

大量高血压出血的手术治疗体会

刘海峰

(广西南宁市第一人民医院 南宁 530022)

摘要:目的:观察和了解手术治疗大量高血压出血的临床效果和适应症。方法:135 例患者行开颅手术抽吸血肿,术后脑室引流脑脊液,并给脱水降颅压药物。术后记录不同病情分级患者的疗效及 3 周内患者的神经系统功能缺损程度分型情况。结果:术前病情分级在 I、II、III、IV 级的患者术后治愈和好转率较高,总体在 50%以上。分级 V 级的患者手术疗效极为不好,死亡率较高,为 83.3%。术后 2 周和 3 周患者神经系统功能缺损程度与术前相比差异显著, $P<0.05$ 。结论:手术能有效治疗部分大量脑出血患者,改善患者神经功能状态,应超早期(发病后 6 h 内)手术治疗, I、II、III、IV 级患者均应积极手术治疗, V 级患者不适合手术。

关键词:大量高血压出血;手术;治疗体会

中图分类号:R651

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.058

高血压脑出血是常见而较严重的疾病。脑出血严重程度和预后主要跟脑出血量和位置相关^[1]。脑出血量在 60 mL 以上为大量脑出血。目前,手术治疗是治疗脑出血的主要有效方式^[2]。本实验中,观察记录了大量脑出血不同病情分级患者的手术疗效情况,并比较了患者手术前后神经系统功能缺损程度分型情况。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2001 年 1 月~2010 年 12 月在我院手术治疗大量脑出血患者 135 例,其中男 77 例,女 58 例;年龄 47~81 岁,平均(62.5±4.2)岁。主要症状:昏迷,意识不清。CT 诊断为脑出血,出血量均在 60 mL 以上,为大量脑出血。根据出血量、出血部位、患者状态等情况进行术前病情分级。术前病情分级 I 级 24 例, II 级 40 例, III 级 45 例, IV 级 20 例, V 级 6 例。术前神经系统功能缺损程度分型中型 14 例,重型 121 例。

1.2 手术方法 在脑水肿发展至最严重之前行开颅手术。根据头 CT 所示血肿位置和范围确定手术

得高血压加重,其原因包括:其一,肾脏中尿酸盐的不断沉淀对肾功能造成损害,促进肾素血管紧张素的分泌,加重肾脏缺血;其二,小动脉壁沉积尿酸盐结晶,导致动脉内膜损害,加重高血压病症,使动脉硬化;其三,血尿酸还激活血小板,使血管活性物质如二磷酸腺苷、5-羟色胺等释放增多,导致高血压加剧以及外周血管阻力加大^[3]。因此,高尿酸血症和高血压疾病相互影响。

有资料显示,高尿酸血症是原发性高血压常见的代谢紊乱现象,在无症状高血压患者中高尿酸血症的患病率为 25%~30%。尿酸可能借助于下述机制发挥直接效应于心血管疾病及动脉粥样硬化的发生发展:尿酸水平的提高使低密度脂蛋白以及胆固醇过氧化,且随着不断增加的氧自由基参与到炎症反应当中,后者在形成动脉粥样硬化的过程中发挥

入路,开颅抽吸血肿,至可观察到骨板并恢复脑搏动。如发现活动性出血,在直视下进行可靠止血,并做去骨瓣减压。如有血肿破入脑室在侧脑室留置引流管 3~5 d,引流管内注入适量尿激酶,脑脊液清澈后拔出引流管。术后记录不同病情分级患者的疗效及 3 周内患者的神经系统功能缺损程度分型情况。

1.3 疗效标准 基本治愈:患者意识清楚,通过拐杖能下床走路,生活基本能自理;好转:患者意识有所恢复,神经系统功能缺损程度评价为轻型;效果差:患者神智不清,或者持续昏迷不醒,植物状态。

1.4 观察指标 不同病情分级的术后疗效,手术前后神经系统功能缺损程度分型的变化。

1.5 统计学处理 用 SPSS15.0 软件分析数据,计数资料用 χ^2 检验分析,计量资料用平均数±标准差表示,并且用 t 检验进行分析,有统计学意义的标准是 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 术前病情分级和术后疗效对比 术前病情分级在 I、II、III、IV 级患者术后治愈和好转率较高,

关键性作用,同时促使血小板不断聚集,进而导致形成冠脉内血栓^[4]。总之,血尿酸水平与高血压病关系尤为密切,高尿酸血症可能是高血压病致病因素之一和导致心脑血管肾损害的重要危险因素,因此,在临床诊治过程中,医务人员应加强高尿酸血症的治疗,且对血尿酸的检测予以高度重视,以便于减少或者避免发生高血压事件,正确指导临床用药,促进高血压患者生活质量的提高。

参考文献

[1]孙春霞,孙善卫.高血压病与血尿酸相关性分析[J].临床合理用药杂志,2011,4(25):85-86
[2]覃世坚.冠心病、高血压病与血尿酸关系的研究[J].医学文选,2004,23(5):566-567
[3]蔡焕荣.血尿酸、血脂改变与高血压的相关分析[J].广西医学,2008,30(12):80-81
[4]赵云奎,刘晓燕.血尿酸、血脂的改变与高血压的关系浅析[J].中国社区医师(医学专业),2010,12(4):110

(收稿日期:2013-05-16)

机械通气辅助危重症介入治疗的安全性探讨

陈超杰 邵碧莲

(南方医科大学附属小榄医院 广东 中山 528415)

摘要:目的:研究分析机械通气辅助危重症介入治疗的安全性。方法:选取 2008 年 1 月~2013 年 1 月急性心肌梗死危重症患者 30 例,在机械通气支持下行经皮冠状动脉介入治疗(PCI),观察上机前和上机后的呼吸频率、心率、血压等指标变化。结果:30 例危重症患者当中,28 例患者抢救成功,病情逐渐好转。2 例患者由于病情较严重,治疗效果不显著,但已脱离生命危险。结论:机械通气辅助危重症介入治疗安全性较高,值得临床推广。

关键词:机械通气;危重症介入治疗;安全性

中图分类号:R473

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.059

机械通气是指通常认为的危重病人呼吸困难时使用的呼吸机辅助呼吸。机械通气在临床应用广泛,能代替并影响人的正常生理呼吸。其在增强患者肺部通气、降低患者呼吸消耗等方面效果显著。机械通气是急危重症患者抢救过程中广泛使用的急救措施^[1],是对急危重症病患的重要抢救手段,而

抢救成功与否,能否使病人成功脱离危险,与通气实施的是否及时存在直接的关系。急性心肌梗死是临床常见心血管疾病,通常可采用紧急经皮冠状动脉介入治疗,效果显著。急性心肌梗死病发出现急性肺水肿时,需进行机械通气治疗。然而,机械通气辅助下紧急经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死

总体在 50%以上。分级为 V 级患者效果极为不好,死亡率较高,为 83.3%。见表 1。

表 1 术前病情分级和术后疗效对比 例(%)					
分级	n	基本治愈	好转	差	死亡
I 级	24	11(45.8)	12(50.0)	1(4.2)	0(0)
II 级	40	8(20.0)	30(75.0)	0(0)	2(5.0)
III 级	45	14(31.1)	23(51.1)	0(0)	8(17.8)
IV 级	20	3(15.0)	7(35.0)	1(5.0)	9(45.0)
V 级	6	0(0)	0(0)	1(16.7)	5(83.3)
总计	135	36(26.7)	72(53.3)	3(2.2)	24(17.8)

2.2 手术前后神经系统功能缺损程度分型比较
术后 1 周患者神经系统功能缺损程度与术前相比,无显著差异, $P>0.05$ 。术后 2 周和 3 周患者神经系统功能缺损程度与术前相比差异明显, $P<0.05$ 。详见表 2。

表 2 手术前后神经系统功能缺损程度分型的比较 例(%)				
病例分型	手术前	术后 1 周	术后 2 周	术后 3 周
轻型	0(0)	12(8.9)	45(33.3)	121(89.6)
中型	14(10.4)	33(24.4)	70(51.8)	14(10.4)
重型	121(89.6)	90(66.7)	20(14.8)	0(0)

3 讨论

脑部血管较细,且有直角走行血管,当血压较高且有精神刺激使血压进一步上升时,脆弱的血管易破裂导致出血,在颅内形成血肿^[3-4]。致病因素主要是血肿占位效应,压迫脑组织,脑组织移位,脑供血不足,甚至出现脑水肿、脑疝^[5]。因此,高血压脑出血患者表现为突然昏迷、高烧、神智不清、脑膜刺激症状等严重的神经障碍。出血量在 60 mL 以上者为大量高血压脑出血,病情更加危急^[6]。手术应尽量清除颅内血肿,缓解其占位效应,降低颅内压,发现活动性出血或血管破裂应予以妥善止血,并做去骨瓣减压。如出现血肿破入脑室还应行脑室引流^[7-8]。不

宜在脑水肿高峰期时手术,避免增加手术难度,降低手术成功率。术后给予脱水降压药物缓解肿。

本实验中,术后 2、3 周患者神经系统功能缺损程度明显改善,说明手术可有效缓解患者神经功能障碍。如患者发病时间过长而未及时手术,那么脑水肿和脑缺血会造成严重后果。因此,应超早期(发病后 6 h 内)手术治疗,这样可保证手术效果。对于不同病情分级患者,手术效果也不尽相同。本实验中也观察了不同病情分级患者的手术效果。其中,I、II、III、IV 级患者手术后患者的治愈率和好转率均较高^[9-10];V 级患者手术后,效果差,不适合手术。

参考文献

[1]戚建国,张合林,展如才,等.高血压脑出血术后再出血原因及预防措施[J].中国医疗前沿,2008,3(15):17-18
[2]王建清,贾丕丰,钱勇.高血压脑出血最佳手术时间的研究[J].中华神经外科杂志,2007,23(5):572-575
[3]朱爱民,孙俊芳.微创颅内血肿碎吸术治疗高血压脑出血患者的观察与护理[J].当代医学,2010,83(13):83-84
[4]蔺起宾,滑利民,高宝山,等.外科手术治疗高血压脑出血相关因素分析及新进展研究[J].中华危重症医学杂志,2010,3(1):27-29
[5]周国俊,刘红朝,李俊.外侧裂入路显微手术治疗高血压丘脑出血[J].中国临床神经外科杂志,2011,16(8):475-477
[6]王绪虎,徐恒敏,王永.微创穿刺术治疗高血压性丘脑出血 28 例[J].实用临床医药杂志,2010,14(17):43-45
[7]鞠波,于敏,孙彦波,等.超早期微创手术治疗高血压脑出血的疗效分析[J].华南国防医学杂志,2010,24(1):46-47
[8]沈爱炜.侧脑室外引流和腰大池置管引流治疗高血压出血破入脑室分析[J].浙江创伤外科,2011,16(2):238-239
[9]陈国坚,卢肖,肖仁,等.开颅血肿清除去骨瓣减压联合腰大池引流术治疗高血压脑出血 60 例临床分析[J].中国当代医药,2010,17,(16):163-164
[10]Korzhenskii DE,Nikolishvili MG,Otellin VA.Suppression of gliabnllary acidic protein expression in astrocytes of the superficial delimitting membralle in traumatic subarachnoid hemorrhage [J]. Neurosei Behav Physiol,2006,36(3):285-286

(收稿日期:2013-05-31)