

# 脑室外引流治疗脑室出血

## (附35例报告)

林吉惠\* 陈由芝 钟志光 谭平国 余琦

(中山医科大学孙逸仙纪念医院神经外科;广州,510120)

**提 要** 1985~1992年,作者收治脑室出血35例。单纯脑室出血6例,脑实质出血破入脑室29例。一侧或二侧脑室出血22例,二侧脑室合并三脑室或三、四脑室出血13例。出血原因:高血压25例,动静脉畸形4例,脑血管瘤1例,原因不明5例。依脑室出血范围及血肿量多少采用单侧或双侧钻孔引流。引流时间2~25d。引流量60~380ml/d。经治疗存活22例,恢复原来工作或生活自理8例,生活半自理12例,在死亡13例中,术后合并肺炎、上消化道大出血9例。临床研究结果提示,脑室引流是抢救本病有效的重要措施。

**关键词** 脑出血;脑室;引流

**中图分类号** R651.1

脑室出血是急性出血性脑血管病中较为常见的疾病,发生率占30%~38%<sup>[1,2]</sup>。本病起病急、病情重、死亡率高、后遗症多。1985年6月~1992年2月共收治各种原因引起的脑室出血35例,全部以CT检查为诊断依据,以脑室外引流治疗,收到一定效果。现对本病的临床表现、治疗方法及疗效作初步探讨。

## 1 临床资料与结果

### 1.1 临床资料

患者:男性27例,女性8例,年龄22~75岁。出血原因:高血压25例,脑动静脉畸形4例,颅内血管瘤1例,原因不明5例。发病至入院时间为9h至8d。症状:意识障碍最常见,昏迷24例,其中脑疝7例,抽搐5例,呕吐11例,小便失禁13例。体征:血压偏高25例,波动范围为20~28/14~15kPa。体温38~39℃11例,不同程度偏瘫28例,脑膜刺激征16例,锥体束征13例。入院前行腰穿5例,脑脊液压力偏高,均为血性脑脊液。诊断依据:CT是诊断本病

迅速且可靠的方法,可以确定出血的部位、范围及脑室的形态、大小。单纯脑室出血6例,脑实质出血破入脑室29例,一侧脑室血肿者3例,二个脑室以上血肿者32例,其中伴三脑室血肿者7例,伴三、四脑室血肿者6例。脑实质出血部位:脑叶血肿8例,丘脑、基底节区血肿20例,尾状核血肿1例。CT检查距离发病时间10h至8d。CT复查时间:12例在脑室外引流术后10~14d,13例在引流术后15~24d复查,发现21例脑室内及脑实质内血肿消失,4例仍有少量血肿残留。

### 1.2 治疗方法

本组病例血肿量均不超过60ml,多数为30ml左右。35例确诊后即行脑室外引流术,手术距发病时间为10h至8d。单侧引流28例,双侧引流7例。用颅骨钻钻孔引流9例,用手锥锥孔引流26例。依脑室血肿量多少选用0.25~0.5cm管径硅胶管进行引流。引流时间为2~25d,多数为7~14d。引流量每天60~380ml。

### 1.3 疗效

本组生存22例(占62.8%),死亡13例(占

\* 第一作者,55岁,男,主任医师,第五作者单位在顺德医院外科

37.1%),在生存者中,生活能自理8例(22.8%),部分自理12例(34.3%),植物性生存2例(5.7%)。在死亡病例中,合并肺炎5例,上消化道出血3例,颅内感染1例。

#### 1.4 典型病例

患者彭××,男性,32岁,突发头痛、呕吐、抽搐、昏迷13h,经CT检查确诊为左丘脑出血、多个脑室积血,总量约60ml(图1),即行双额钻孔,采用5mm管径硅胶管置入双侧侧脑室,术中吸出血性液体及血凝块约30ml,术后行气管切开,每天脑室引流量为250ml~380ml,第三天开始患者由昏迷转为浅昏迷,第11天开始清醒,于术后第10天及第24天拔除脑室引流管(图2、3),第27天能下地行走,现在已参加工作。术后经股动脉插管血管造影提示脑血管瘤。

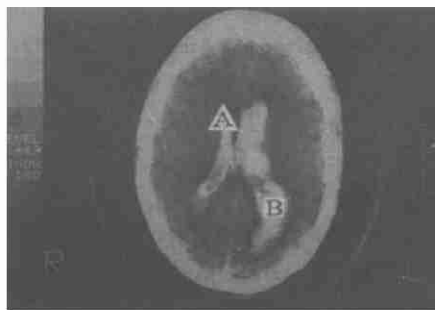


图1 脑CT扫描像  
左丘脑出血破入脑室,脑室中度扩大  
A 侧脑室; B 血肿

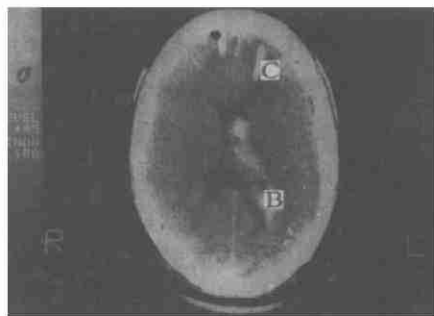


图2 脑CT扫描像  
术后10d,血肿部分吸收  
B 血肿; C 引流管

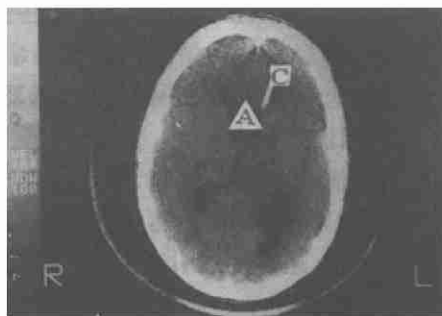


图3 脑CT扫描像  
术后24d,血肿消失,脑室缩小  
A 侧脑室; C 引流管

## 2 经验与讨论

### 2.1 脑室出血

破入脑室的脑内出血,多数是由于脑室周围深部组织的出血,常伴有较严重的颅内压增高。有作者认为,脑室内大量出血,颅内压增高,脑室扩大,直接使脑深部结构受压、变形移位,从而引起患者迅速昏迷<sup>[3]</sup>,病情迅速恶化,总死亡率可达23%~83.9%<sup>[4]</sup>。因此,脑室出血是危及患者生命的常见病,应该强

调指出,早期确诊、紧急脑室外引流手术是降低脑室出血死亡率的关键。

CT是诊断脑室出血快速可靠的方法。脑室出血在没有CT的情况下要及时明确诊断并妥善处理是相当困难的。颈动脉造影对脑内出血有诊断价值,但对单纯脑室内出血或脑室出血为主的脑出血帮助不大,脑室造影不易成功,且因病情危重而难以进行。CT问世以后,CT脑扫描是诊断脑室内血肿最好方法<sup>[5,6]</sup>。本组病例CT检查均可显示出血的部位、范围以及脑室大小。通过CT复查,能动态观察疾病的演变过程和疗效,帮助制定治疗措施和判断预后。

### 2.2 脑室引流

脑室引流是抢救本病有效的、重要的治疗措施。本组病例显示,多数脑室出血是由于高血压脑出血破入脑室所致。Mohr 等<sup>[6]</sup>认为,本病的死亡原因是出血阻塞脑室系统,脑室急剧膨胀,脑压骤然升高,脑深部结构遭致破坏,以致患者迅速死亡<sup>[2]</sup>。脑室内出血越多,死亡率越高。开颅经侧脑室入路清除侧脑室内及第三、四脑室血肿是困难的,且可造成新的创伤<sup>[7]</sup>。有作者认为直接手术死亡率为35.7%~100%<sup>[1,8]</sup>。脑室引流可将血性脑脊液及部分血凝块引流出体外,对解除脑室系统梗阻的作用是肯定的,凝血块逐渐分解后也可引流出体外。

脑室引流可以在短时间内引流出脑室内血性积液,解除脑室系统的梗阻,迅速有效地降低颅内压,特别是降低幕上的颅内压,可预防及抢救脑疝;脑室及蛛网膜下腔血性脑脊液的排除能减轻发热及解除脑血管痉挛,从而改善脑的缺血缺氧,促进脑功能的恢复。

### 2.3 脑室引流法优点

能迅速清除脑室内血肿,引流出血性脑脊液,有效地降低颅内压。操作简便易行,对脑组织创伤小。通过观察引流液的质和量,可估计病情及预后。

### 2.4 注意事项

确诊后及早进行手术,引流管放置应准确,单侧引流宜置管在健侧。引流管径选择及采用单侧或双侧引流,依脑室大小及血肿量多少和范围而定。要加强引流管管理,预防堵塞,脱落及感染。依病情变化、血肿消除情况决定何时拔管,拔管前宜夹闭引流管24h,如病情无加重即可拔管。

### 2.5 并发症的防治

积极防治并发症发生是降低死亡率关键。本病发病急、病情重、预后差,其死亡率及病残程度与年龄、意识状态、脑室扩大程度及出血部位和出血量多少、出血病因等有密切关系。本病除死亡于脑疝外,死于并发症也并

非少见。本组死亡病例中,并发肺炎5例,上消化道出血3例,颅内感染1例,因此早期防治并发症至关重要,是降低死亡率的关键。

防治并发症,重点抓下面几个环节:早期合理选用足量抗菌药,防治呼吸道、泌尿道及颅内感染。对昏迷较深,病情危重或合并肺炎患者宜早期行气管切开术,加强护理,定期有效吸痰。早期给予甲氰咪呱或雷尼替丁防治应激性溃疡致上消化道大出血及从胃管注入药物等综合治疗。对病重不能进食者,宜早期留置胃管,除补充营养外尚可鼻饲药物配合治疗。必要时可行胃造瘘术。

### 参 考 文 献

- 1 王耀山,赵崇智,王小梅,等. 高血压脑出血破入脑室的CT与临床. 中华神经精神科杂志,1984, 17:23
- 2 Weisberg LA. Computerized tomography in intracranial hemorrhage. Arch Neurol, 1979, 36: 422
- 3 Hijdra A, Van Gijn J. Early death from rupture of an intracranial aneurysm. J Neurosurg, 1982, 57:765
- 4 Little JR, Blomquist GA Jr, Ethier R. Intraventricular hemorrhage in adults. Surg Neurol, 1977, 8:143
- 5 McCallu JE, LoDolce D, Boehnke M. CT scan in intraventricular hemorrhage: correlation of clinical findings with computerized tomographic scans of the brain. Neurosurgery, 1978, 3:22
- 6 Mohr G, Ferguson G, Khan M, et al. Intraventricular hemorrhage from ruptured aneurysms. Neurosurg, 1983, 58:482
- 7 赵继宗,王忠诚,梁进军. 脑室内出血. 中华神经外科杂志, 1991, 7:7
- 8 谢道珍,丁育基. 高血压脑出血130例的外科治疗报告. 中华神经精神科杂志, 1980, 13:70

(1993-03-06收稿 1993-10-22修回)

# INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE TREATED BY VENTRICULAR DRILLING-DRAINAGE (REPORT OF 35 CASES)

Lin Jihui    Chen Youzhi    Zhong Zhiguang    Tan Pingguo    Yu Qi

(Department of Neurosurgery, Sun Yat-Sen Memorial Hospital  
Sun Yat-Sen University of Medical Sciences. Guangzhou, 510120)

From 1985 to 1992, the authors have accumulated 35 cases of intraventricular hemorrhage. Six cases were it simple intraventricular hemorrhage, and 29 cases were of cerebral hemorrhage ruptured into the ventricles. Twenty-two cases were unilateral or bilateral. The remaining 13 cases were intraventricular hemorrhage involving the two lateral ventricles and the 3rd ventricle, or the 3rd and the 4th ventricles. The causes of hemorrhage were hypertension(25 cases), cerebral arteriovenous malformation(4 cases), and aneurysm(1 cases), and the remaining five were unknown. Depending upon the location and volume of hemorrhage, the authors performed lateral or bilateral ventricular drilling-drainage for 2 to 25 days (60~380ml/day). Twenty-two cases survived and among them 8 cases completely recovered and returned to work as usual; 13 cases died after therapy and 9 cases were complicated by pneumonia, gastrointestinal hemorrhage or intracranial infection.

**Key words**    cerebral hemorrhage; ventricles of brain; drainage