维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)01-0103-01

高血压脑出血手术治疗分析

王剑波[1]，孙晓川[2]，余 政[1]，邓 超[1]，徐金明[1]
（1.重庆市涪陵中心医院神经外科 重庆 408000；2.重庆医科大学临床学院神经外科 重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R651.1+2 【文献标识码】B 【收稿日期】2001-04-02

从1996～2000年我们对40例高血压脑出血患者进行了手术治疗，死亡14例。本文就影响高血压脑出血手术预后的因素结合文献进行讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男26例，女14例；年龄49～60岁8例，60～70岁26例，70~83岁6例；有明确高血压病史30例，入院时血压升高36例，不升高4例，既往有高血压脑出血病史2例。发病前有情绪激动、劳累、饮酒等诱发因素24例。

1.2 临床表现

本组浅昏迷10例，中度昏迷24例，深昏迷6例；一侧瞳孔散大10例，双侧瞳孔散大4例，去大脑强直4例，单侧锥体束征阳性28例，双侧锥体束征阳性4例；体温39℃以上22例，呼吸30次／分以上6例。出血部位：壳核、外囊、内囊20例（其中破入脑室8例），丘脑出血6例，皮层下出血10例，小脑出血4例；血肿小于30ml 4例，30~60ml 24例，大于60ml 12例。合并症：糖尿病2例，肺部感染4例，慢支炎、肺气肿、肺心病14例，上消化道出血2例，心肌缺血2例，癫痫持续状态4例。

1.3 手术时机、方式及结果

(1)手术时机：发病6 h内手术24例，超过6 h手术16例。(2)手术方式：开颅血肿清除术20例，穿刺血肿引流加尿激酶冲洗12例，脑室引流术6例，血肿清除加脑室引流2例。(3)治疗结果：死亡14例，生活自理6例，部分自理16例，重残4例。

2 讨 论

高血压脑出血在脑血管疾病中约占1/3、但其死亡率却占脑血管疾病的首位。本病多发生于50－60岁有高血压动脉硬化的病人，一旦发生采用非手术疗法死亡率高达40%－70%[1]，显示出手术的重要与必要。故认真总结影响手术预后的因素，寻找有效的手术治疗方法，积极治疗合并症是提高抢救成功率，降低死亡率的关键。

2.1 年龄因素

老年人组织细胞功能下降，随年龄增大，人体重要脏器功能进一步衰退，手术耐受能力进一步下降，术后恢复慢，后遗症重。本组死亡病例均在60岁以上，70岁以上无一例存活，表明年龄对预后有重要影响。我们认为70岁以上全身重要脏器功能差者应以保守治疗为主。

2.2 合并症因素

高血压脑出血是高血压病的严重并发症，高血压病是一种全身性血管病变，易引起全身其它脏器的器质改变，在脑出血后更易发生各种并发症，使手术预后较差。本组合并糖尿病、肺心病、癫痫持续状态者术后死亡率明显较高。

2.3 神经系统症状严重程度

本组死亡均发生在中、重度昏迷病例，显示GCS计分低，昏迷程度重、高热，严重高颅压预后较差。说明高血压脑出血后神经系统症状严重程度与脑损害的程度和部位有关，直接影响病人手术预后，症状越重，脑损害越重，术后死亡率越高，功能恢复也越差。瞳孔散大、去脑强直或脑干反射消失者死亡率显著增加。

2.4 血肿部位、血肿量

高血压脑出血随出血部位、血肿量的不同其它手术预后也有差异。血肿体积小于30ml，且神经系统症状不重的、原则上不手术，因手术损伤引起的脑水肿远比小血肿本身引起的占位效应更严重；本组血肿体积小于60ml，部位在皮层下、外囊未破入脑室者无死亡；血肿体积大于60ml、破入脑室或丘脑出血死亡率明显增加。说明出血部位及血量对手术预后有直接影响。

2.5 手术时机

高血压脑出血除血肿急性膨胀引起脑疝或机械压迫导致局部微血管缺血性痉挛、梗阻、坏死外，还由于血肿分解产物的损害作用，使血肿周围脑组织由近及远发生水肿、变性、出血及坏死[2]。血肿形成6 h周围脑组织开始发生变性、出血、坏死[2]，因此提出在血肿造成不可逆损害之前清除，则可使脑组织的继发损害降低到最小程度，无疑对术后神经功能恢复、减少术后致残有重要作用。本组6 h内手术24例存活20例即是证明。

2.6 选择合理手术方式及术者的手术娴熟程度

本组对外囊、皮层下出血未破入脑室者采用直接血肿清除术，对脑皮层损伤小，术后恢复快；对血肿破入脑室者作

作者介绍：王剑波（1965- ），男，副主任医师。
主要研究方向：脑血管病外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

脑室引流效果较好；对内囊、丘脑等神经传导束集中及重要功能部位因手术致死、致残率极高，近年来我们采用血肿穿刺碎吸针穿刺血肿加尿激酶冲洗引流，创伤较小，效果极佳，本组12例无一例死亡。同时术者的手术技巧也直接影响手术预后，轻柔操作、仔细止血、减少牵拉、有效引流等，对减少损害、加快恢复也很重要[3]。

2.7 积极营养支持及防治术后并发症

术后并发症的防治是提高成功率的关键。术后再出血是直接影响手术效果的主要原因，除应术中严密止血外，术后血压必须稳定在正常水平。肺部感染是昏迷病人常见并发症，应及早气管切开，辅以雾化吸入等。我们体会预防消化道出血除应用胃粘膜保护剂外，尽早鼻饲流质中和胃酸对胃壁的侵蚀尤其重要。本组除一例在术前已有消化道出血、其余均在三天内鼻饲流质，都无术后消化道出血发生。加强营养支持，高价静脉营养，维持水电解质平衡及酸碱平衡，保护心肌，预防和治疗糖尿病，加强基础护理，防止褥疮等是促进术后恢复的重要措施。

参 考 文 献

[1] 段国升，朱 诚. 手术学全集 神经外科卷[M]. 第一版. 北京：人民军医出版社，1994;303.

[2] 张延庆，颜世清，伦学庆，等. 重症高血压脑出血超早期手术治疗[J]. 中华神经外科杂志，1998;4 237-238

[3] 崔尧元，卞留贯，张晓彪，等. 老年高血压脑出血影响手术治疗预后的因素[J]. 中华神经外科杂志，1995;4:234-235.

文章编号：0253-3626(2002)01-0104-01

胆汁性腹膜炎误诊为卵巢肿瘤1例报告

张 霞，唐承薇

（重庆医科大学临床学院消化内科 重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R572.2 【文献标识码】B 【收稿日期】2001-09-06

1 临床资料

患者，女，71岁，因中上腹痛2月，腹胀20天入院。2月前无明显诱因出现中上腹持续性胀痛，伴恶心、呕吐胃内容物一次。不伴畏寒、发热、黄疸。在当地医院疑为“急性胰腺炎”，经治疗后，腹痛缓解。20天前感腹胀，腹围增大，无发热，盗汗，腹泻。无呕血、黑便，在外仍疑为“胰腺炎”，治疗无效转入我院。既往无结核病史。绝经20年，无阴道流血史。

查体：t 36.8℃，P85次/min，R20次/min，BP20/10.5kPa。巩膜轻度黄染，心肺无异常发现。腹部膨隆，未见腹壁静脉曲张，腹软，无压痛，未及包块，肝脾未及，移浊阳性。实验室检查：血常规：正常，大便OB（－），血、尿、腹水淀粉酶均正常。肝功：TB44.0μmol/L，DB32.5μmol/L，其余项目正常。血沉62mm/h。腹水常规：黄、混浊、李凡他阳性，细胞总数520×10⁶/L，WBC 170×10⁶/L，单核50%，多核50%。腹水病理：见少量淋巴细胞，未找到肿瘤细胞。CA_{125} 193.5u/ml。胸片：心肺未见异常，B超：腹腔积液，胆囊壁增厚，毛糙，胃镜：慢性胃窦炎。妇科B超：盆腔大量积液，左附件区混合包块。诊断考虑（1）卵巢肿瘤（2）结核性腹膜炎待排。转入妇科手术探查。术中见：右卵巢约1.5cm×1cm×1.5cm，左输卵管伞端封闭，壶腹部增粗约2cm，与左卵巢粘连成一约4cm×4cm×3cm大小包块附着于盆侧壁，常规全子宫双附件切除。因术中发现腹膜增厚绿染，肠曲表面绿染，腹水金黄色混浊，不能用卵巢肿瘤解释。遂进一步探查腹腔。探查发现，肝膈面光滑，胃、十二指肠无异常，肠系膜有散在的结节状沙粒，胆囊与周围组织粘连，分离胆囊周围粘连，发现胆囊上有一约1cm×1cm大小的破孔，遂行胆囊切除，肝下腹腔放置引流。术后剖视标本：子宫内膜光滑，左侧附件包块有明显的结节状沙粒。胆囊内未见结石、胆囊可见一约1cm²大小破孔。病检报告：（1）慢性胆囊炎（2）慢性宫颈炎、老年性宫内膜炎（3）左输卵管伞端有多个小囊，囊内壁为单层柱状上皮。术后患者腹水、黄疸消退，TB及DB恢复正常。出院诊断：胆囊结石伴穿孔，胆汁性腹膜炎。

2 讨 论

胆汁腹膜炎常由胆囊破裂而并发，故诊断的主要依据有（1）反复发作的胆道疾病史；（2）典型的胆道疾病症状，如右上腹痛、畏寒、发热，黄疸；（3）弥漫性腹膜炎的体征；(4)胆汁样腹水，腹水中可测得胆红素。随着B型超声广泛用于临床，大多数胆囊结石可被及时诊断而得到恰当治疗。胆囊穿孔，破裂所致胆汁性腹膜炎临床上并不多见。有文献分析某院17年期间(1980-1997年)114例胆汁性腹膜炎，男、女之比为1∶2，平均年龄51.7岁。发生原因有：胆道系统疾病（其中胆囊穿孔18例，占15%）、手术后胆漏，腹部外伤探查术，当病史不典型、又无急性弥漫性腹膜炎的体征，本并发症易误诊为结核性或肿瘤性腹水。如血、尿淀粉酶增高，则易误诊为胰源性腹水。亦有误诊为胃、十二指肠穿孔及急性阑尾炎穿孔的报道。本例误诊为左侧卵巢肿瘤的原因有以下几点：(1)亚急性起病，病程2月余，较长；(2)无急性胆囊炎的典型病史、无急性弥漫性腹膜炎的症状和体征；(3)B超发现左卵巢包块及CA_{125}升高，将医师的注意力集中到左卵巢病变，忽视了轻度巩膜黄染、血清总胆红素和直接胆红素的轻度升高及黄色腹水，以致未测腹水中胆红素。本例诊治的经验教训：老年患者因反应迟钝，胆囊破裂等急腹症的症状、体征可不典型、容易出现并发症，诊断时宜对临床第一手资料进行详细分析。其次，对于亚急性起病，原因不明的腹水应谨慎除外因胆囊破裂而并发的胆汁性腹膜炎。

作者介绍：张 霞（1962- ），女，主治医师，主要研究方向：消化内科疾病。