

脑出血死亡原因分析

刘云华

(江西省安福县中医院 安福 343200)

关键词:脑出血;死亡率;因素;预后;原因分析

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0045-02

脑出血的主要病因为高血压,其病死率极高。发病后的意识状态、血压增高、出血部位及血肿的大小、继发脑及各脏器功能衰竭,对预后起重要作用。现对我县近十年来 130 例脑出血死亡病例进行临床分析,以提高对危重脑出血的救治水平,降低脑出血的病死率。

1 临床资料

1.1 一般资料 130 例脑出血中男 81 例,女 49 例;年龄 40~85 岁,平均年龄 60.8 岁,其中 60 岁以上 99 例(76.2%);病程 1~33d,平均 4.5d;1 周内死亡 111 例(85.4%),其中 3d 内死亡 83 例(63.8%),1 周后死亡 19 例(14.6%)。来诊时血压增高者 118 例(90.8%),既往有高血压病史 104 例;有 1 次以上脑血管病(梗死或出血)史 35 例,有心脏病史(冠心病、风心病、心律失常)18 例,有肺、肾、糖尿病史 29 例。130 例患者中,有 2 种疾病史者占 64.6%。

1.2 意识状况 用格拉斯哥昏迷评分(GCS)监测患者入院第 1 天的意识水平,分析其与预后的关系。见表 1。

表 1 入院时 GCS 评分与预后的关系 例

GCS 评分	入院后死亡时间				总计
	1d 内	2~3d 内	4~7d 内	>7d	
	(n=49)	(n=34)	(n=28)	(n=19)	(n=130)
9~10 分	0	1	2	9	12
7~8 分	3	2	5	7	17
5~6 分	13	8	3	3	27
<5 分	33	23	18	0	74

GCS≤6 分者绝大部分在 1 周内死亡,占此期间病死率 88.3%;GCS>7 分以上有 16 例,于入院 1 周后死亡。患者发病至就诊时间大约 0.5~12h。

1.3 出血部位与出血量 脑干及小脑出血 14 例,出血量 1~15mL;原发脑室、丘脑出血 21 例,出血量 4~20mL;基底节及脑叶出血 95 例,出血量 30~130mL。

1.4 并发症 130 例中并发多器官衰竭(MOF)者 94 例(72.3%)。其中 2 个器官受累 68 例,以脑、肺功能衰竭最多(38 例),其次是脑、消化道功能衰竭(20 例)和脑、心功能衰竭(10 例);3 个及 3 个以上器官受累 26 例,以脑、肺、消化道功能衰竭为多。

2 讨论

2.1 病程、既往史与预后 130 例脑出血死亡病例是同期入院脑出血的 18.5%(130/702),平均病程 4.5d,3d 内病死率达 63.8%,说明脑出血来势凶险,早期病死率极高,大部分死于脑疝。而病程超过 7d 者,直接死于脑疝者少,大多合并 MOF 而死亡。提示我们在脑出血的早期,除了对神经系统功能监测,还要密切观察处理好高血压、脑水肿、心脏、呼吸及消化系统病变。

既往有高血压病、心脏病、脑血管病、糖尿病、肾病等病史者占 96.9%,它们既是脑出血的危险因素,又是脑出血并发 MOF 的潜在因素。更值得注意的是高血压者,血压>24/15 kPa 有 27 例,全部在 3d 内死亡,其中 16 例于 1d 内死亡,说明脑出血时血压持续增高,可加速脑出血的死亡。

2.2 意识水平与预后 GCS 评分是监测神经系统功能的重要指标之一,也是对急性脑功能衰竭患者的一种简单易行的监测方法。意识障碍的程度可反应脑损害的程度,本组病例用 GCS 基本可以估计患者的预后。入院时 GCS≤6 分者,提示预后不良,说明脑功能受到不可挽回的损害;GCS 在 7~10 分者,7d 内病死率也高达 44.8%。有文献报道^[1],GCS≤7 分,预后差,要及早手术治疗,可降低病死率。随着疾病的进展,饮食或静脉滴注白蛋白、脂肪乳和复合维生素注射剂,可增强机体抵抗力和组织修补能力。值得注意的是在用药前一定要彻底清创,去除腐败组织。护士要有高度的责任感,把好无菌操作关,防止交叉感染,并做好各项基础护理。

4.3 体会 我们的临床观察证明,青黛油膏治疗褥疮疗效显著,既使用简单方便、经济实用,又能尽早减轻患者的痛苦,且在使用过程中未见任何不良反应,护理工作中容易实施,值得推广应用。

参考文献

[1]陈维.基础护理学[M].第 3 版.南京:江苏科学技术出版社,1999. 96~98

[2]谢瑞娟,杨章,刘宁,等.碘伏治疗褥疮的应用现状[J].护理学杂志, 2005,20(11):79

[3]刘辅仁.实用皮肤科学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2005. 1 141~1 144

中西医结合治疗椎-基底动脉供血不足 38 例

席仲洪¹ 帅银花² 帅金花³

(1 雅柏药业(中国)有限公司 广东中山 528000;2 广东省中山市中智医药有限公司 中山 528437;
3 江西省监狱局中心医院 新建 330100)

关键词:椎-基底动脉供血不足;川芎嗪;西比灵胶囊;中西医结合疗法;中药煎剂
中图分类号:R 816.1 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)02-0046-02

近几年来,笔者采用中西医结合方法治疗椎基底动脉供血不足 38 例,并与单纯西医治疗比较,疗效较好。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例 74 例,随机分 2 组,中西医结合组 38 例,年龄 50~75 岁,平均年龄 65 岁;西医组 36 例,年龄 45~70 岁,平均年龄 68 岁。首次发病 20 例,2 次发病 32 例,3 次发病 22 例;伴发疾病有高血压、冠心病、糖尿病。2 组资料经统计学处理,差异无显著性,具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 1998 年 WHO 对短暂性椎基底动脉供血不足的诊断标准并经脑 CT 或磁共振检查排除脑梗死、脑出血及占位性病变。临床表现:(1)发作性眩晕伴有其他 VBI 症状或眩晕呈持续性;(2)年龄 40 岁以上,有动脉硬化或颈椎病史;(3)颈椎 X 线摄片示:颈椎肥大性改变,经颅多普勒(TCD)显示有椎基底动脉供血不足表现;(4)排外引起眩晕的其他病因,如内耳性眩晕,急性脑卒中,颅内占位性病变等;(5)无心、肝、肾严重疾病。

2 治疗方法

2.1 西医组 口服西比灵胶囊 10mg,每晚 1 次;盐酸川芎嗪氯化钠注射液 100mL,静脉点滴,每日 2 次。

2.2 中西医结合组 西药方法同上,再按中医“眩晕”、“厥证”等范畴辨证分型,其病机常与血虚血滞、夹痰上扰、气机受阻有关。治以益气活血,清化痰热,温通经络。方药:黄芪 30g,赤芍、白芍各 12g,法半夏 15g,当归 15g,茯苓 20g,地龙 12g,陈皮 6g,竹茹 10g,葛根 20g,枳壳 8g,鸡血藤 20g,石菖蒲 10g,佛手 8g,泽泻 20g。每日 1 剂煎服,日 2 次。2 组 7d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。2 组患者有基础病的,进行常规治疗。

2.3 出血部位、血肿大小与预后 幕上型(脑叶、脑室、丘脑、基底节区)出血占 89.2%,其中脑叶及脑基底节区血肿量平均>45mL。由于出血后自由基增强及血肿的占位效应和高血压造成的血管损伤,更加重了脑水肿^[2],中线结构移位,内科保守治疗疗效差。有报告^[3]血肿>50mL,入院时 GCS 为 7~10 分者手术治疗病死率明显低于保守治疗组。因此,对原发脑室出血、小脑出血、皮质下出血、基底节区出血应积极争取手术治疗^[4]。

2.4 并发症与预后 脑出血合并 MOF 是脑出血病死率高的又一主要原因。由于出血的部位和血肿容积大、血肿破入脑室、脑脊液循环受阻等原因,脑水肿致脑结构移位,均可刺激丘脑下部,引起下丘脑—垂体—甲状腺功能的改变,并发 MOF。本组 72.3%的病例合并 MOF,以脑肺、脑心、脑消化道最多见。其中以有既往史、年龄>60 岁、原发于脑干、脑室及

30g,赤芍、白芍各 12g,法半夏 15g,当归 15g,茯苓 20g,地龙 12g,陈皮 6g,竹茹 10g,葛根 20g,枳壳 8g,鸡血藤 20g,石菖蒲 10g,佛手 8g,泽泻 20g。每日 1 剂煎服,日 2 次。2 组 7d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。2 组患者有基础病的,进行常规治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:症状消失,TCD 复查恢复正常;显效:症状明显减轻,TCD 复查示椎-基底动脉供血改善;有效:症状减轻,虽能坚持工作,但生活及工作受影响,TCD 复查示椎-基底动脉供血稍改善;无效:症状无明显减轻或加重,TCD 复查示椎-基底动脉供血无改善。

3.2 治疗结果 2 组均治疗 14d,中西医结合组 38 例,痊愈 15 例,显效 16 例,有效 6 例,无效 1 例;总有效率 97.4%;西医组 36 例,痊愈 7 例,显效 18 例,有效 7 例,无效 4 例;总有效率 88.9%,2 组比较差异有显著性(P<0.05)。

4 体会

西医认为,椎-基底动脉供血不足是由各种原因引起的椎-基底动脉系统的血液循环障碍后出现的一系列脑干症状,主要原因是在高血压、动脉硬化的基础上发生微栓子、脑血管痉挛,致脑血管狭窄,脑供血减少,脑缺血缺氧,外周血管功能失调,出现眩晕、恶心呕吐等症,有人认为椎-基底动脉供血不足者的全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原等血流变指标有明显升高^[5],用西比灵胶囊具有扩血管作用,川芎嗪有扩血管、改善微循环、抗凝、增加脑血流量的作用。中医认为,丘脑出血和出血量大者并发 MOF 最多。单个脏器功能的衰竭不一定是患者的直接死因,但是如果不能及时纠正,会给全身多脏器带来致命的打击,同时加重脑的损害,如此恶性循环加速脑出血的死亡。

综上所述,既往高血压、心脏病、脑血管等病史可为脑出血发病的一个基本原因;发病后用 GCS 评分能够估计疾病的发展趋势;脑出血的部位及大血肿为早期死亡的主要原因;合并多脏器功能衰竭及血压持续增高,加速了脑出血的死亡。

参考文献

[1]马景楷,杨树源,鲁玉华.高血压脑出血的分型与治疗[J].中华神经外科杂志,2001,11(1):35
[2]任泽光,吴建中,尹可.高血压脑出血后脑血流及自由基变化规律及与脑水肿的关系[J].中华神经外科杂志,1995,11(4):209
[3]Broderick JP. Volume of intracerebral hemorrhage,a powerful and easy-to-use predictor of 30 day Mortality[J]. Stroke,2002,24(7):987
[4]韩静,齐岚平,张源祥.高血压脑出血内外科治疗的死因对照分析[J].中国危重病急救医学,1994,6(4):217

(收稿日期:2006-10-08)