

· 论著 ·

不同方式治疗自发性脑出血患者的生存情况对比研究

宁书增 王雷波

天津市海河医院脑系科,天津市 300350

摘要:目的 探讨不同治疗方式对自发性脑出血 (Spontaneous intracerebral hemorrhage, SICH) 患者生存期和生存质量的影响;方法 回顾性总结我院 SICH 患者共计 320 例,严格限定入选标准,按照 GCS 评分情况,将其分为 $GCS \leq 8$ 分、 $GCS 9 \sim 12$ 分和 $GCS \geq 13$ 分三个组别,并对每个组别不同治疗方式的患者生存期和生存质量进行评估,应用 Cox 回归分析,以 $P \leq 0.05$ 为具有统计学意义;结果 在生存期和生存质量方面,不同治疗方式存在明显的差异, $GCS \leq 8$ 分组患者生存质量和生存期限明显差于另外两组,而在同组中,不同的治疗方式亦会导致生存期和生存质量的差异,以立体定向血肿碎吸对患者生存质量提高明显(在三个组别中,预后良好率分别达到 53%、72%、79%)与另外几种治疗方式相比具有统计学意义($P \leq 0.05$),而开颅手术则明显提高患者生存率($GCS \leq 8$ 分和 $GCS 9 \sim 12$ 分组生存期超过 18 个月的分别达到 41% 和 55%)而且与另外几种治疗方式相比具有统计学差异($P \leq 0.05$)。结论 对 SICH 患者施以恰当及时的外科干预,可进一步提高患者生存期及生存质量。

关键词:脑出血;治疗方式;生存期;生存质量

Comparative study of survival situation of patients with cerebral hemorrhage after different treatment modalities

Ning Shu-zeng, Wang Lei-bo, Department of Neurology, Hai he hospital, Tian jin 300350, China

Abstract: Objective To study impact of the different treatment modalities on patient survival and quality of life of patients with spontaneous cerebral hemorrhage. **Methods** Total of 320 cases of SICH patients were reviewed, and divided into $GCS \leq 8$, $GCS 9-12$ and $GCS \geq 13$ three groups according to GCS score. For each group of different treatment modalities of patient survival and quality of life was assessed, and the data was analyzed with Cox regression. $P \leq 0.05$ for statistical significance. **Results** The quality of life and survival duration in group $GCS \leq 8$ were significantly worse than that in the other two groups. As well different treatment modalities would lead to the differences in the quality of life and survival duration in the same group. Survival quality improved obviously (good prognosis rate achieved 53%, 72% and 79% respectively) in the patients underwent stereotactic hematoma aspiration, compared to the other groups ($P \leq 0.05$). Whereas the survival rate improved obviously (Survival period over 18 months at groups $GCS \leq 8$ and $GCS 9-12$ reached 41% and 55% respectively) in the patients underwent craniotomy operation. ($P \leq 0.05$). **Conclusions** It may further improve the patients survival and quality of life of SICH when treated with appropriate and timely surgical intervention.

Key words: Cerebral hemorrhage; therapy; survival time; quality of life

自发性脑出血 (Spontaneous intracerebral hemorrhage SICH) 占全部脑卒中 18% ~ 30%, 因地域和种族略有差异^[1], 其致死率和致残率为脑梗塞的 3 ~ 6 倍^[2], 发病后一年生存率不足 50%^[3]。因此如何对脑出血患者实施及时恰当有效地救治, 提高脑出血患者的生存率和生存质量, 成为当代医学特别

是神经科学的一个重要课题。目前对于脑出血的治疗方式大致可分为内科保守治疗和外科干预治疗两大部分^[4], 其中外科干预包括: 开颅血肿清除术、立体定向血肿碎吸抽除术以及脑室外引流术等。如何对脑出血患者选择最佳的治疗方式, 对于患者的预后尤为重要, 为此笔者总结我院部分脑出

收稿日期: 2011-12-11; 修回日期: 2012-02-15

作者简介: 宁书增, 副主任医师, 主要研究方向: 急性脑出血的治疗

通讯作者: 王雷波, 博士在读, 主要研究方向: 脑肿瘤、颅脑创伤、脑血管病的救治

血病例,对给予不同的治疗方式的患者预后进行 Cox 回归分析,探讨不同治疗方式患者生存情况,以期能对优化脑出血治疗方案有所参考。

1 对象和方法

1.1 一般资料

回顾性总结我院 2005 年 1 月~2009 年 12 月以来的 SICH 的病例,随机纳入神经内科保守治疗;立体定向血肿碎吸抽除治疗,开颅血肿清除治疗以及脑室穿刺引流治疗的病例共 320 例。其入选的标准为:①年龄在 40~65 岁之间;②发病原因为自发性脑出血(包括高血压脑出血和原因不明的出血),有明确的出血原因,如脑外伤、动脉瘤、动静脉畸形等病例均未纳入本研究;③发病急性期经积极治疗,并于恢复期行康复、针灸等辅助治疗等;④患者为首次发病,二次及多次发病患者未纳入本研究;⑤所有病例均随访两年以上,已死亡病例,则随访截止至患者死亡;⑥所有病例出血部位均位于大脑半球,近基底节区,血肿直接或间接压迫或侵及功能区,故对血肿部位未再分组。⑦将所用病例依据其出血量和入院时 Glassgow 评分(GCS)分为:≤8 分 143 例;9~12 分,104 例≥13 分 73 例,共 3 个组别;⑧将生存期分为 6 个月以下;6 个月~18 个月;18 个月以上 3 个组别;⑨根据 GOS 预后评分^[5],将患者分为预后良好组(5 分为恢复良好,恢复正常生活,尽管有轻度缺陷;4 分,轻度残疾但可独立生活;能在保护下工作);预后不良组[3 分,重度残疾,清醒、残疾,日常生活需要照料;2 分,植物生存,仅有最小反应(如随着睡眠/清醒周期,眼睛能睁开)];死亡组(1 分,死亡)。

1.2 方法

将所有病例按照 GCS 评分,分为 3 个组别(GCS≤8 分,GCS 9~12 分,GCS≥13 分),分别对其生存期和生存质量进行随访,利用 Cox 回归分析,分别对各组别的治疗方式和预后进行关联分析,以 P≤0.05 为具有统计学意义。

2 结果

在 GCS≤8 分组中,行保守治疗的病例共 22 例,多因患者病情较重或伴有其他手术禁忌症而不能耐受手术;在所有 22 例患者中,生存期在 6 个月以下的共 15 例,占到所有患者的 70%;而生存期在 18 个月以上的仅 4 例,只占 16%。在所有治疗方式中,以开颅血肿清除接受者生存期大于 18

个月的比例最高,达到 41%。患者生存质量评估中,排除所有生存期小于 6 个月者,仅对生存期超过 6 个月者进行评估。在所有 GCS≤8 分组中,预后良好比例最高的为脑室穿刺治疗组,可能与脑室出血使患者病情进展迅速,及时治疗后因血肿尚未侵及周围脑组织,脑脊液循环得以恢复,并且因脑脊液冲洗效应^[6],使血肿多能够引流成功,因而损伤较小,遗留较轻的后遗症有关。预后不良比例最高的开颅血肿清除术组,多因该组病人入院时病情较重,血肿量较多,严重侵及脑功能区,同时也可能因手术过程中对脑组织的牵拉和损伤,虽在急性期挽救患者生命,但可能对生存质量反而会有消极影响^[7]。(见表 1. a,1. b)

表 1 a(GCS≤8 分)

	6 个月以下	6-18 个月	18 个月以上
保守治疗组 22 例	70%	14%	16%
脑室穿刺引流组 36 例	44%	32%	24%
立体定向血肿碎吸组 39 例	32%	38%	30%
开颅血肿清除术组 46 例	37%	22%	41%
P 值	0.0154	0.1231	0.0243

表 1 b(GCS≤8 分)

	预后良好	预后不良
保守治疗组 22 例	—	—
脑室穿刺引流组 36 例	72%	28%
立体定向血肿碎吸组 39 例	53%	47%
开颅血肿清除术组 46 例	40%	60%
P 值	0.0434	0.1872

在 GCS 9~12 分组中,所有患者的生存期限和生存质量均明显优于 GCS≤8 分组,其中在生存期的评估中,生存期大于 18 个月比例最高的为立体定向血肿碎吸治疗组,其次为脑室外引流组,分别为 76%和 75%,而生存期小于 6 个月比例最高的则为开颅血肿治疗组,高达 30%,考虑可能与患者出血量较多或者入院时病情进展迅速有关,部分患者有手术后再出血以及血肿增加的情况,导致患者死亡。而在生存质量评估方面,预后良好比例最高的仍然为脑室外引流组,其次为立体定向血肿碎吸组,而预后不良比例最高的则为保守治疗组,达到 56%,考虑与患者保守治疗,血肿吸收慢,血肿吸收过程中产生较多氧自由基,以及水肿时间长,压迫脑组织,使部分神经细胞不可逆性死亡所引起。而预后不良比例最低者为脑室外引流组。(见表 2. a,2. b。)

表2 a(GCS 9~12分)

	6个月以下	6-18个月	18个月以上
保守治疗组 24例	13%	41%	46%
脑室穿刺引流组 22例	5%	20%	75%
立体定向血肿碎吸组 35例	0%	24%	76%
开颅血肿清除术组 23例	30%	15%	55%
P值	0.0050	0.2386	0.7843

表2 b(GCS 9~12分)

	预后良好	预后不良
保守治疗组 24例	44%	56%
脑室穿刺引流组 22例	77%	23%
立体定向血肿碎吸组 35例	72%	28%
开颅血肿清除术组 23例	61%	39%
P值	0.2674	0.0165

在 GCS ≥ 13 分组,所有 73 例患者,均存活超过 18 个月,并且 42 例患者采取保守治疗,因血肿量多小于 25ml,并且患者家属多拒绝立体定向血肿碎吸治疗,无脑室外引流和开颅血肿清除术病例。在生存期方面,保守治疗组和立体定向血肿碎吸组无明显差异,但在生存质量方面,立体定向治疗组则明显优于保守治疗组(见表 3)

表3 (GCS ≥ 13 分)

	预后良好	预后不良
保守治疗组 42	54%	46%
立体定向血肿碎吸组 31例	79%	21%

3 讨论

通过回顾性分析 320 例 SICH 患者生存期和生存质量的情况,显示患者生存期和生存质量与入院时 GCS 评分成明显负相关。在 GCS ≥ 13 分组,要明显优于另外两组,这主要因患者入院时病情轻重程度不一所致,故而本研究将其分成三个组别,更有利于评估治疗方式不同对患者预后的影响。在 GCS ≤ 8 分组,以保守治疗组的平均生存时间最短,而开颅血肿清除组的平均生存时间最长,且两组的 P 值均小于 0.05,具有统计学意义。统计显示,保守治疗组患者的死亡原因多为脑干功能衰竭所致呼吸循环衰竭,其次为并发呼吸道感染,笔者分析多因保守治疗组病情相对较重,且未行外科干预,血肿未清除,对脑组织损伤较重,以致较严重的脑组织水肿,颅压增高,脑疝而导致死亡^[8],若能及时实施外科干预,是否可以降低其死亡率,延长生存期,尚需进一步探讨。而在生存质量评估中,预后良好比例最高的为脑室外引流组,其次为立体定向

血肿碎吸组,而生存期评估较好的开颅手术组,其生存质量良好比例仅为 40%,明显低于前两组,考虑脑室外引流多因为出血局限于脑室,若能及时行外科干预将血肿引流,可大大降低死亡率,明显提高患者生存质量。而开颅血肿清除虽可明显提高患者生存率,降低急性期死亡率,但因患者病情往往较重,且手术操作对脑组织的二次损伤等原因,其生存质量较之立体定向血肿碎吸的微创手术明显较差^[9]。

而在 GCS 9~12 分组中,立体定向血肿碎吸组的患者平均生存期和生存质量均明显高于其它治疗方式的同组别的平均生存期和生存质量。无一例 6 个月以下生存期患者,较之保守治疗组的 13% 和开颅手术组的 30%,明显提高, $P \leq 0.05$ 。考虑本组患者, GCS 评分较前一组较高,患者入院时病情较前者为轻,出血量多在 30ml~40ml 范围内,应用立体定向血肿碎吸术,较之开颅手术可以减少手术创伤,同时较之保守治疗又可缩短血肿吸收时间,减轻血肿吸收所带来的水肿效应以及氧自由基等有害物质对脑组织的损伤作用,提高患者的生存期和生存质量。而预后不良比例最高的仍然为保守治疗组,达到 56%。保守治疗组虽可通过内科积极降颅压,降血压以及止血治疗等挽救患者生命,但是在提高患者生存质量方面相对较差。若能积极外科干预可进一步提高患者生存质量。在 GCS ≥ 13 分组中,所有患者都存活,多因患者病情较轻,且入院时间较及时,出血量多在 30ml 以下,不至于危及生命,故而患者生存率较高,本组病人达 100%,脑出血病人死亡原因多因并发症或者二次出血所致。但在生存质量评估中则与 GCS 9~12 分组中相同,保守治疗组生存质量明显低于立体定向血肿碎吸组。

4 结论及不足

本研究相对样本量较小,且未对血肿量和血肿部位与治疗方式的不同进行进一步预后关联评估,尚需进一步研究。在 GCS ≤ 8 分组中,由于患者病情较重,开颅血肿清除去骨瓣减压术,对于急性期挽救患者生命,延长生存期具有积极的作用,但是对患者生存质量并没有明显的改观^[10]。而在 GCS 9~12 分组和 GCS ≥ 13 分组中,应用立体定向血肿碎吸技术不仅可以明显提高患者生存率,而且对于患者生存质量亦有明显的积极作用。保守治疗手术在各个组别,对于患者生存质量,功能恢复都没

有明显的优势,因此若能对于 SICH 患者进行恰当及时的外科干预,对于其延长生存期限,提高生存质量都具有积极的作用。

参 考 文 献

- [1] 秦怀海,任印斌,刘智,等. 自发性脑出血不同外科治疗方法选择. 中国综合临床,2008,11(3):256-257.
- [2] Peng SY, Chuang YC, Kang TW. Random forest can predict 30-day mortality of spontaneous intracerebral hemorrhage with remarkable discrimination. Eur J Neurol, 2010, 17(7): 945-950.
- [3] Naidech AM, Jovanovic B, Liebling S, et al. Bernstein RA, Alberts MJ, Batjer HH. Reduced platelet activity is associated with early clot growth and worse 3-month outcome after intracerebral hemorrhage. Stroke, 2009, 40(7):2398-2401.
- [4] Sykora M, Diedler J, Juttler E. Intensive care management of acute stroke: surgical treatment. INT J Stroke, 2010, 5(3):170-177.
- [5] 乔冠群,肖安平,宋军,等. 高血压脑出血手术方式选择(附 116 例病例报告). 临床神经外科杂志,2009,3:151-152.
- [6] 刘宇,赵大伟. 自发性脑出血后早期再出血的影响因素及预防措施探讨. 北方药学,2011,8(7):342.
- [7] Rincon F, Mayer SA. Intracerebral hemorrhage: getting ready for effective treatments. Curr Opin Neurol, 2008, 23(1): 59-64.
- [8] 赵继宗,周定标,周良辅,等. 2464 例高血压脑出血外科治疗多中心单盲研究. 中华医学杂志,2005,85(32):2238-2242.
- [9] Carhuapoma JR, Barrett RJ, Keyl PM. Stereotactic aspiration-thrombolysis of intracerebral hemorrhage and its impact on perihematoma brain edema. Neurocrit Care, 2008, 8(3):322-329.
- [10] Barras C, Christensen S, MacGregor L, et al. Density and shape as predictors of intracerebral hemorrhage growth. Stroke. 2009, 40(28):325-331.