

## 脑出血的外科治疗(附5例报告)

山东省立医院外科 王学庆

脑出血是高血压或脑动脉粥样硬化的常见并发症之一。其发病率占内科总住院人数的1.72—3.4%；占神经科住院人数的10.5—11.8%，死亡率在56—77.1%。可见本病的发病率和死亡率均高，因此除积极预防本病的发生外，还应在加强内科治疗的基础上寻找提高治愈率的方法。脑出血的外科治疗是近年来医学的进步之一，对控制再出血和治疗由于出血造成的脑内血肿压迫，有一定的疗效，国内赵氏于1958年报告7例，手术时间在病后1—42日，仅1例死亡；浦氏于1958年报告3例（其中1例在赵氏中报告过）经穿刺治疗，1例死亡；吉林医大<sup>(2)</sup>于1961年3月报告6例，仅2例死亡；我院外科于1961年12月—62年3月为5例脑出血病人进行开颅手术治疗，初步认为在适当的病例可行手术治疗，在垂危之下，挽救生命有一定的效果。

### 病例报告

例1：王某男、47岁，住院号(97526)于1961年12月24日急诊入院。在入院前1小时走路中突然不能讲话，右侧偏瘫、昏迷。检查：昏迷、血压210/120毫米汞柱，脉搏96次/分，呼吸每分钟24次，右膝腱反射亢进，腰穿压力很高（测压管无法测量），脑脊液无色、清，红细胞634个，潘氏阳性，诊断：高血压性脑出血左侧内囊区，入院后经内科保守治疗，昏迷逐渐加深，第二天出现左侧瞳孔扩大光反应迟钝，陈施氏呼吸，血压240/160毫米汞柱，脉搏每分钟60次，左瞳孔散大光反应消失，右侧偏瘫及中枢性面瘫，巴彬斯基阳性，两肺有湿性罗音，症状逐渐加重，于入院后第4天行左颞部开颅穿刺在5公分深处，有陈旧小血块及血液，即沿穿刺处切开皮层直达出血腔，取出血块后脑压减低；术后第一天左侧扩大的瞳孔即有光反应，神志清楚，仍有运动性失语。右偏瘫，血压在150—170/80—100毫米汞柱之间，脉搏在80—112次/分，呼吸每分钟在32—44次，出院时能讲简单的字句，偏瘫略有恢复。

例2：閻×恩、男、69岁，住院号79013，于1961年12月30日急诊入院，入院前10小时在睡眠中被别人发现昏迷，小便失禁，左侧偏瘫。检查：神志不清。呻吟述头痛，两眼闭合，瞳孔等大，左偏瘫，巴彬斯基阳性，血压180/110毫米汞柱，脉搏每分钟80次，呼吸每分钟20次，腰穿压力很高，脑脊液均匀血性，经内科保守治疗后症状加重，呼吸不规则，时有暂停

需行人工呼吸，对侧亦出现巴彬斯基阳性，伴高烧，诊断右侧内囊附近脑出血破入脑室，在发病后7天行手术治疗，术后血压降低到正常范围，神志有些恢复，自己能咳嗽故未行气管切开，体温亦降至正常，于术后7天突然出现呼吸困难，痰多不易咳出，行气管切开后仍未好转，血压降至70/40毫米汞柱，于术后15天因慢性衰竭休克死亡。

例3：李某，男65岁，住院号98786，于1962年2月27日因突然昏迷3小时而急诊入院，患者为炊事员在洗碗时突然昏倒，小便失禁，失语，右偏瘫，检查：昏迷，血压250/200毫米汞柱，左侧瞳孔散大光反应消失。右偏瘫，巴彬斯基阳性，心律绝对不正，高烧39°C以上，并给毛地黄治疗，腰穿压力265毫米水柱，脑脊液无色，潘氏阳性，细胞86个；诊断左侧内囊附近出血准备手术，家属在第二天才同意，术中发观脑压很高。穿刺达5公分处，仅有糜烂的脑组织及少量血块，切开皮层予以吸除后行减压术，病理切片证实为脑组织出血及脑软化，术后行气管切开，血压在140—150/100—110毫米汞柱之间，出现咳嗽反射，术后第4天血压降至100—145/60—90毫米汞柱，第5天昏迷渐浅，能听从指挥，心律不正而快，有明显脱脉，心电图有心房纤维性颤动及可疑心肌病变，摄片右下肺炎血中白细胞在20800—38100之间，中性74—91%，尿阴性，非蛋白氮34.5毫克%，术后23天神志完全清醒，自己能拿饼干吃，于术后第24天夜间突然心跳呼吸同时停止死亡。

例4：曲某女性，49岁，住院号12798，因发现昏迷3小时于1962年3月20日下午8时急诊入院，在当日下午3时30分与人吵架后，买东西回来约在下午5时，发现患者昏迷，小便失禁；在9年前因子宫肌瘤住院手术时血压为140/100毫米汞柱，出院后参加家务劳动无症状。检查昏迷，血压230/130毫米汞柱，右侧偏瘫，巴彬斯基阳性，左瞳孔散大光反应近消失，呼吸不规则，脉搏每分钟62次，腰穿压力很高，脑脊液均匀血性，诊断左内囊附近出血已破入脑室，于当日下午会诊后决定手术，在第二天上午2时30分家属才同意手术时，两侧瞳孔已完全散大眼球固定光反应消失，出现去大脑强直，两侧巴彬斯基阳性，脉搏每分钟达104次，血压230/134毫米汞柱；接病人时呼吸停止，紧急行开颅穿刺约2—3公分处即有陈旧性出血，压力很高，切开皮层后有大量血块涌出，脑压明显减低，呼吸恢复，血压由240/140毫米汞柱降至120/80毫米汞柱，继续出血最后血压测不到，呼吸

又不規則，立即搶救休克未成功，于当日上午4时回病房后，8时30分死亡，局部尸解見无再出血，有明显脑干移位及枕大孔疝（照片略）在內頸动脉虹吸部有明显的动脉粥样硬化。（病理切片証实）。

例5：閻××男38岁住院号98284，因癲癇发作于1962年2月10日再次入院，发作时左面及左側肢体抽搐，經常头痛；左輕癱巴彬斯基阳性脑压不高，眼底視乳头无水肿，疑为右大脑半球血管性病變而入院检查，于3月15日上午4时大便时突然头痛、头晕、呕吐、隨即昏迷，检查：昏迷、两瞳已行藥物散瞳，角膜及睫毛反射消失，两上肢屈肌张力和下肢伸肌张力均高，兩側巴彬斯基阳性，腰穿压力在300毫米水柱以上，脑脊液均匀血性，未查見瘤細胞，在出血后15小时因诊断血管病破裂有脑疝形成，即行右側額頂顳叶皮瓣瓣开顳手术，在額顳处穿刺深約5—6公分，有陈旧出血，脑压高切开皮层未見明显血管病，仅有血块經吸除后行右顳下减压，术后第1天叫其能应声，兩側明显肺炎，因昏迷不深能咳嗽未行气管切开，术后第2天神志清醒，以后左側感覺恢复，运动未全恢复出院休养。

## 討 論

一、病因：脑出血系指脑实质內出血而言，其原因很多，較常見的为高血压和脑动脉硬化化的并发症，赵氏<sup>(1)</sup>認為仅占1/3。由于病例不多尚无确切統計数字，据苏联大多数学者意見：出血性率中是脑血管已有改变，以及生化与內分泌系統变化的基础上，加上由于精神紧张或体力过劳，特别是引起血压升高的不良情緒作用下而产生的。脑出血的产生可能由于已有形态学改变的血管破裂所引起的，但常見的出血还是由于血管痙攣及以后发生的血管麻痹，所产生的組織缺血和缺氧，血管壁的渗透性增高，以及血管周围出血。血管壁的坏死更可使大量血液通过这个部位溢出。由于淤血缺氧以及动靜脉間的压力增高，在靜脉系統內也可发生血管壁渗透度的破坏。出血是一种超強刺激不仅可以引起病灶周围和脑血管系統一系列的反射性改变，在中枢神經系統产生保护性抑制而表现出昏迷，同时也可反射性的引起一系列的內脏器官改变。由于出血产生的脑膜脑水肿，顳內压增高，后者又严重地威胁着病人的生命，这一恶性循环必須打破，所以早期手术清除血块可以解除压迫，減低顳內压，就有可能挽救生命。

### 二、治疗：

以往脑出血的治疗主要是內科保疗法，缺乏积极有效的措施，近年来虽有进步，如人工冬眠疗法的应用和很好的护理，但死亡率仍高。脑出血的外科治疗在国外开展的时间不长，虽远在1903年Cushing氏开始注意到中风病變是周围水肿所产生的压迫。Lewandowsky和Stadelmann氏在1908年曾討論过外科治疗的指征和手术時間的选择問題。Bagley氏在1932年才开始作这一手术，認為外科治疗是有帮助的，并詳細描敘了解剖和临床的特征，顳內压增高征，顳枕叶

的定位，并提出在发病后第2周內手术治疗，在那时偶而有成功的报告。大約在1945年才开始有大量的脑出血外科治疗的报告。Lhermitte氏（1941）Guillaume氏（1945，1957）和David（1941）氏都在法国有过报告，Hamby氏1945年在美国也有过报告，同时都肯定了脑出血外科治疗的价值，由于脑电图和脑血管造影技术的进步，对病因和局部定位有很大的贡献，脑出血在現代被認為是神經外科很重要的业务之一。在1956和1957年的国际神經外科代表会上都作專門的討論。在国内由于神經外科发展較晚，1958年有赵氏<sup>(1)</sup>大脑卒中的外科治疗报告，共7例年龄在24—50岁之間，除1例女性30岁在发病24小时內手术，术后2小时死亡外，其余6例生存者均在发病后14—42日手术。浦氏在1958年报告3例（其中1例为赵氏报告过）年龄为41和50岁，在发病后13—36日行鑽顳穿刺术；結果1例死亡。吉林医科大学<sup>(2)</sup>在1961年报告6例急性脑出血的外科治疗，仅2例死亡。本院于1961年12月—62年3月中經外科手术治疗5例脑出血病人結果2例生存，3例死亡（其中2例分别在术后15和24天死于严重并发症）。

（1）术前定位：脑出血病人多系急症入院，病情发展很快，一般不容許作特殊造影检查，因此必須依靠临床定位，根据病史，发病的开始症状以及細致的神經系統检查可以得到比較准确的诊断。大約有75%的病人发生基底节和內囊附近；Lazorthes氏認為以頂枕叶靠近脑室附近的血肿为最多見。据吉林医大16例的脑出血尸解观察以顳叶为中心的有15例，其中顳頂叶有11例。本院4例为顳頂叶1例为顳額叶（例5）。必須強調定位诊断在发病早期才有意义，由于病程进展較快，晚期出現脑疝症状甚至繼发性脑干损伤的症状出現时則不易确切的定位，特别是后者更不宜手术治疗如例4，故必須爭取時間对保守不易治愈者及早手术。

（2）手术時間的选择：Lazorthes氏認為应在出血后經過1—2天的內科保守治疗后再行手术。赵氏<sup>(1)</sup>認為脑干或脑室出血几乎无例外地迅速致命，大脑半球內的出血在发病后3周內死亡者占大多数（75—85%）。据吉林医大95例脑出血的統計中有55例死亡病例其中在24小时內死亡者26例占47.2%。我們同意早期手术的意見，当然死亡与出血部位、多少，身体一般情况，并发症的产生和就診的早晚有关，如在发病2天后再次行手术則其中有将近一半的病人在未行手术前已經死亡，故爭取早期手术对挽救垂危病人的生命有重大意义，晚期手术仅对血肿压迫及后遺症的恢复有一定的帮助，因在这一部分病人中如不手术亦可能生存，多半表現有似脑痛的症状，本院5例中的手术時間是在9 $\frac{1}{2}$ 小时—7天之內。

（3）手术方法：分单纯顳骨鑽孔穿刺吸引和开顳皮层切开直达出血腔清除血块的方法。Lazorthes氏<sup>(3)</sup>認為单纯鑽顳是不适当的，可以造成再出血的危險也不能发现異常的情况或肿瘤引起的出血等。我們認為前者比較直接、彻底，后者仅能吸出液体血液对較大的血块不能清除，故不能达到充分的解除压迫減压

的目的,往往需要再次手术或反翻穿刺吸血,在一般情况很弱者可以应用。我院5例均行开颅皮层切开血块清除术。在患侧颞部行纵形切口,咬除颞骨颞部后均有明显的脑压增高,垂直刺入在2—6厘米处即有陈旧性血液及小血块,经证实后即行皮层切开直达出血腔,应避免刺入脑室内,当时病人昏迷程度即有好转,有的出现咳嗽反射,血块随咳嗽所致的脑压增高而自行溢出,较大的血块可以取出,发现再度出血时可行电灼或银夹止血,最后用生理盐水冲洗把所剩之小血块亦可冲出,然后将硬膜呈放射状切开作颞下减压,除例4在术后4小时死亡脑疝未恢复外,其余4例在术后均恢复。

(4)死亡原因:本院所选择病例均经内科保守治疗后症状加重昏迷变深有脑疝症状,过去认为无法挽救者才行手术。在3例死亡中:例4是由于出现继发性脑干损伤呼吸停止后再行手术,术后仅延长了4小时生命,实为病例选择不当。例2入院前两月即有水肿病,曾住院治疗未痊愈,脑出血后又并发两侧严重肺炎,血中白细胞在14400—39800,中性在90—91%,有中毒性颗粒于死前2天血压在70—105/40—60毫米汞柱之间,经过输血后曾一度好转,于术后15天死于并发症。例3有心脏病变,入院后即有心律不

正,脱脉,心率172次/分,脉率60次/分,心电图有心房纤维性颤动及可疑心肌病变,经过毛地黄治疗亦未改善,于死亡前神志清楚自己能拿饼干吃,在术后24天夜间突然心跳及呼吸同时停止死亡。该2例均系严重的并发症死亡,手术仅能延长了15和24天的生命。在高血压脑出血的病人多有心脏改变,据北京协和医院神经科脑血管病研究小组统计认为该病是常见的并发症,在21例经过心电图检查的脑血管病人中,仅有2例正常,我院5例中有3例作过心电图检查仅1例正常(例2)。脑出血昏迷病人多并发肺炎,本院除例4仅听诊肺部有囉音未行摄片外,其余4例均经摄片证实有明显肺炎存在,4例中有3例行气管切开,1例术后很快清醒未行切开,故在昏迷并发肺炎的病人作气管切开有一定的帮助。护理工作对并发症的预防与治疗亦很重要。

编者按:本文提出脑出血外科治疗问题,有一定价值。但通过已挽救成功的病例肯定治疗效果方面尚不够明确。且本文中死亡病例与挽救成功病例中手术时间各有早有迟,因此对如何说明手术治疗的时间对生存与死亡关系方面颇不清楚。此外本文病例较少,死亡率高,说服力不够,应继续开展此项工作,提高效率,重作分析总结。

## 颅内肿瘤 50 例分析

(摘要)

山东医学院附属医院神经科 张成 唐祖赜 何守俊

颅内肿瘤在临床上并非少见,我院神经外科组自1959年11月到1962年5月间共收入院病人300例,其中经手术治疗并经病理检查证实为颅内肿瘤者有50例,占16.7%。手术后死亡者共7例,死亡率为14%。

50例病人中计有星形细胞瘤10例,多形性胶质母细胞瘤5例,脑膜瘤4例,听神经纤维瘤4例,骨瘤4例,脉络丛乳头状瘤2例,结核瘤2例,髓母细胞瘤1例以及听咽管瘤、胆脂瘤、室管膜瘤、畸胎瘤、转移癌等共18例。

50例病人中,男性30例,女性20例,男与女之比为3:2。年龄最轻者6岁,最大者为61岁,平均年龄为31岁。发病年龄最多者为21—25岁,共有11例,一般大人肿瘤多位于天幕之上,而小孩多位于天幕下后颅凹内。

在本组病例中,病程时间最短者为1个月,共有4例系多形性胶质母细胞瘤,星形细胞瘤与转移癌等患者;病程最长者为240个月,乃垂体瘤与脑膜瘤患者。

本组50例中皆有头痛,占100%;癫痫者10例,占20%;偏瘫者6例,占12%;视力减退者34例,占68%;视神经乳头水肿者30例,占60%;视神经盘有原发或继发萎缩者11例,占22%。X线颞骨平片显示

有脑压增高者26例,占52%。

50例病人中手术前作脑压测量者共32例,其中脑压在400—500毫米水柱者最多共有8例,在700—800毫米水柱者有6例。在8例垂体瘤患者中,颞骨X线皆有蝶鞍扩大,骨质稀疏。

50例患者中作脑室造影者共22次,其中有诊断价值者21次,占95%;作脑血管造影者9次,其中有诊断价值者7次,占78%;作高血压脑造影者10次,有诊断价值者9例,占90%。我们体会脑室造影虽然显影较清晰,定位价值较高,但由于病人痛苦较大,具有一定的危险性,且在造影之后多须当即作开颅手术,因此,如果肿瘤估计位于天幕之上,病人一般情况尚好,那么可以考虑作高血压脑造影检查,因为前者较之脑室造影手术操作简便,病人痛苦危险性较少,但对于后颅凹部位之肿瘤或病人精神紧张以及年幼的病人,仍以脑室造影检查为宜。

在50例手术治疗的病人中,作肿瘤全切除者共有16例,占32%;次全切除者20例,占40%;部分切除者11例,占22%;单纯作减压者3例;作小脑延髓池与侧脑室引流者1例。手术后治愈的患者共有12例;占24%;进步者30例,占60%;恶化者2例,占4%;手术后死亡者7例,占14%。