DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.01.031

参考文献

[1] 魏 泓. 医学实验动物学[M]. 成都:四川科学技术出版社, 1998. 52—55.
[2] 张德富. 实验动物遗传监测进展[J]. 实验动物和动物实验, 1993, 5(2): 25—30.
[3] 陈永久, 张亚平. 随机扩增多态DNA影响因素的研究[J]. 动物学研究, 1997, 18(2): 221—227.
[4] 张春铃, 陈元霖, 桂慕燕, 等. 蓖麻蛋DNA导入家蚕引起遗传变异的研究[J]. 遗传, 1998, 20(3): 1—4.
[5] 王 文, 兰 宏, 宿 兵, 等. 云南4个少数民族的随机扩增多态DNA分析[J]. 科学通报, 1994, 39(2): 1900—1903.
[6] 刘恩歧, 张 薇, 徐仓宝, 等. RAPD技术在实验动物学研究中的应用[J]. 实验动物科学与管理, 1997, 14(4): 57—60.
[7] 薛国雄, 刘 棘, 刘 洁. 三江水系草鱼种群RAPD分析[J]. 中国水产科学, 1998, 5(1): 1—5.
[8] Chalmers K J, Waugh R. Detection of genetic variation between and within population of gliricidia sepium and G, maculata, using RAPD Markers[J]. Heredity, 1996, 69(3): 465—472.
[9] Welsh J, Petersen C, Mcclelland M. Polymorphisms generated by arbitrarily primed PCR in the mouse: application to strain identification and genetic mapping[J]. Nucleic Acids Res, 1991, 19(2): 303—306.
[10] 张文艳, 龚春梅, 魏云林, 等. 一种新的近交系实验动物遗传监测方法及小鼠性别相关RAPD标记的发现[J]. 实验生物学报, 1996, 29(4): 59—69.

(编辑 王 红)

经验与短篇

文章编号: 1000-5404(2000)01-0074-01

高血压脑出血血肿扩大的临床观察与文献复习

Clinical observation and literature review of hemotomas expanding in hypertensive cerebral hemorrhage

邵淑琴, 张 帆, 陈康宁, 史树贵 (第三军医大学附属西南医院神经内科, 重庆 400038)

高血压性脑出血, 血肿进行性增大是病情恶化的主要原因, 常预后不良。我科近两年内收治该类病人15例, 进行临床分析并结合文献复习探讨发病规律与预后。

1 资料与方法

1.1 临床资料

高血压性脑出血(HICH)血肿扩大15例, 男13例, 女2例。年龄53~64岁, 平均58.4岁。

1.2 临床特点

起病急, 于病后2~43 h入院。活动时起病11例, 起病时头痛12例, 恶心呕吐8例, 其中呕吐咖啡样液体2例。既往均有高血压病史, 病程15~35年不等, 都未行正规治疗, 多间断服用罗布麻与复方降压片; 有高血压家族史5例, 糖尿病史4例, 高脂血症6例, 中风家族史4例, 饮酒7例(每天平均饮酒150 g左右, 达15~30年)。入院时体征: 意识清楚4例, 嗜睡7例, 浅昏迷3例, 中度昏迷1例。血压22~33/14~17 kPa, 左侧瘫7例, 右侧瘫8例, 脑膜刺激征11例。辅助检查: 白细胞(10.0~31.4)$\times 10^9$/L、中性0.87~0.98有9例。室性心动过缓伴心肌缺血7例, 左前分支传导阻滞4例, 左室扩大伴劳损6例。胸片一侧肺部炎性病变5例。肾功能异常4例(尿素氮10.37~55.12 mmol/L, 肌酐204.42~1 121.40 μmol/L)。肝酶谱升高3例, 碱性磷酸酶、谷氨酰转肽酶、谷草转氨酶、谷丙转氨酶均呈轻到中度升高, 血糖8.9~15.7 mmol/L。头颅CT于入院后2~45 h内检查, 平均17.8 h。出血量15~48 ml, 平均27 ml。基底节血肿13例, 丘脑2例。第2次复查头颅CT距第1次检查6~120 h, 出血量明显增加52~80 ml, 平均67 ml。病情恶化的变化: 意识障碍加深, 血压持续性升高, 生命征不稳, 1例出现明显的精神症状, 表现躁动不安, 1例肝酶谱持续性升高。

1.3 治疗与预后

进行脱水、抗感染、维持电解质平衡等治疗。病情好转4例, 平均住院日34 d, 恶化自动出院2例。死亡9例, 平均住院日7 d。

2 讨论

2.1 自发性脑出血血肿扩大标准

血肿体积增大超过首次CT血肿体积的50%以上, 或2次

(下转84页)

作者简介: 邵淑琴(1941.6), 女, 辽宁省绥中市人, 主任医师, 教授, 主要从事缺血性脑血管病方面的研究, 发表论文30余篇。电话: (023) 68754391
收稿日期: 1998-12-14; 修回日期: 1999-09-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

out tissue trauma produces immunosuppression and enhances susceptibility to sepsis[J]. Arch Surg, 1987, 122(1):62—69.
[3] 陈永硕. 现代实用免疫细胞化学技术[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997. 98—101.
[4] Ayala A, Perrin M M, Chaudry I H. Defective macrophage antigen presentation following hemorrhage is associated with the loss of MHC class Ⅱ(Ia) antigens[J]. Immunology, 1990, 70(1): 33—38.
[5] 巴德年. 当代免疫学技术与应用. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1998. 152—154.
[6] Ayala A, Perrin M M, Wagner M A, *et al*. Enhanced susceptibility to sepsis following simple hemorrhage depression of Fc and C3b receptor-mediated phagocytosis[J]. Arch Surg, 1990, 125(1):70—75.
[7] Xu Y X, Ayala A, Chaudry I H. Prolonged immunodepression after trauma and hemorrhagic shock[J]. J Trauma, 1998, 44(2): 335—341.
[8] Abaham E, Chang Y H. Hemorrhage-induced alterations in function and cytokine production of T cells and T cell subpopulations[J]. Clin Exp Immunol, 1992, 90(5):497—502.
[9] KondoS, Wang D, Mayumi T, *et al*. Effects of hemorrhagic shock and resuscitation upon hepatic phagocytic clearance and killing of circulating macroorganisms[J]. Shock, 1996, 5(2): 106—111.
[10] Stephan D S, Ayala A, Harkema J M, *et al*. Mechanism of immunosuppression following hemorrhage: defective antigen presentation by macrophages[J]. J Surg Res, 1989, 46(6): 553—556.

(编辑 王 红)

(上接 74 页)

血肿体积相差 20 ml 以上者为血肿扩大[1]。我们采用的血肿测量方法[2]: A×B×C/2。A: 出血范围的最大直径(cm), B: 垂直于 A 的最大直径, C: 血肿的张数乘片的厚度。本组 15 例均符合上述血肿扩大标准, 其中 1 例从 15 ml 增加到 80 ml(6 h), 还有 1 例从 30 ml 增加到 80 ml(96 h)。

2.2 持续性出血致血肿扩大的临床表现

2.2.1 意识障碍进行性加重意识障碍往往反映脑出血量的多少, 并能直接表现脑损害的程度, 被认为是判断预后的关键或首要因素。一般认为发病后意识障碍程度越重, 预后越差。有报道病后即意识障碍、缓慢出现意识障碍、始终意识清楚其死亡率分别为 88%、69%、15%[3]。当脑出血病人突然或逐渐意识障碍加深, 要考虑血肿是否增大。

2.2.2 血压持续性明显升高 发病时血压明显升高者预后差, Fujii[4] 报道病后血肿扩大随收缩压升高而增加。本组 1 例病人血压升高达 40/20 kPa, 多种脱水降压药无效。以上两种情况出现应及时复查头颅 CT, 以便明确血肿的大小。

2.3 血肿扩大的发生率、好发年龄与饮酒的关系及头颅 CT 特点

血肿扩大发生率各家报道不一, Fujii[1] 报道为 14.3% (60/419); Bal[5] 报道为 3% (10/320), 本组同期收治高血压性脑出血 173 例, 复查头颅 CT 血肿扩大 15 例, 发生率为 8.7%。国外报道血肿扩大的好发年龄 (59.3±11.9) 岁。本组平均年龄 58.4 岁, 与国外报道相似。血肿扩大时间于卒中后 5.5~109 h, 平均 40 h。Kazui[2] 报道血肿扩大于 6 h 内占 83%, 24~48 h 可能性很小。本组血肿扩大的时间为卒中后 6~120 h, 平均 87 h。本组还观察到饮酒者血肿易扩大, 本组饮酒 7 例, 与饮酒引起血压升高及肝功能、止血功能障碍有关[6]。从头颅 CT 的表现, 血肿扩大易发生在基底节和丘脑出血的病人。本组基底节出血 13 例, 占 86.7%。国外报道血肿的形态中以不规则形发生率高占 23.8%, 圆形占 10.6%。本组血肿不规则形 8 例, 圆形 7 例。

2.4 预后与防治

Bal 等[5] 报道高血压性脑出血时血肿急速扩大预后极差, 死亡率为 25%~100%。Fujii[1] 报道有无血肿扩大的死亡率分别为 38.1%、15.0%。本组死亡率 60%。血肿急速扩大, 致颅内压升高, 脑疝形成是死亡的主要原因。急诊手术治疗是预防血肿扩大的重要措施, 当首次 CT 扫描发现血肿形成不规则或体积较大者, 病情进行性加重伴肝功能障碍且长期饮酒 者应考虑尽早手术。国外文献报道手术最好在出血后 7 h 内进行, 因为出血后 7~8 h 可产生继发性脑水肿, 并提出显微下开颅手术, 直视下行电凝止血以不损伤血管干[5]。

总之, 通过临床观察总结出血肿扩大的特点与规律, 及时手术治疗, 可控制血肿的扩大, 减少并发症和降低死亡率。本组病例较少, 尚需进一步观察和总结。

关键词 高血压; 脑出血; 血肿扩大
中图法分类号 R544.106 文献标识码 B

参考文献

[1] Fujii Y, Tanaka R, Takeuchi S, *et al*. Hemotoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage[J]. J Neurosurg, 1994, 80(1) 51—57.
[2] Kazui S, Naritomi H, Yamamoto H, *et al*. Enlargement of spontaneous intracerebral hemorrhage incidence and time course [J]. Stroke, 1996, 27(10):1783—1787.
[3] 赵忠新. 自发性脑出血急性期生命预后和影响因素[J]. 国外医学: 脑血管病学分册, 1996, 4(4): 227—229.
[4] Fujii Y. Hematoma enlargement in intracerebral hemorrhage[J]. J Neurosurg, 1994, 81(3):333—334.
[5] Bal H G, Seok K, Gyuyan I, *et al*. Rapid expansion of hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. Neurosurgery, 1992, 31(1): 35—40.
[6] Juvela S, Hillbon M, Palomoka H, *et al*. Risk factors for spontaneous intracerebral hemorrhage[J]. Stroke, 1995, 26(9): 1558—1564.

(编辑 张大春)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net