗方法,其中43例恢复良好。该术式可尽早解除脑积水、清除血肿、降低颅内压,是一种微创操作技术,对脑组织损伤小且手术时间短,尤其是脑室积血严重、有明显梗阻性脑积水的患者,早期清除积血可以防止脑脊液循环受阻。

目前认为,早期采取积极的干预措施是治疗大量脑出血的合理方法^[7],而血肿大小是影响预后的重要因素之一。本组有32例患者出血量>50 ml,由于血肿位置较深、出血量大,仅7例患者达到良好预后,其余25例中重残1例、持续植物状态生存2例、死亡22例。由此可见,对于丘脑出血患者的治疗应

遵循个体化理念,根据患者病情严重程度、出血量、脑室积血程度,以及脑组织受压范围等选择相应的治疗方式,方能获得较好预后。

参 考 文 献

- [1] Wang ZC. Wang zhong - cheng neurosurgery. 3rd ed. Wuhan: Hubei Science and Technology Press, 2005: 864.[王忠诚. 王忠诚神经外科学. 3 版. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2005: 864.]
- [2] Zhou LX, You C, Luo LL, et al. Ultra-early minimally invasive surgery through small craniotomy for hypertensive cerebral hemorrhage. Zhongguo Lin Chuang Shen Jing Wai Ke Za Zhi, 2006, 11:385-387.[周良学, 游潮, 罗林丽, 等. 超早期小骨窗微侵袭手术治疗高血压脑出血. 中国临床神经外科杂志, 2006, 11:385-387.]
- [3] Wang HM, Zhang GP, Li L, et al. Curative effect observation of two different operative approaches for the treatment of hypertensive intracerebral hemorrhage. Lin Chuang Shen Jing Wai Ke Za Zhi, 2005, 2:161-163.[王焕明, 张光璞, 李龄, 等. 两种不同手术方法治疗高血压脑出血的疗效观察. 临床神经外科杂志, 2005, 2:161-163.]
- [4] Zhou LF, Pang L. Minimally invasive surgery for hypertensive hematomas: a prospective randomized multiple centers trial. Zhongguo Lin Chuang Shen Jing Ke Xue, 2001, 9:151-154.[周良辅, 庞力. 高血压脑出血的微侵袭手术治疗——前瞻随机多中心研究. 中国临床神经科学, 2001, 9:151-154.]
- [5] Pei P, Kuang LH, Huang GH, et al. Curative effects of neurosurgical and neurological treatment on severe basal ganglia hemorrhage. Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi, 2011, 11:226-229.[裴裴, 匡良洪, 黄光辉, 等. 极重型基底节脑出血神经内外科疗效的比较. 中国现代神经疾病杂志, 2011, 11:226-229.]
- [6] Mendelow AD, Gregson BA, Fernandes HM, et al. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral hematomas in the International Surgical Trial in Intracerebral Hemorrhage (STICH): a randomised trial. Lancet, 2005, 365:389-397.
- [7] Fewell ME, Thompson BC, Hoff JT. Spontaneous intracerebral hemorrhage: a review. Neurosurg Focus, 2003, 15:445-448.

(收稿日期:2012-06-20)

中华医学会第 15 次全国神经病学学术会议

由中华医学会、中华医学会神经病学分会主办的中华医学会第 15 次全国神经病学学术会议将于 2012 年 9 月 20-23 日在广州召开。大会组委会诚挚地邀请全国同道踊跃参加此次盛会。此次会议将围绕神经病学在脑血管疾病、神经介入、神经影像学、癫痫、认知障碍、肌肉病和周围神经病、神经电生理学、神经变性疾病、中枢神经系统感染性疾病、脱髓鞘疾病、免疫性疾病、遗传代谢性疾病、神经康复,以及神经内科中的情感障碍、头痛、睡眠障碍及相关神经系统疾病的临床与基础医学的新进展进行广泛而深入的交流。会议将邀请国内外著名专家进行专题报告和讲座,并开展论文交流、壁报展示、分组讨论等形式多样、内容丰富的学术活动。参会者将获得国家级继续医学教育 I 类学分。

1. 征文要求 所投稿件须为尚未在国内同类学术会议上宣读和交流的科研成果,请用中文撰写。请按照会议征文专题提交论文,内容包括与神经病学基础和临床研究相关的论著、综述及典型个案报告。为了保证论文摘要的质量,勿将一项研究课题或成果拆分为若干子课题分别投稿。会议只录用 500 字以上的论文摘要,无需全文。摘要书写格式及顺序为文题、所有作者名、作者单位、邮政编码、目的、材料与方法、结果和结论。论文内容需科学性强、重点突出、数据可靠、结论恰当、文字通顺精炼。要求论文第一作者或通讯作者直接投稿,勿请他人代为投递,且尽量避免一个科研单位或科室稿件以一个用户名投递。

2. 投稿方式 会议仅接收互联网在线投稿,不接收电子邮件。请登录会议网站(<http://www.emancn.org.cn>)随时了解大会最新进展。

3. 截稿日期 2012 年 7 月 1 日。前期注册截止日期为 2012 年 8 月 31 日。

4. 联系方式 广东省医学会学术会务部。联系人:李冰。地址:广东省广州市惠福西路进步里 2 号。邮政编码:510180。联系电话:(020)81884619 转 206。Email 地址:gdma1917@163.com。

第四届中国西部地区神经外科学术大会

第四届中国西部地区神经外科大会将于 2012 年 9 月 14-16 日在云南省腾冲市举行,大会组委会诚挚地邀请您参会。会议征文内容包括:中枢神经系统肿瘤、脑血管疾病、颅脑创伤、功能神经外科、脊柱脊髓疾病、中枢神经系统感染及先天性疾病的诊断与治疗,包括神经外科新技术、新方法、基础理论研究及应用等。征文要求:中、英文摘要各一份,请按照目的、方法、结果、结论格式书写,字数以 1000 字左右为宜。论文版式设计为 Word 格式、A4 页面,宋体、小 4 号字、1.5 倍行距。

1. 投稿方式 大会仅接受 Email 投稿(Email 地址:cwc_neurosurgery@163.com)。

2. 联系方式 云南省昆明市西昌路 295 号昆明医学院第一附属医院神经外科。邮政编码:650032。电话:(0871) 5324888-2453。会务组联系人:王进昆,13708849879;李向新,13529032396。