

小量脑出血 42 例分析

李 光 发

(福建省福安市医院, 355001)

自从 CT 应用于脑部疾病的诊断以来,脑出血的定性和定位诊断水平有了显著的提高,但由于目前尚未普及,尤其是在县级及乡镇医院;即使在城市医院,也并非每一位患者都能进行该项检查。因此,对脑出血,尤其是小量不典型脑出血的临床诊断仍有它的重要性。

脑出血是临床上常见病,死亡率高;小量脑出血则不然,处理得当,存活率也高。小量脑出血即轻型脑出血,一般是指无明显颅高压,神志清醒、朦胧状态或嗜睡,临床上介于脑出血与脑梗塞之间的所谓“中间型”。

早期诊断与鉴别诊断较为困难,尤其在县级以下设备条件差的医院极易误诊为脑血栓形成,现将本院 1989~1995 年收治小量脑出血病人 42 例分析如下。

1 临床资料与讨论

1.1 一般资料

42 例中男 30 例,女 12 例,40~50 岁 5 例,占 11.9%,50~60 岁 15 例,占 35.7%,60~70 岁 14 例,占 33.3%,70 岁以上 8 例,占 19%,平均年龄 59 ± 8 岁,发病率最高年龄段在 50~69 岁,最大年龄 76 岁,最小年

龄 46 岁, 50 岁以下发病的少。

1.2 病因与诱因

42 例中患有高血压病者 40 例, 占 95.2%, 发病时均有不同程度的血压升高, 平均血压 21/11.8 kPa, 血压越高, 死亡率越高, 也反映脑动脉硬化或其他脑病越重, 及出血后应激向脑灌注压越高, 同时说明出血量大。但血压增高只是反映病情危重, 而不是直接致死原因。脑出血急性期血压升高的原因主要是颅内压升高。故处理血压应以脱水降颅压为首选, 但也不能过聚, 一般降到用药前血压的 20% 为宜。

诱因是多方面的, 其中多见于劳动后(约占 40%, 17 例), 酒后(有 11 例, 占 26%), 其他为跌倒、吵架、受惊、癫痫发作、洗澡、精神紧张、情绪激动、用力排大便等等均可作为脑出血的诱因。

1.3 临床表现与讨论

1.3.1 意识状态 意识障碍轻或神志清醒是轻型脑出血的主要特点之一。本组 32 例无意识障碍, 始终神志清醒, 占 76%, 嗜睡或朦胧者 9 例占 21%, 其中一例嗜睡, 经降颅压处理后, 第二天下午 3 点神志转为清醒。神志障碍的程度轻重与脑部的中线结构偏移程度有着密切关系, 同时由于出血量少, 速度缓慢, 逐渐造成的脑水肿带狭窄, 而病灶主要在壳核外侧皮层下、第二脑室、下丘脑、间脑和脑干等处, 对中线结构影响不大, 偏移不明显, 脑室受压不明显。本组 6 例转地区医院后做脑 CT 检查, 出血灶分别为 1.5 cm²、4.4 cm²、13.3 cm²、10 cm²、9.8 cm²、5.4 cm²、前三者中线结构居中, 后三者中线结构有轻微左移, 并出现嗜睡或朦胧状态。有人报道壳核出血 5 ml 引起中线结构移位, 而出血 30 ml 以上中线结构却无变化, 可见神志变化的程度与出血量的多少和出血速度的快慢都有关。

1.3.2 颅压正常或微高、颈部软、头痛呕吐无或轻微。本组颅压正常、颈部软各 33 例, 占 85%; 微增高及轻微颈部抵抗者有 9 例, 占 14%; 无头痛 24 例占 57%, 轻微头痛或感不适 18 例, 占 42%; 无呕吐 23 例, 占 54%, 呕吐 1~2 次者 19 例占 45%; 无大小便失禁 33 例, 占 78%, 有大小便失禁者 9 例占 21%。本病多发生于 50 岁以上老年人, 由于老年人脑血管一般均有硬化、老化或机化, 血供应差, 逐渐造成脑实质不同程度的萎缩, 功能下降, 反应迟纯, 痛阈耐受性增高, 当血肿破入脑室后颅压得于减轻, 脑室受压即不明显。而出血量少于 20 ml 则未超越颅内代偿容积(8%~10%), 故颅内压可无或轻微增高, 脑膜刺激征可无或轻微增强, 本组 42

例中 33 例颅内压无增高, 占 85%, 仅有 9 例有轻微的脑膜刺激征, 占 14%。

1.3.3 神经系统体征轻, 进展缓慢, 虽有偏瘫者 36 例, 占 85%, 但均约在病后 4 小时左右才逐渐发展到肌力“0”级。有 2 例在起病后 2 小时还能正常地走动; 有 4 例肌力始终保持正常, 占 9%。口角歪斜 22 例, 占 52%, 无歪斜者 20 例, 占 47%; 语言含糊 22 例, 占 52%, 语言正常者 20 例, 占 47%; 这说明小灶性脑出血, 虽量少, 但毕竟成为一种颅内的占位性病变, 也必然出现颅神经受损的一些体征。

1.3.4 脑脊液检查 血性脑脊液(cerebrospinal fluid, CSF)是脑出血主要证据之一, 尤其是在基层医院, 做腰穿查 CSF 是一项必要措施。本院 42 例行腰穿, 有 33 例为血性, 占 78%, 红细胞数约在(20~100)×10⁹·L⁻¹, 少者 16·L⁻¹, 多者 4 250·L⁻¹; 9 例 CSF 为(-), 6 例距起病 2~4 小时做腰穿, 一例距起病 9 天腰穿, 由于出血量少, 很快可能在 CSF 凝固, 或局限于脑实质, 或未破入脑室和蛛网膜下腔, 或脑疝阻塞通道, 或进行腰穿距起病时间过短, 一般出血 6 小时才进入脊髓蛛网膜下腔, 所以在临床约 10% 左右的 CSF 是可以阴性的。既往报道: CSF 正常在脑出血中约占 10%~15%, 随着脑 CT 的应用, 而 CSF 正常约占 23.3%~32%, 宋氏报道: CSF 中红细胞数 10/mm³ 即可考虑脑出血。

1.3.5 周围血象 周围血象中 32 例在正常范围, 占 76%; 8 例有轻度增高, 占 19%。中性白细胞 80%~90% 有 9 例, 占 21%, 均 < 12.0×10⁹·L⁻¹。白细胞增高原因可能是部分出血病人, 血液对脑组织产生无菌性的刺激, 引起无菌性的炎症反应而轻度增高。

2 体会

临床上对轻型脑出血与脑栓塞的鉴别诊断较困难, 出血量少, 脑压不高, 脑组织受压和中线结构移位不明显, 脑水肿不严重, 因而意识障碍可无或轻微, 无头痛或头痛轻微。若血肿局限脑实质, CSF 也可澄清, 所以全脑体征不典型。临床上不能单凭起病进展慢, CSF 正常而否定脑出血。凡遇起病急, 有轻中度头痛, 呕吐及大小便失禁, 轻度意识障碍, 血压中度升高, 有脑膜刺激征, CSF 中红细胞 > 10×10⁹/L 者应考虑脑出血, 同时腰穿要适时和综合分析临床资料及严密观察病情, 切勿诊为脑栓塞, 因两者治疗上有所不同, 如难于诊断可先用中性药物治疗, 并在治疗过程中加以严密的动态观察。

(本文 1995-09-02 收到)