维普资讯 http://www.cqvip.com

225-226 高血压 脑出血 治疗 12

·经验交流·

高血压脑出血的外科治疗

R743.2 R743.340.5

陈立朝* 邹咏文* 许民辉* 陈广鑫*

高血压脑出血是脑血管病患者中死亡率和致残率都很高的一种疾患。我科近6年采用外科治疗此类疾患90例，随访6个月，效果良好。

一、临床资料

1.一般资料：男58例，女32例，年龄41－86岁，平均56.3岁，全部病人均有高血压病史。发病前有饮酒、劳累、排便、情绪激动等诱发因素者50例，其中第二次出血8例，第三次出血1例。

2.临床表现及分型：本组清醒2例，嗜睡3例，朦胧3例，浅昏迷13例，中昏迷53例，深昏迷16例。一侧瞳孔散大51例，双侧瞳孔散大22例，锥体束征单侧阳性40例，双侧阳性26例。去大脑强直15例。入院时血压20.5－35/13－22Kpa。并发心脏损害41例、消化道出血48例、肺部感染14例、高渗性昏迷3例。按照王忠诚教授分级标准进行临床分级：Ⅰ级5例、Ⅱ级3例、Ⅲ级13例、Ⅳ级53例、Ⅴ级16例。

3.辅助检查：本组90例病人术前均行头颅CT检查，血肿位于单侧基底节48例，双侧基底节3例，皮层下15例，丘脑9例，小脑半球15例。其中脑实质出血破入脑室25例。幕上血肿量：小于50ml(9例)，50－80ml(58例)，大于80ml(18例)，幕下血肿量：小于20ml(12例)，20－30ml(14例)，大于30ml(19例)。

4.手术及结果：(1)手术时间：发病后7小时内获得手术减压71例，其中3小时以内15例，3－5小时28例，5－7小时28例，7－24小时15例，24小时以后4例。(2)手术方法：骨瓣开颅12例，骨窗开颅41例，脑室引流血肿溶解术25例，穿刺血肿法12例，全部于血肿腔或脑室内放置外引流管，术后行体外引流。(3)治疗结果：术后存活82例，按ADL分级：Ⅰ级13例、Ⅱ级18例、Ⅲ级24例、Ⅳ级20例、Ⅴ级7例。国内文献报道Ⅰ级15%，Ⅱ级25%，Ⅲ级30%，Ⅳ级25%，Ⅴ级5%。

二、讨　论

1.理论依据：高血压所致的血管病变主要在脑的小动脉，表现为动脉中层出现玻璃样物质沉着，继而管腔变小或闭塞，导致近端豆纹动脉等的压力在平时就高出它处，可形成微小动脉瘤，当血压进一步升高时，血管不能收缩并增大阻力而缺乏保护作用，在小动脉的薄弱处破裂出血。高血压脑出血80%在幕上，20%在幕下，本组83.3%在幕上，16.7%在幕下。出血后早期神经组织所受的影响主要以受压、分离移位为主，通常发病后20－30分钟形成血肿，出现颅内血管痉挛、意识障碍，出血后6－7小时血肿周围开始出现血清渗出及脑水肿，随着时间延长，这种继发性改变不断加重。

2.手术适应证：高血压脑出血超早期手术的适应征，金子等提出浅昏迷或中度昏迷而不伴脑疝；年龄70岁以下；无严重并发症等为其适应征。本组超早期手术71例，术前清醒2例，嗜睡2例，朦胧2例，浅昏迷11例，中昏迷42例，深昏迷12例，伴脑疝56例，年龄全部在70岁以下，未出现严重并发症。病程不超过7小时手术治疗便于术后功能恢复，年龄在70岁以上并有严重并发症患者，待并发症控制后再行手术治疗。

3.手术方法：(1)穿刺血肿法：头颅CT立体定向血肿穿刺外引流，适用于各部位出血，特别是深部出血，年龄70岁以上，伴严重并发症。本组11例采用此法，其中丘脑出血9例，年龄70岁以上10例，术前出现严重并发症待并发症控制后再行此法8例，结果按ADL分级Ⅰ级1例，Ⅱ级2例，Ⅲ级3例，Ⅳ级2例，Ⅴ级1例。(2)脑室引流血肿溶解术：适用于原发性脑室出血或血肿破入脑室者，放置引流后，可立即缓解梗阻性脑积水，并排出血肿的液体部分而缩小原发血肿，间断注入尿激酶可使血肿溶解以利于引流。本组血肿破入脑室内25例，全部采用此法，术后按ADL分级：Ⅰ级4例，Ⅱ级5例，Ⅲ级6例，Ⅳ级6例，Ⅴ级2例。(3)直接血肿清除术：分为成形骨瓣和小骨窗开颅血肿清除术。成形骨瓣适用于皮层下出血，本组34例采用

* 作者单位：400042 重庆市第三军医大学大坪医院神经外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

此法。小骨窗开颅血肿包括后颅凹开颅幕下小脑半球血肿清除术，本组41例采用小骨窗开颅，包括15例后颅开颅幕下小脑半球血肿清除术，均在30分钟内获得手术减压。具体做法是：根据血肿部位在颞部开颅或后颅凹开颅，脑组织切开置自动牵开器牵开至血肿，吸除部分血肿减压后，在显微镜下由浅至深缓慢予以吸除，随血肿减少、脑组织塌陷和回缩，血肿可逐渐涌至视野下。血肿量清除应在80%以下，否则易现术后再出血及术中严重渗血而难以止血。血肿清除过程中尽量减少对脑组织的牵拉、对血肿周围脑组织不可误吸。血肿腔内冲洗至生理盐水澄清方可关颅。本组术后ADL分级：Ⅰ级98例，Ⅱ级11例，Ⅲ级15例，Ⅳ级12例，Ⅴ级5例。

4.围手术期处理：(1)控制血压，防止再出血，是直接影响手术效果的主要原因：本组术后1周内复查CT 65例，其中25例有再出血(或残留)，同时发现这部分病人术中、术后血压均有大幅度升高，因此除术中严重出血外，术后血压必须稳定在平日水平。(2)预防肺部感染：由于病人昏迷，肺部感染是常见并发症，及早气管切开并选用敏感抗生素是预防肺部感染的重要措施；同时加强基础护理，辅以雾化吸入等。(3)预防消化道出血：高血压脑出血手术早期并发消化道出血的发生率70%以上。本组为61%。其预防措施包括：降低颅内压；鼻饲给予中和胃酸药物；应用保护胃粘膜的药物如：甲氰咪胍、氢氧化铝凝胶等。(4)其它：注意病人营养(支持疗法)；保护心脏；预防和治疗糖尿病；加强基础护理预防褥疮等。

参考文献

1. 王忠诚，吴中学，赵海高，等. 高血压脑出血预后的影响因素分析. 中华神经外科杂志，1990，6：72－76.
2. Nehls DG. Experimental intracerebral hemorrhage-progression of hemodynamic change after production of a spontaneous mass lesion. Neurosurgery，1988，23：439－444.
3. 金谷满子，斋藤英雄. 高血压脑出血的手术治疗及其疗效. 脑の神经，1984，36：847－857.
4. Schaller C，Kohde V，Meger B，et al. Stereotactic puncture and lysis of spontaneous intracerebral hemorrhage using recombinant tissue plasminogen activator. Neurosurgery，1995，36(2)：328－334.
5. Broderck JP，Brott G，Tomsick T，et al. Ultra－early evacuation of intracerebral hemorrhage. J Neurosurg，1990，26：195－199.
6. Nath FP. Early hemodynamic changes in experimental intracerebral hemorrhage. J Neurosurg，1986，65：679－703.
7. 徐惠琴，等. 淀粉样脑血管病出血的临床病理. 中华神经精神科杂志，1990；23(6)：345.

(收稿：1998－07－20)

226-227 上腹部正中切口 胆道手术 胆囊疾病 13

上腹部正中切口作胆道手术的临床体会

国维克*

R657.4

我院自1995年1月～1998年4月间以上腹部正中切口进行胆道手术86例，均取得良好的效果。现探讨其临床实用价值。

一、资料与方法

临床资料：本组共86例，其中男性35例，女性51例。年龄10岁～84岁，平均为50.71岁。选择病例主要为胆囊炎，胆囊结石，胆囊息肉，胆总管结石。手术前均经多次B超或CT检查证实。本组中行单纯胆囊切除术56例，胆囊切除加胆总管探查术27例，胆囊切除加胃空肠吻合术，胆囊空肠吻合，空肠侧侧合术和胆囊切除加回肠憩室切除术各1例。其中急诊手术23例。69例采取持续硬膜外麻醉，18例采取全身麻醉。其单纯胆囊切除术手术平均时间为75.1分钟。同期随机选择一组60例采用右上腹部其他直切口或横切口作单纯胆囊切除术，其平均手术时间为87.08分钟。术后随访：本组患者术后均鼓励早期起床活动。有24例术后肌注杜冷丁50mg止痛，其余患者均未用任何止痛剂。术后无切口感染和腹腔内感染等并发症发生。本组患者均在术后两周内康复出院。

方法：患者均取平卧位，切口起自剑突至脐上1.0

* 作者单位：244000 安徽省铜陵有色职工总医院