

小脑出血 102 例治疗体会

董利

[摘要]目的:探讨小脑出血合理治疗方法。方法:对 102 例小脑出血患者进行回顾性总结,内科治疗 96 例,手术治疗 6 例。结果:102 例中存活 91 例,病死 11 例。结论:对于未出现昏迷而症状较轻的小脑出血患者,保守治疗是一种安全措施,对于病情恶化且出现意识障碍者则应紧急手术。

[关键词] 脑出血;小脑;体层摄影术,X 线计算机

[中国图书资料分类法分类号] R 743.34;R 322.81 **[文献标识码]** A

Experience of treatment for 102 patients with cerebellar hemorrhage

DONG Li

(Department of Neurology, Bengbu Third People's Hospital, Bengbu Anhui 233000, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the effective treatment program for cerebellar hemorrhage. **Methods:** One hundred and sixty-two cases of cerebellar hemorrhage were studied retrospectively, of whom 96 cases were treated by medicine and the other six were received surgical operation. **Results:** Of the 102 cases, 91 were survived and the other 11 patients were died. **Conclusions:** For the patients of cerebellar hemorrhage with a mild symptom who are not in a coma, conservative treatment with medicine is safe, whereas for those patients whose conditions deteriorate and whose consciousness becomes blurred, the emergency operation must be taken.

[Key words] cerebral hemorrhage; cerebellum; tomography, X-ray computerized

小脑出血的临床表现复杂,随着 CT、MRI 广泛应用于临床,小脑出血患者得以及时诊断和治疗。本文收集了 1994 年 8 月至 2008 年 7 月在我科住院经 CT 证实的小脑出血 102 例,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 57 例,女 45 例;年龄 13 ~ 78 岁。其中,10 ~ 岁 7 例,40 ~ 岁 20 例,50 ~ 岁 20 例,60 ~ 岁 36 例,70 ~ 岁 19 例。有高血压史 70 例(有 10 年以上高血压史 56 例),其中 13 例过去有“脑出血”史;8 例有“脑血栓”史;冠心病史 9 例;高脂血症 16 例;糖尿病 15 例;无明显疾病 26 例。从事一般劳动 51 例,重体力劳动 9 例,脑力劳动 22 例,平时主要休息 20 例。全部患者发病 1 小时至 10 天内就诊。

1.2 临床表现 急性(3 天内)起病 50 例,亚急性

(3 ~ 7 天)起病 35 例,慢性(超过 7 天)起病 17 例。血压高于正常 70 例,最高 240/130 mmHg。常见症状和体征依次为恶心、呕吐、共济失调、眩晕、头痛、眼球震颤等。首发症状:恶心、呕吐 79 例;共济失调 67 例;眩晕 60 例;头痛 44 例;眼球震颤 43 例;肢体轻瘫和(或) Babinski 征(+) 44 例;颈项强直 46 例;第 V ~ X 对颅神经损害 6 例;昏迷 9 例。病程中出现意识障碍嗜睡 19 例,昏睡 7 例,昏迷 16 例。尿素氮升高 22 例(16 ~ 26 mmol/L),高血糖 22 例(8 ~ 19 mmol/L)。心电图异常 48 例;其中缺血性改变 29 例,窦性心动过缓和室性期前收缩各 7 例,房性期前收缩 5 例。并发肺部感染 20 例,泌尿系感染 7 例。

1.3 CT 检查 102 例均作了头颅 CT 扫描。病灶位于小脑蚓部 18 例,破入脑室 10 例;左侧小脑半球 45 例,破入脑室 10 例;右侧小脑半球 39 例,破入脑室 12 例。7 例合并少量脑干出血。出血量按多田公式^[1]计算 0.8 ~ 14 ml。84 例小脑半球出血量 0.8 ~ 14 ml,其中 52 例出血量 < 5 ml;小脑蚓部出血

[收稿日期] 2008-12-06

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 神经内科,233000

[作者简介] 董利(1970-),男,主治医师。

向减压作用,并有效地减少减压窗脑组织的嵌顿和膨出。对有严重颅内压增高,已形成脑疝或有形成脑疝趋势者,应争取标准外伤大骨瓣减压术治疗,从而提高救治成功率,降低病死率和致残率。

[参考文献]

[1] 沈良军,江基尧.标准外伤大骨瓣开颅术治疗额颞顶广泛对冲伤疗效分析[J].中国临床神经外科杂志,2003,8(5):384 -

385.

- [2] 关永春,赵宝钢.大骨瓣开颅术与常规骨瓣开颅治疗重型颅脑损伤的比较[J].中华神经外科杂志,2006,22(9):530 - 531.
- [3] 蔡宏新,王军,李先军,等.特重型颅脑损伤早期救治体会[J].中国临床神经外科杂志,2007,12(12):757 - 758.
- [4] 闫仁福,周跃,徐荪荪,等.机械通气对重型颅脑损伤预后的影响[J].中国临床神经外科杂志,2003,8(1):13 - 15.

量 1.2 ~ 8 ml, 其中 13 例 < 5 ml。

1.4 治疗 首先保持患者安静, 避免不必要的搬运。保持呼吸道通畅。严密观察意识、瞳孔、血压、心律及血氧饱和度等生命体征。保持血压稳定和心功能正常。重视基础护理, 防治呼吸道、泌尿道感染及压疮等并发症。保持电解质平衡, 维持营养及适量的入水量。控制颅内压: 应用 20% 甘露醇, 每 4 ~ 6 h 静脉滴注 125 ~ 250 ml (或 0.25 ~ 0.5 g/kg); 呋塞米 20 ~ 40 mg 静脉推注, 每天 2 ~ 4 次; 甘油果糖 500 ml 静脉滴注, 每天 1 次。保护脑细胞。6 例行血肿清除术, 采用枕下开颅直接手术清除血肿方法, 合并有出血破入第四脑室、中脑导水管、第三脑室及侧脑室和梗阻性脑积水, 同时做侧脑室引流术。康复期行语言训练、被动及主动肢体活动, 针灸、理疗等。

2 结果

本组 9 例, 起病急骤, 发病 6 h 内出现昏迷; 其中小脑蚓部出血 5 例 (出血量 > 5 ml), 小脑半球出血 4 例 (出血量 8 ~ 14 ml), 且破入第四脑室、中脑导水管、三脑室及侧脑室。外科手术 6 例, 其中小脑蚓部出血 4 例 (存活 2 例), 小脑半球出血 2 例 (存活 1 例)。另 3 例未行手术均死于脑疝。93 例内科保守治疗, 治疗过程中 33 例出现意识障碍, 其中 7 例昏迷, 5 例死于脑疝。本组 5 ~ 11 天神志转清, 住院 1 ~ 40 天。临床痊愈 32 例, 好转 7 例, 45 例遗留症状轻微, 7 例有肢体运动受限, 病死 11 例, 病死率 10.78%。

3 讨论

3.1 降颅压措施 对于脑水肿颅内压高者积极降颅压治疗, 但甘露醇有加重心脏负荷及肾损害副作用, 故对心肾功能不全及高龄者用量减少或加用呋塞米静脉注射, 并经常复查肾功能, 严密监测心功能改变, 本组有 9 例冠心病, 22 例尿素氮升高, 为防止增加心脏负担及肾脏损害均用甘油果糖 500 ml 静脉滴注, 每天 1 次, 加用呋塞米 20 ~ 40 mg 静脉推注, 每天 2 ~ 4 次, 同样取得降颅压效果。待脑水肿及颅内压力控制后, 脱水治疗方可逐渐停用。

3.2 并发症防治 小脑出血患者应强调绝对卧床休息 2 ~ 4 周, 并根据头颅 CT 复查决定。对精神紧张或烦躁者应给予镇静剂, 保持大便通畅, 以防止再出血。昏迷患者易发生感染及电解质紊乱, 如保留导尿, 很容易引起逆行性尿路感染, 故入院后即加强预防感染治疗, 监测电解质变化, 并及时调整。

3.3 血压调节 各家意见不一, 持续性高血压应予控制, 笔者主张在保证脑灌注压前提下控制性降低血压, 可选用肌肉、静脉和(或)口服给药, 使逐渐下降至脑出血前原有水平或收缩压保持在 150 ~ 160 mmHg, 舒张压在 90 ~ 100 mmHg。血压轻度增高是机体要维持正常的脑灌注压, 对颅内压增高的一种代偿机制, 否则易加重脑水肿^[2]。

3.4 降温措施 有意识障碍者均给予头置冰帽, 局部物理降温, 使脑代谢率降低, 耗氧量减少, 有利于脑细胞恢复和减轻脑水肿。

3.5 治疗探索 既往多主张小脑出血一旦确诊, 应立即给予手术治疗。由于 CT 检查使一些轻型的小脑出血早期得到确诊, 故多数患者可采取保守治疗。对于未出现昏迷而症状较轻的小脑出血患者, 采取保守治疗, 指征为: (1) 意识状态稳定, 无临床恶化或突然加重; (2) 临床和 CT 扫描无脑干受压、脑积水或脑室内出血征象; (3) 血肿直径 < 3 cm 且主要位于小脑半球外侧者。如果病情恶化应立即进行紧急手术, 可能获得转危为安的效果, 其指征为: (1) 血肿半径 ≥ 3 cm, 或小脑半球血肿量 ≥ 10 ml; (2) 血肿位于蚓部或混合型, 或蚓部 > 6 ml; (3) 四脑室明显受压或侧脑室扩大; (4) 血肿破入第四脑室或脑池受压消失, 出现脑干受压症状或急性阻塞性脑积水征象者^[3]; (5) 病情进展急骤, 意识障碍逐渐加重皆宜手术。对已发生脑疝的患者也不要轻易放弃手术机会, 可先行脑室外引流, 解除脑疝, 再行手术清除血肿^[4,5]。宋广林等^[6]报道有 25 例在上述情况下经手术治疗存活。本组内科治疗 96 例, 存活 88 例, 病死 8 例。表明对于未出现昏迷而症状较轻的小脑出血患者, 保守治疗是一种安全措施; 对于病情恶化且出现意识障碍者则应紧急手术。

[参 考 文 献]

- [1] 多田. CTにさる脳内血腫量の測定[J]. 脳神経外科, 1981, 9(5): 251.
- [2] 陈灏珠主编. 实用内科学[M]. 第 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2679.
- [3] 王维治主编. 神经病学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 150.
- [4] Bhattathiri PS, Gregson B, Prasad KS, et al. Intraventricular hemorrhage and hydrocephalus after spontaneous intracerebral hemorrhage: results from the STICH trial [J]. Acta Neurochir Suppl, 2006, 96: 65 - 68.
- [5] Longatti PL, Martinuzzi A, Fiorindi A, et al. Neuroendoscopic management of intraventricular hemorrhage [J]. Stroke, 2004, 35(2): e35 - e38.
- [6] 宋广林, 邱兆友, 刘京平, 等. 手术治疗高血压小脑出血 28 例分析[J]. 中国民康医学, 2008, 20(4): 268.