维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001 年第 10 卷第 4 期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2001,Vol. 10,No.4

·经验交流·

高血压脑出血手术适应症探讨

高凯* 兰学英* 殷陶治* 杨铁成*

高血压脑出血在临床上较为常见，是否采取手术治疗，其影响因素较多。现将本院 1995 年 9 月至 1998 年 9 月收治的高血压脑出血患者 295 例(其中 89 例采取开颅手术治疗，206 例采取保守治疗)进行回顾性总结分析，并将手术与非手术两组病例的治愈率和死亡率进行比较，进一步探讨高血压脑出血的手术适应症。

一、临床资料

1．一般资料：手术组中，男 56 例，女 33 例，年龄 35～74 岁，平均 54 岁，其中 60 岁以上 38 例；非手术组，男 134 例，女 72 例，年龄 29～73 岁，平均 55 岁，其中 60 岁以上 61 例。

2．临床表现：本组 295 例中，头痛头晕 195 例，恶心呕吐 128 例，肢体瘫痪 98 例，GCS ≤ 8 分者 87 例，GCS> 8 分者 208 例，一侧瞳孔散大者 57 例，双侧瞳孔散大者 28 例。

3．CT 表现：本组病例全部行 CT 检查，其中①出血部位：幕上浅表型 73 例，幕上深在型 131 例，脑室出血 48 例，小脑出血 34 例，脑干出血 9 例；②出血量：幕上≥ 30ml 146 例，幕上<30ml 58 例，幕下≥ 15ml 25 例，幕下<15ml 18 例；③中线结构移位≥ 10mm 87 例，<10ml 17 例 。

4．手术距出血时间：6h 以内 47 例，7～24h 31 例，24h～3d 11 例。

二、 结果

本组统计了不同情况下，手术组与非手术组的死亡率，并以此评价治效果(见附表)。

附表 高血压脑出血手术与非手术死亡率比较

		手术组			非手术组		
		例数	死亡率	死亡率	例数	死亡率	死亡率
意识状态	GCS<8	45	4	8.9	42	7	16 7
	GCS>8	44	2	4.5	164	7	4.3
血肿类型	幕上浅表型	52	3	5.8	21	2	9.5
	幕上深在型	19	3	15 8	112	16	14 3
	脑室出血型	4	2	50	44	21	47 7
	小脑出血型	14	1	7 1	20	3	15
	脑干出血型	0	…	…	9	7	77 8
血肿量	幕上≥30ml	63	4	6 3	83	12	14 5
	幕上<30ml	12	1	8 3	46	4	8 7
	幕下≥15ml	12	2	16.7	13	4	30 8
	幕下<15ml	2	0	0	16	0	0
中线移位	≥10mm	63	5	7 9	24	7	29 1
	<10mm	26	1	3 8	91	3	3 3
手术时间	<6h	47	2	4.3			
	7~24h	31	2	6 5			
	24h~3d	11	1	9 1			
脑疝	一侧瞳孔散大	22	9	40.9	35	35	100
	双侧瞳孔散大	10	10	10	18	18	100

三、讨论

本文认为，高血压脑出血的手术治疗是有选择性的，主要包括病情、出血部位、出血量及手术时机的选择[1]。

1、病情的选择与预后：病情的选择是多方面的，包括年龄、病程、昏迷程度等，其中以意识状态最为重要，而 GCS 评分是临床上确定手术指征、估计病情及预后的重要指标之一[2]。本组 GCS ≤ 8 分组中，手术死亡率明显低于非手术组。而 GCS>8 分组中，手术与非手术死亡率相差不大。单侧瞳孔散大者通过手术治疗死亡率降至 40.9%，而非手术治疗无一生存。对于深度昏迷，双侧瞳孔散大者，无论手

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院神经外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

术与否，全部死亡。

2．出血部位及出血量与预后：本组幕上浅表型出血手术组死亡率低于非手术组，幕上深在型出血死亡率与非手术组相近，脑室广泛出血铸型无论手术与否死亡率均较高，小脑出血手术组死亡率明显低于非手术组，而对于脑干组，则生存者极少。从出血量看，幕上血肿量超过30ml者，手术治疗好于非手术治疗，幕上血肿量少于30ml者，手术与非手术治疗效果相当。幕下血肿量超过15ml者，手术治疗优于非手术治疗，幕下血肿量少于15ml者，手术与非手术死亡率接近。对于中线结构移位超过10mm者，手术死亡率明显低于非手术者，中线结构移位小于10mm者，手术与非手术死亡率相差不大。

3．手术时机与预后：关于高血压脑出血的手术时机仍有争议，有人不主张手术，另有人提倡超早期手术，还有的学者提出待出血停止3天后，病情平稳时再手术[3]。本组资料显示，于出血6小时内手术死亡率最低。因此，本文认为高血压脑出血要早期手术，以尽快解除血肿对脑组织的损害作用。

结论：1981年第一届全国脑血管病专题会议制定了高血压脑出血的分级标准[4]：Ⅰ级：神志清楚无昏迷，不完全偏瘫；Ⅱ级：浅昏迷至中度昏迷，不完全偏瘫；Ⅲ级：重度昏迷，完全瘫，病灶侧瞳孔散大；Ⅳ级：深昏迷，完全瘫，去脑强直，双瞳孔散大，有明显生命体征改变。结合该分级标准及本组资料显示，在高血压脑出血手术适应症选择时应注意以下几点：①幕上壳核及皮质下出血，血肿量少于30ml，中线移位小于10mm，幕下血肿量少于15ml，病情属于Ⅰ级时，可先行非手术治疗，如病情不断恶化可手术治疗。②幕上血肿量超过30ml，幕下血肿量超过15ml，特别是小脑半球出血，病情属于Ⅱ-Ⅲ级时，在确定出血部位后，如估计手术可以达到，争取尽早手术。③对于已深昏迷，双侧瞳孔散大的Ⅳ级患者，不宜手术。④脑室出血可选择穿刺冲洗引流，不宜行开颅手术。⑤丘脑及脑干出血不宜手术。

高血压是一种全身性疾病，脑出血只是其并发症之一，除上述因素外，还有诸多因素可影响高血压脑出血预后，如年龄、身体状态、合并其他系统疾病等。因此在选择手术适应证时要综合评价判断，才能准确，从而提高治愈率，降低死亡率。

参考文献

1.薛庆澄，主编. 神经外科学. 天津：天津科学技术出版社，1990. 344-350.
2.马景槛，杨树源，鲁玉华. 高血压脑出血的分型与治疗. 中华神经外科杂志，1995,1:35.
3.马景槛，李庆彬，薛庆澄，等. 自发性脑出血手术适应症的探讨. 中国神经精神疾病杂志，1989，15：133.
4.石美鑫，熊汝成，李鸿儒. 等. 主编. 实用外科学. 北京：人民卫生出版社，1992. 1195-1197.

（收稿：2001-08-23）

重型脑损伤310例临床分析

刘　亮*

1996年元月至2000年12月本院共收治重型颅脑损伤310例，均经头部CT诊断并按GCS计分分型，以入院GCS计分≤8分为重型标准和出院时病人状态判定结果，分析报告如下。

一、临床资料

1．一般资料：男253例，女57例，男：女比例为4.4:1，年龄由7个月～81岁，平均34.2岁，致病原因，主要为车祸72.36%，坠落伤12.22%，其它15.42%。

2．损伤类型：本组310例中闭合伤294例，开放伤16例，单纯硬膜外血肿48例，单纯硬膜下血肿31例，硬膜外血肿伴脑挫裂伤及硬膜下血肿23例，脑挫裂伤硬膜下血肿149例，多发性血肿18例，硬膜静脉窦破裂6例，原发性脑干损伤28例，迟发性血肿7例。

3．主要临床表现：(1)呼吸变化：本组66例发现呼吸异常(<12次/min或>30次/min)，其中呼吸停止经复苏者4例，3例死亡，入院后30min内行气管插管或气管切开者23例，3例死亡，(2)瞳孔、肢体运动异常：本组病人凡有双侧瞳孔散大，瞳孔大小多变，光反应消失，肢体运动无反应，肌张力增高及刺痛伸直者预后均差，其中双侧瞳孔散大43例，死亡29例，占67.44%，出现肢体运动异常117例，死亡39例33.33%。(3)脑疝：本组共发生脑疝202例，其中早期脑疝139例，死亡26例，占18.71%，晚期脑疝63例，死亡48例，79.19%。(4)GCS计分：3～5分77例死亡39例，占50.64%，6～8分233例，死亡40例，17.17%。(5)颅内压监护：本组12例行颅内压监护，ICP越高预后越差，其中ECP超过5.0Kpa的5例均死亡。

二、结果

1．术式：本组310例中手术治疗244例，78.71%，

* 作者单位：410600 湖南省宁乡县人民医院神经外科