文章编号:1000-5404(2005)09-0933-01

个案与短篇

早期手术治疗重症高血压脑出血58例的临床观察

Clinical observation of surgery in 6 hours after occurrence of severe hypertensive cerebral hemorrhage

程华东 (河南省正阳县职保医院,正阳 463600)

我科自1995年12月至2003年12月,对58例重症高血压脑出血病人施行了早期手术治疗,现总结分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男35例,女23例;年龄27~74岁,平均年龄50.5岁,有高血压病史26例。按照高血压性脑出血临床分级[1] Ⅲ级36例,Ⅳ级19例,Ⅴ级3例。

1.2 影像学检查

病人均经头颅CT扫描,壳核外侧型24例,壳核内侧型21例,丘脑6例,皮层下7例。合并破入脑室13例,血肿量根据多田公式计算,血肿量40~50 ml 32例,51~80 ml 20例,80 ml以上6例。

1.3 手术方法

本组均在发病6 h内施术,骨瓣成形开颅16例,小骨窗开颅42例,根据CT片形成3 cm的骨窗,经硬脑膜穿刺证实血肿部位后起开硬脑膜脑组织,切开1.5~2 cm皮质,置自动牵开器至血肿,由浅到深缓慢予以吸除,血肿清除中尽量减少对脑组织的牵拉,对血肿周围脑组织不可误吸。咐着血肿壁较紧的凝血块不可强力清除,仔细止血,用3%双氧水和生理盐水冲洗至清亮后压迫同侧颈静脉无出血方可关颅。11例因有严重的颅内压增高,脑水肿显著,遂扩大骨窗减压。术后血肿腔内放置引流管。

1.4 术后处理

术后按神经外科重症疾病常规治疗之外,还着重以下几点:①保持血压稳定,防止血压过高及过低造成脑血流灌注不足。根据病人发病前的血压水平来控制血压,一般维持在135/90 mmHg左右。②降低颅压,控制脑水肿,常规应用甘露醇1~2 g/kg 5~7 d和/或交替应用速尿。③确保呼吸道通畅,必要时气管切开。④防止并发症如肺部感染、消化道出血等,维持水电解质平衡。⑤加强营养支持,应用细胞活化剂,促进脑功能恢复。

2 结果

按ADL分级:1级:独立活动,无需帮助和指导8例;Ⅱ级能活动,但需帮助指导14例;Ⅲ级需具体帮助方能完成活动11例;Ⅳ级为活动能力,需他人搬动或操持代劳10例;Ⅴ级植物状态或死亡15例,其中死于肺部感染3例,消化道大出血2例。

3 讨论

长期血压增高可引起脑动脉尤其是脑穿支动脉的玻璃样变或纤维样变,形成局灶性缺血坏死和/或微小动脉瘤。当各种诱因使血压骤然升高时可引起血管坏死处漏血或微小动脉破裂造成脑出血。血肿本身的占位效应及其周围脑组织水肿脑血液循环障碍的结果可导致颅内压增高,严重者甚至发生脑疝和继发性脑干损害。临床研究证明高血压性脑出血一般在出血20~30 min形成血肿,1~2 h达到高峰[2]。6~8 h后脑组织开始出血水肿,血肿造成的不可逆脑实质损害多在出血后6 h左右,血肿压迫时间越长,周围脑组织损伤范围越大,周围脑组织不可逆损害越重,病死率和病残率越高。因此,在血肿周围脑组织损害发生之前,早期开颅手术清除大部分血肿,最大限度减少脑组织损伤,不失为治疗重症高血压脑出血的最佳方法[3]。

关键词:高血压;脑出血;早期手术
中图法分类号:R743.340.5 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 吴承远,刘玉光. 临床神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001. 530.
[2] 刘承基. 脑血管外科学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2000. 307-310.
[3] 柴清喜,赵中甫,申建利. 高血压脑出血74例手术治疗分析[J]. 河南医科大学学报,1997,32(3):127-128.

(编辑 张大春)

作者简介:程华东(1963-),男,河南省正阳市人,副主任医师,主要从事神经外科方面的研究。电话:(0396)8921829

收稿日期:2005-01-20;修回日期:2005-03-27