

. 个案报告 .

高血压致双侧基底节区同时出血 1 例

何舒洋 郑兆聪 高进喜 戴 伟 刘海兵 李田飞

【关键词】 高血压性脑出血;基底节区;双侧出血;手术

【文章编号】 1009-153X(2017)10-0736-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 743.34; R 651.1*2

高血压性脑出血多单发于基底节区、丘脑、桥脑等部位,其它脑区同时出血相对少见,仅占全部出血性脑卒中的 5.6%;而双侧大脑对称性出血更为罕见。本文报告 1 例双侧基底节区对称出血病例。

1 病例资料

女,63 岁,因无明显诱因突发意识不清 5 h 入院。当地医院测血压 245/113 mmHg。头颅 CT 示双侧基底节区出血,左侧出血量约 25 ml,右侧出血量约 7 ml(图 1A)。保守治疗 4 d 后转入我院。入院时体格检查:血压 130/60 mmHg,GCS 评分 9 分,双侧瞳孔直径 2.5 mm,直接及间接对光反射均灵敏;左侧肢体肌张力稍低,右侧肢体肌张力增高,四肢肌力检查不配合。既往高血压病史 6 年,不规律服药,平素血压控制情况不详,否认糖尿病等其他慢性病史。颅脑 CTA 示双侧颈内动脉虹吸部硬斑块形成并继发管腔轻中度狭窄,未见动脉瘤、动静脉畸形等(图 1B)。入院后复查头颅 CT(图 1C)可见双侧基底节区血肿较第一次相仿,周围可见片状水肿,轻度占位效应,双侧脑室后角变窄。常规予以控制血压、脱水降颅内压、营养神经等对症治疗。入院 2 d 后,出现左侧瞳孔散大,光反应迟钝,心率 132 次/min,血压 230/120 mmHg。头颅 CT 检查未见血肿增大,脑肿胀较前相仿(图 1D)。急诊在全麻下行开颅右侧基底节血肿清除+去骨瓣减压术。术后予以降颅内压、控制血压、营养神经等对症治疗,术后 1 d 复查头颅 CT 见右侧基底节区血肿基本清除,引流管在位,左侧基底节区血肿较前稍有吸收(图 1E)。术后 3 周复查 CT 见双侧基底节区血肿已吸收,右侧额颞骨缺损,右侧额颞部硬膜下积液(图 1F)。治疗 1 个月后,神志清楚,右侧肢体肌力 5 级,左侧肢体肌力 2 级,肌张力正常。

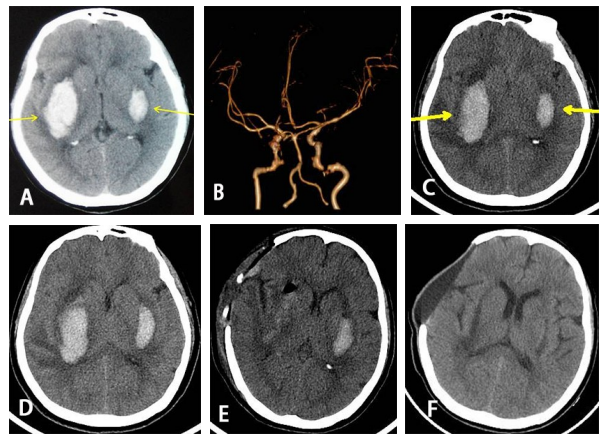


图 1 高血压致双侧基底节区手术前后影像

A. 术前 CT 示,双侧基底节区出血,右侧出血量约 25 ml,左侧出血量约 7 ml;B. 术前颅脑 CTA 未见动脉瘤、血管畸形等;C. 术前复查 CT 示,双侧基底节区血肿无明显变化;D. 术前复查 CT 示,未见血肿增大;E. 术后 1 d 复查 CT 示,右侧基底节区血肿基本清除,左侧基底节区血肿较前稍有吸收;F. 术后 3 周复查 CT 示,双侧基底节区血肿已吸收

2 讨论

双侧对称性高血压性脑出血的治疗原则同单侧出血相同,应根据血肿位置、血肿量大小决定治疗方案。脑出血后引起血压应激性升高,易导致血肿扩大或颅内其他部位再次出血,血肿周围脑组织水肿加重,引起颅内压升高,积极控制血压并减轻脑水肿具有重要意义。快速降低血压可导致局部血流量减少,脑灌注压下降,血肿周围区域出现缺血性脑卒中。对于多发性脑出血,血肿量较大且位于可手术区域(如基底节区、大脑半球、皮层下)并引起神经功能缺损,主张早期手术清除。卒中后 6~48 h 内手术预后优于 6 h 内手术,原因可能为发病 6 h 后血压及情绪较稳定,血肿开始凝固。双侧基底节区同时出血,单侧出血量可能较少,但双侧基底节区同时出血,脑水肿范围大,积极手术清除血肿仍有可能改善病人预后,提高存活率以及生存质量。

(2015-06-23 收稿,2015-08-14 修回)

doi:10.1379/2017.09/j.issn.1009-153X.2017.10.027

作者单位:350122 福州,福建中医药大学(何舒洋、郑兆聪);350000 福州,南京军区福州总医院神经外科(高进喜、戴 伟、刘海兵);233030 安徽蚌埠,蚌埠医学院(李田飞)

通讯作者:郑兆聪,E-mail:fzzyysjwk@sina.com