

# 小脑出血 102 例临床分析

杨志娟 王新平 于德林 王世民 徐小林

**【摘要】** 回顾性分析 102 例自发性小脑出血患者临床资料。其中内科保守治疗 66 例, 外科手术治疗 36 例; 两组治疗有效率分别为 83.33% (55/66) 和 75.00% (27/36), 病死率为 16.67% (11/66) 和 16.67% (6/36), 组间差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 4.168, P = 0.124$ )。提示应根据患者小脑出血严重程度采取不同的治疗方法, 有利于对患者临床表现及病情变化的评价及降低病死率。

**【关键词】** 脑出血; 小脑; 药物治疗法; 神经外科手术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-6731.2012.02.025

## Clinical analysis of 102 patients with cerebellar hemorrhage

YANG Zhi-juan<sup>1</sup>, WANG Xin-ping<sup>2</sup>, YU De-lin<sup>3</sup>, WANG Shi-min<sup>2</sup>, XU Xiao-lin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grade 2007, Graduate School, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China

<sup>2</sup>Department of Neurology, <sup>3</sup>Department of Ultrasound, Tianjin Huanhu Hospital, Tianjin 300060, China

Corresponding author: XU Xiao-lin (Email: xuxiaolin7@gmail.com)

**【Abstract】** Clinical data of 102 patients with spontaneous cerebellar hemorrhage were retrospectively analysed. Sixty-six patients were treated by medical therapy (group A), and 36 patients by surgical operation (group B). In group A the therapeutic effective rate was 83.33% (55/66), and mortality was 16.67% (11/66), while in group B was 75.00% (27/36) and 16.67% (6/36) respectively. No significant differences were seen between both groups ( $\chi^2 = 4.168, P = 0.124$ ). Reasonable treatment for cerebellar hemorrhage should be selected according to the clinical condition changes, the CT image on the site of bleeding and bleeding volume.

**【Key words】** Cerebral hemorrhage; Cerebellum; Drug therapy; Neurosurgical procedures

回顾性分析天津市环湖医院 2009 年 10 月—2010 年 10 月住院治疗且诊断明确的 102 例自发性小脑出血患者的诊断与治疗经过, 总结不同治疗方法对患者预后的影响。

## 临床资料

### 一、一般资料

自发性小脑出血患者 102 例, 男性 52 例, 女性 50 例; 年龄 23~78 岁, 平均 61.10 岁, 其中 52~71 岁患者 82 例 (80.39%)。既往病史以高血压为主, 共计 70 例, 约占 68.63% (54 例病史 > 10 年), 其余分别为脑血管病 31 例 (30.39%)、小脑血管畸形 8 例 (7.84%)、颅内动脉瘤 2 例 (1.96%)、糖尿病 7 例 (6.86%)、冠心病病史 7 例 (6.86%)。

### 二、临床表现

#### 1. 症状与体征 本组患者大多数表现有头痛

(93 例), 恶心、呕吐 (78 例), 头晕或眩晕 (70 例), 颈项强直 (69 例), 眼球水平震颤及同向凝视 (39 例), 小脑语言及构音障碍 (35 例), 共济失调 (80 例), 肢体偏瘫 (17 例), 瞳孔异常改变 (30 例); 体征呈病理征阳性 (22 例), 以及不同程度意识障碍 (58 例, 其中 18 例出现呼吸节律改变)。

2. CT 表现 所有患者均于发病后 1~24 h 行头部 CT 检查, 血肿分别位于小脑半球 (85 例) 和小脑蚓部 (17 例); 其中血肿破入脑室者 62 例 (18 例于第四脑室铸型); 存在“颅后窝紧缩”特征者 38 例, 即颅后窝基底池闭塞, 第三脑室和侧脑室扩大, 第四脑室受压、消失或被铸型血块堵塞。

## 结 果

本组患者住院时间 21~53 d, 平均 31 d。66 例 (64.71%) 采取内科保守治疗, 即脱水药物降低颅内压、糖皮质激素减轻脑水肿及对症治疗。根据日常生活活动能力 (ADL) 量表评分 [ $> 90$  分为治愈、 $50 \sim 90$  分为好转、 $< 50$  分为未愈 (包括恶化及死亡)], 治

作者单位: 300070 天津医科大学研究生院 2007 级 (杨志娟); 天津市环湖医院神经内科 (王新平、王世民、徐小林), 超声科 (于德林)

通讯作者: 徐小林 (Email: xuxiaolin7@gmail.com)

愈 34 例(51.51%)、好转 21 例(31.82%), 治疗有效率 [(治愈+好转)/总病例数×100%] 为 83.33%(55/66); 死亡 11 例, 死亡原因分别为枕骨大孔疝(8 例)、蛛网膜下隙出血(1 例)、颅内感染(1 例)和呼吸衰竭(1 例), 病死率为 16.67%(11/66)。另 36 例施行外科手术治疗, 其中行颅后窝减压血肿清除术者 32 例、单纯脑室外引流术 4 例; 临床治愈 11 例(30.56%)、好转 16 例(44.44%), 治疗有效率为 75.00%(27/36), 3 例由于病情恶化而自动出院, 6 例死亡(枕骨大孔疝 4 例、肺感染 1 例、心肌梗死 1 例), 病死率为 16.67%(6/36)。两组患者预后比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ , 表 1)。

表 1 不同治疗方法组患者预后的比较 例(%)

Table 1. Effect of different treatments on prognosis of patients in both groups case (%)

组别	例数	治愈	好转	恶化及死亡	$\chi^2$ 值	P 值
内科保守治疗组	66	34(51.51)	21(31.82)	11(16.67)	4.168	0.124
外科手术组	36	11(30.56)	16(44.44)	9(25.00)		

## 讨 论

### 一、病因及高危因素

本组患者中高发年龄为 52~71 岁(82 例), 与 Fewel 等<sup>[1]</sup>所统计的结果基本一致。自发性小脑出血的常见病因为高血压性动脉粥样硬化、脑血管畸形、颅内动脉瘤、血液病、中枢神经系统肿瘤等<sup>[2]</sup>。大多数患者存在高危因素如高血压性动脉粥样硬化(70 例)、小脑血管畸形(8 例)、颅内动脉瘤(2 例), 其中 85 例(83.33%)出血部位为小脑半球, 仅 17 例(16.67%)为小脑蚓部。小脑半球出血发生率高于蚓部是由其齿状核区供应血管的特殊解剖学特点所决定的。齿状核动脉是从小脑 3 对动脉的较大分支直接发出的, 穿过皮质时几乎不分支, 到达齿状核附近时分支突然增多, 此时血管口径明显变细; 部分分支以直角发出, 这些都可能引起齿状核区域的血管阻力和血液流变学变化, 于分支处产生涡流和湍流, 对血管内皮的切应力加大, 当诱因存在时, 如血压突然升高则易引起此部位血管破裂出血<sup>[3]</sup>。此外, 进入白质内的齿状核动脉无粘附的软脑膜支持, 亦为其易发生出血的原因之一<sup>[4]</sup>。

### 二、临床特点与影像学表现

小脑出血的临床表现复杂多样, 典型者表现为

“三联征”, 即眼征(双眼出现水平性眼球震颤)、小脑征(头痛、眩晕、呕吐及平衡障碍)、脑干受压征(意识障碍, 脑神经及锥体束损害性局灶体征), 但早期或轻型小脑出血患者的临床表现变化多样, 如无 CT 检查极易造成误诊, 脑干受压体征出现提示预后不良。本组 1 例患者发病后 3 d 方就诊, 表现为严重眩晕、恶心、血压升高, 入院时已出现意识障碍, 虽经外科手术治疗, 但因错过了早期治疗时机而死亡。影像学对此类疾病诊断的准确性较高, 以 CT 为首选检查方法<sup>[5]</sup>。文献报道“颅后窝紧缩征”即颅后窝基底池闭塞, 第三脑室和侧脑室扩大, 第四脑室受压, 消失或被铸型血块堵塞是小脑出血的常见表现<sup>[6]</sup>。本组患者多为小至中量出血, 故此征表现不明显。

### 三、治疗原则

本组出血量 < 15 ml 的半球出血、< 6 ml 的蚓部出血患者主要采取内科保守治疗, 全部达到临床治愈。对于小脑半球出血  $\geq 15$  ml、小脑蚓部出血  $\geq 6$  ml 但未破入脑室者, 应尽早施行手术清除血肿, 解除梗阻, 尤其小脑蚓部出血  $\geq 6$  ml 者普遍主张手术治疗。部分患者由于血液破入第四脑室, 缓解了局部血肿对小脑的压迫, 意识障碍程度较轻, 经强效脱水药物治疗后意识状态可恢复, 故可先予内科保守治疗, 若意识障碍程度加重者, 应尽快手术。当患者小脑半球或小脑蚓部出血量较大时, 不仅破入第四脑室, 而且第三脑室、侧脑室及中脑导水管也出现积血, 甚至可见环池、四迭体池变形, 脑干受压明显且在脑室内形成铸型, 早期即可出现严重意识障碍并死亡, 因此应首选手术治疗。我们认为, 对于小脑出血的患者, 不能单纯说哪种治疗效果更好, 应根据临床病情变化、意识障碍水平、CT 影像显示的出血部位和出血量等综合情况选择合理的治疗方案。

综上所述, 除症状轻微、小脑半球出血 < 15 ml、小脑蚓部出血 < 6ml 的小脑自发性出血患者<sup>[7]</sup>及不存在手术禁忌证者外, 均主张积极施行外科手术治疗<sup>[8]</sup>。本组病例观察结果提示, 自发性小脑出血的诊治与预后, 应根据临床病情变化、意识障碍水平、CT 影像上出血的部位和出血量及脑干有无受压等综合情况选择合理的治疗方案。如不存在手术禁忌证, 血肿量的多少不是手术的绝对适应证, 在患者意识刚出现障碍和 CT 影像学上出现“颅后窝紧缩”特征时, 应及时进行引流或手术清除血肿。

## 参 考 文 献

- [1] Fewel ME, Thompson BG Jr, Hoff JT. Spontaneous intracerebral hemorrhage: a review. *Neurosurg Focus*, 2003, 15:E1.
- [2] Jensen MB, St Louis EK. Management of acute cerebellar stroke. *Arch Neurol*, 2005, 62:537-544.
- [3] Zhang ST, Lai HL, Ma XM. Clinical and prognostic analysis of cerebellar hemorrhage. *Xian Dai Kang Fu*, 2000, 4:543. [张松涛, 赖汉林, 马小敏. 小脑出血的临床及预后分析. *现代康复*, 2000, 4:543.]
- [4] Zhu YP. Clinical analysis of senile cerebellar hemorrhage. *Lin Chuang Yi Xue*, 2002, 22:12-13. [朱耀平. 老年人小脑出血的临床分析. *临床医学*, 2002, 22:12-13.]
- [5] Meng XH, Wang JY, Liu LX, et al. Clinical and CT presentation of spontaneous cerebellar hemorrhage. *Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi*, 2005, 5:58-60. [孟宪辉, 王继跃, 刘乐喜, 等. 自发性小脑出血的临床与 CT 表现. *中国现代神经疾病杂志*, 2005, 5:58-60.]
- [6] Zhao DD, Zhao WJ, Huang GF, et al. Surgical treatment of hypertensive cerebellar hematoma. *Hua Xi Yi Xue*, 2005, 20:210-211. [赵冬冬, 赵文京, 黄光富, 等. 高血压小脑出血的外科治疗. *华西医学*, 2005, 20:210-211.]
- [7] Yang SY. *Neurosurgery*. Beijing: People's Medical Publishing House, 2008: 1110. [杨树源. *神经外科学*. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1110.]
- [8] Salvati M, Cervoni L, Raco A, et al. Spontaneous cerebellar hemorrhage: clinical remarks on 50 cases. *Surg Neurol*, 2001, 55:156-161.

(收稿日期:2012-04-05)

## 第四届中国神经调控大会暨中国医师协会神经调控专业委员会 2012' 年会征文通知

由中国医师协会神经调控专业委员会主办的“第四届中国神经调控大会暨中国医师协会神经调控专业委员会 2012' 年会”拟定于 2012 年 9 月 21-23 日在北京世纪金源香山商旅酒店召开。会议以“神经调控在中国的发展”为主题,以世界神经调控技术的发展为背景,邀请国内外著名神经调控专家及学者进行专题讲座,全新展示神经调控技术的临床应用与基础研究的发展。神经调控技术是一项利用植入性或非植入性技术,运用电刺激或药物手段改变中枢神经、外周神经或自主神经系统活性,从而改善患者症状、提高生存质量的生物医学工程技术。神经调控治疗涉及疼痛、癫痫、帕金森病、精神病、心绞痛、肠易激综合征、耳蜗病变及周围神经血管病变等多个专业领域,该疗法不仅能为患者提供良好的治疗和新选择,同时也促进了多学科领域众多专家的合作研究。欢迎您与各位同仁参会并共同探讨神经调控技术在临床与科研实践中的现状及发展,共同携手推进中国神经调控事业的不断进步。

1. 征文内容 神经调控治疗神经病理性疼痛;神经调控治疗癫痫、帕金森病等功能神经疾病;神经调控治疗精神疾病;神经调控治疗心绞痛、肠易激综合征及视听觉障碍性疾病;神经调控电刺激疗法;神经调控药物疗法;神经调控基础研究;神经调控与儿童健康。

2. 征文要求 尚未在国内外公开发表的论文全文或摘要 1 份(中英文均可),摘要请按照目的、方法、结果、结论格式书写,并注明作者、单位、邮政编码及通信作者联系电话和 Email 地址。优秀论文将被推荐大会交流并收录至大会论文汇编或在专业委员会网站上展示,并推荐到世界神经调控协会主办的《神经调控》杂志发表。

3. 投稿方式 会议仅接受 Email 投稿。Email 地址: [cns2010@163.com](mailto:cns2010@163.com)。

4. 截稿日期 2012 年 8 月 20 日。

5. 联系方式 中国医师协会神经调控专业委员会。联系人:艾海玲,刘菲。联系电话:(010)62856929,62856718。传真:(010)62856929。Email 地址: [cns2010@163.com](mailto:cns2010@163.com)。详情请登录会议网址: [www.neuromodulation.org.cn](http://www.neuromodulation.org.cn)。

## 第四届神经病理性疼痛相关疾病诊疗新技术学习班

为了推动神经病理性疼痛相关疾病的临床诊断与治疗,中华医学会疼痛学分会拟于 2012 年 5 月 11-13 日在广州举办第四届“神经病理性疼痛诊疗新技术学习班”[项目编号:2011-04-13-039(国)]。学习班重点内容包括慢性神经损伤疼痛疾病的诊疗和临床应用技术,采取授课与演示相结合,邀请国内、外长期从事神经病理性疼痛基础与临床研究的专家授课并结合临床治疗演示。本次学习班将授予国家级继续医学教育 I 类学分。欢迎临床相关学科医师参加!

1. 专题讲座内容 (1)神经病理性疼痛相关疾病的现代临床评价和检测方法。(2)韩国和日本神经病理性疼痛相关疾病的现代治疗。(3)神经病理性疼痛相关疾病的药物治疗。(4)神经病理性疼痛相关疾病的范畴和分类。(5)神经病理性疼痛治疗相关并发症。(6)麻醉后神经损伤性疼痛。(7)单纯疱疹后神经痛的现代治疗。(8)局部麻醉药物与神经损伤性疼痛。(9)椎间盘术后疼痛的现代治疗。(10)三叉神经痛的射频治疗。(11)神经损伤痛的红外热图。(12)疼痛科的建立和发展之路。

2. 临床演示和病例讨论内容 (1)皮下隧道硬膜外腔置管术(PCEA)和神经刺激仪的临床应用。(2)脉冲射频治疗技术。(3)三氧介入治疗技术。(4)病例讨论。

3. 联系方式 广州市海珠区同福中路 396 号广州市红十字会医院疼痛科。邮政编码:510220。联系人:包佳巾,梅春光。联系电话:(020)34403657。