

• 经验交流 •

高血压脑出血——手术与保守治疗的选择

费舟 章翔 甄海宁 宋少军 蒋小凡 谢莉

【关键词】 高血压； 脑出血； 治疗； 手术时机

高血压脑出血(HICH)属于临床上的危重病,其治疗方式包括手术与保守治疗,在临床实践中,正确选择治疗方式与手术时机,对其预后有重要的意义^[1]。错误的治疗方式会对患者造成不良影响,甚至危及生命;未能很好地掌握手术时机,也可产生同样的不良后果。在临床工作中,对手术指征不明确的患者,治疗方式与手术时机的选择相当困难。我们收集了近3年内57例手术指征不明确的患者临床资料,对上述问题进行探讨,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:57例HICH患者中男35例,女22例;发病年龄58~86岁,平均(70.1±7.8)岁;均有高血压病史,发病时舒张压为95 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa);平均病程8.6年;部分患者高血压治疗不规范。入院时格拉斯哥昏迷评分(GCS)6~8分28例,9~12分19例,13~15分10例;伴头痛54例(占94.7%),呕吐48例(占84.2%),偏瘫34例(占59.6%)。血肿发生部位:基底节区25例,丘脑8例,皮质下12例,小脑12例。按多田公式计算^[2]最终血肿量:幕上30~40 ml 15例,40~50 ml 17例,>50 ml 13例;幕下10~20 ml 2例,20~30 ml 6例,>30 ml 4例。

1.2 治疗方法:所有患者在伤后24 h内行首次颅脑CT扫描,随后视病情变化随时复查CT。本组患者均行3次或3次以上颅脑CT扫描。入院后首先进行病例讨论,决定是否手术治疗。若行保守治疗,则开始严密、系统的临床观察,尤其注意意识情况的改变,进行GCS以及生理指标的监测,并进行脱水、止血、防治二次脑损伤等治疗。在病程发展过程

中需手术者,采用全身麻醉,开颅小骨窗血肿清除。

1.3 典型病例

1.3.1 患者男性,61岁,主因头痛伴左侧肢体活动障碍6 h急诊入院,曾呕吐1次,无昏迷、失语、抽搐、二便失禁等。行颅脑CT平扫示右基底节区脑出血量约30 ml,中线左偏约0.5 cm(图1A)。既往有高血压病史3年。查体:血压182/118 mm Hg,嗜睡,言语欠流利,思维力、理解力、定向力、记忆力及计算力差;双侧瞳孔等大等圆,直接、间接对光反射灵敏;左侧肢体肌力1级,肌张力降低。入院后患者家属强烈要求尽可能采取保守治疗,即予降血压、止血、激素、吸氧、脱水等治疗,并密切观察意识、瞳孔等变化。次日复查颅脑CT显示血肿量基本同前,血肿周围出现水肿,中线左偏接近1.0 cm(图1B),神经系统检查同前,仍予以保守治疗。出血后4 d复查颅脑CT示血肿量约35 ml,周围水肿加重,中线左偏超过1.0 cm(图1C),意识障碍加深,经与家属协商后,在全麻下行血肿清除术,术后恢复良好。18 d后复查颅脑CT示血肿消失,周围水肿减轻,中线基本恢复原位(图1D),痊愈出院。

1.3.2 患者男性,59岁,主因突发头昏伴右侧肢体无力1 d入院急诊科。患者无明显诱因突然出现头昏、右侧肢体无力,呈进行性加重,渐出现言语不清。既往有高血压病史2年,未行常规治疗。颅脑CT显示左侧基底节区出血量约30 ml,左侧脑室受压,不除外血肿破入脑室系统(图2A)。在急诊科给予止血、脱水等对症治疗,患者病情未出现明显好转,意识呈朦胧状态,并出现呕吐,4 h后复查颅脑CT显示血肿量增大,中线偏移明显(图2B),以“左侧基底节区出血、高血压病”收住我科。查体:血压180/100 mm Hg,意识呈朦胧状态,双侧瞳孔等大等圆,直接、间接对光反射灵敏;右侧鼻唇沟变浅,口角向左偏斜;右侧肢体肌力0级。在全麻下行急诊开颅颅内血肿清除术,手术顺利,术后恢复良

好(图2C)。

2 结果

本组57例患者中保守治疗24例。首次CT扫描无手术指征,后经动态观察有手术指征而进行手术者33例,其中因血肿增大伴水肿加重而手术者25例,因血肿不变但水肿加重而手术者8例。

院内死亡2例,其中1例因合并多器官功能衰竭死亡,另1例因合并严重糖尿病致肺部感染死亡。按格拉斯哥预后评分(GOS)结果分析伤后6个月的预后情况显示,恢复良好22例,轻度残疾25例,重度残疾8例。

3 讨论

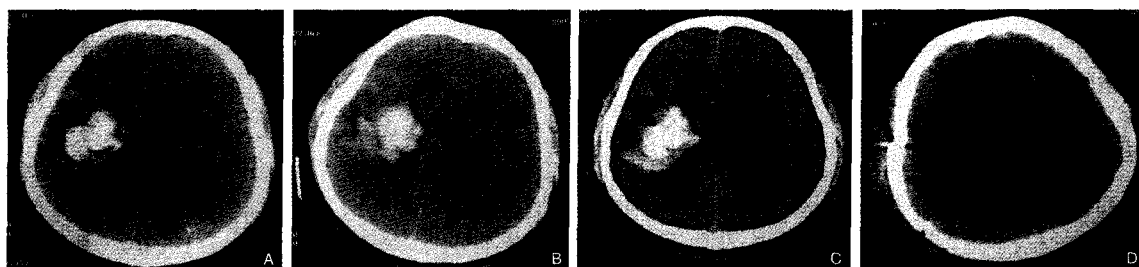
HICH患者的病情变化快,这不但是因为出血可造成一系列的后续脑改变,如脑水肿、血管痉挛等,还由于血肿本身所引起的继发影响,如血肿本身的占位效应,血液对血管的刺激所致的血管痉挛,血液内活性物质对脑的刺激等,其综合作用可导致颅内压增高,脑疝形成^[2-4]。因此,及时有效地处理对急性外伤性颅内血肿患者的预后有重要作用。但及时有效地处理并不一定意味着仅仅是手术治疗,对于不适合手术、而又可以保守治疗的患者,保守治疗也许是更为理想的选择,因为手术也是创伤性的,甚至可以出现并发症。所以,在临床实践中,神经外科医师经常面临着困难的抉择,尤其是对上述这类患者,正确的治疗方式与手术时机的选择有时相当困难,但这对患者的预后有重要意义。

虽然目前教科书中对HICH的手术与否在出血量上有明确的界定,认为大脑半球出血超过30 ml、小脑出血超过10 ml可视为手术指征之一,当然也考虑出血部位等因素^[5]。但在临床实践中,经常遇到难以决定是否手术的情况,这时,不但要考虑出血量,也要考虑患者的意识情况、瞳孔大小、生命体征改变、神经系统体征变化与全身情况等演变过程,甚至家属对手术的态度也应考虑。本组33例即是在首次CT扫描后认为无

基金项目:国家自然科学基金资助项目(30270534)

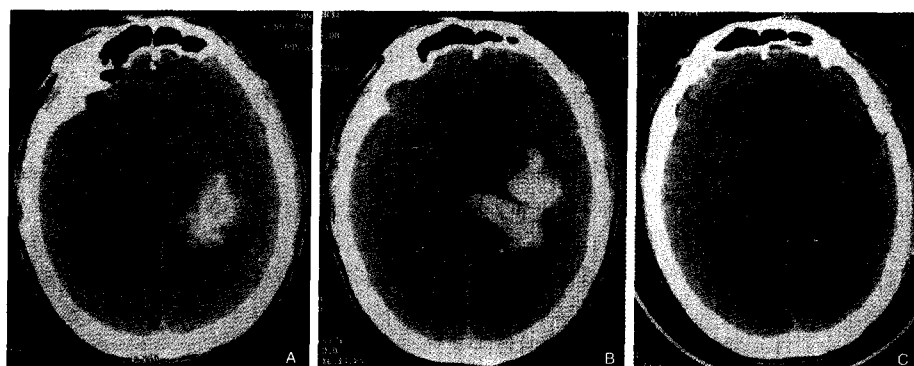
作者单位:710032 陕西西安,第四军医大学西京医院神经外科

作者简介:费舟(1961-),男(汉族),陕西省人,教授,博士生导师,主任医师。



A: 出血后 6 h; B: 出血后 1 d; C: 出血后 4 d; D: 术后 18 d

图 1 例 1 患者右基底节区出血情况



A: 出血后 1 d; B: 入院后 4 h; C: 术后 15 d

图 2 例 2 患者左基底节区出血情况

手术指征,在动态观察中又出现变化而行手术治疗的。两个典型病例也属于此种类型。因此,对于手术指征不明确的高血容量性颅内出血(HICH)患者,手术方式与手术时机的选择并不是一成不变的。我们认为,对于此类患者的治疗,首先强调应仔细进行临床观察,包括病情、意识情况、GCS、瞳孔大小、生命体征改变、神经系统体征变化与全身情况等,其中意识改变尤其重要。在两例典型病例的救治过程中可以看出,当血肿增大或水肿更加严重时,均会出现意识障碍加深。当然,生命体征的改变,如出现颅内压增高时的 Cushing's 反应也是重要指标之一,但有时会被合并伤后高血压等因素的存在所掩盖,当出现瞳孔改变时,则强烈提示患者已进入危急状态,须立刻紧急处理。其次,应提倡动态颅脑 CT 扫描,它不仅能明确有无脑出血,而且可系统观察病情变化,客观反映脑出血的演变,指导治疗及判断疗效和预后^[6]。对于整个病程中病情稳定者可继续保守治疗,本组有 24 例类似病例,经降压、脱水、止血、防治二次脑损伤等治疗^[7-9],脑出血在治疗过程中逐渐吸收、消失。但对于在病程中有出血与水肿增大的情况出现时,则可根据患者病情变化及时调整治疗方案,进行手术

治疗,本组有 33 例类似病例,经及时手术治疗后获得了良好的疗效。

综上所述,我们认为,对于首次颅脑 CT 扫描后认为无手术指征的患者,应在病情演变过程中密切观察病情变化,决定治疗方案。在病情观察中,既不能过分依赖于临床观察,也不能只注意颅脑 CT 扫描结果,应综合考虑所获得的资料,选择对患者最有利的治疗方案。

参考文献:

- Murthy J M, Chowdary G V, Murthy T V, et al. Decompressive craniectomy with clot evacuation in large hemispheric hypertensive intracerebral hemorrhage [J]. Neurocrit Care, 2005, 2 (3): 258 - 262.
- Murakami M, Fujioka S, Oyama T, et al. Serial changes in the regional cerebral blood flow of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage — long-term follow-up SPECT study [J]. J Neurosurg Sci, 2005, 49 (3): 117 - 124.
- Hall C E, Grotta J C. New era for management of primary hypertensive intracerebral hemorrhage [J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2005, 5 (1): 29 - 35.
- Towfighi A, Greenberg S M, Rosand J. Treatment and prevention of primary intracerebral hemorrhage [J]. Semin Neurol, 2005, 25 (4): 445 - 452.

- 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 686 - 690.
- Brott T, Broderick J, Kothari R, et al. Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage [J]. Stroke, 1997, 28 (1): 1 - 5.
- Fei Z, Zhang X, Song S J. Secondary insults and outcomes in patients with hypertensive basal ganglia hemorrhage [J]. Acta Neurochir, 2005, 95 (Suppl): 265 - 267.
- Burke R E, Dorfman M, Chan S B. Is emergent anti-hypertensive treatment beneficial in intracranial hemorrhage [J]? J Emerg Med, 2005, 29 (1): 9 - 13.
- 胡大一. 高血压急症——新认识与临床实践 [J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15 (9): 516 - 518.

(收稿日期: 2007-04-01)

(本文编辑: 李银平)

• 广告目次 •

- ①深圳迈瑞: 监护仪…………… (封二)
- ②飞利浦: 监护仪…………… (插页)
- ③天津生化制药: 琥珀氢可…………… (插页)
- ④恩华药业: 力月西…………… (插页)
- ⑤天津红日药业: 血必净注射液…………… (封三)
- ⑥广东天普药业: 天普洛安 …… (封底)