

. 经验介绍 .

中脑周围非动脉瘤性蛛网膜下腔出血 12 例分析

王 涛 李 文

【摘要】目的 探讨中脑周围非动脉瘤性蛛网膜下腔出血(PNSAH)的临床表现、预后。方法 回顾性分析 2013 年 9 月至 2015 年 5 月收治 12 例 PNSAH 的临床资料,均应用药物保守治疗。结果 12 例中,入院时 Hunt-Hess 分级 I~II 级 9 例,III~IV 级 3 例;12 例出院时 GOS 评分为 4~5 分。出院后 3 个月头颅 CT 平扫及 CTA 检查,未见明显脑积水及血管异常。结论 PNSAH 发病时临床表现较轻,一般无需手术治疗,预后良好。

【关键词】中脑周围非动脉瘤性蛛网膜下腔出血;临床表现;预后

【文章编号】1009-153X(2017)07-0505-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743

自发性蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)是一种神经外科常见的疾病,年发病率为(4~10)/10 万人,约 85 % 为动脉瘤破裂所致^[1-3],少部分为非动脉瘤性 SAH,其中尤以中脑周围非动脉瘤性蛛网膜下腔出血(perimesencephalic non-aneurysmal subarachnoid hemorrhage, PNSAH)多见。2013 年 9 月至 2015 年 5 月收治 PNSAH 12 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 12 例 PNSAH 中,男 7 例,女 5 例;平均年龄(52.35±4.25)岁;入院时 Hunt-Hess 分级 I~II 级 9 例,III~IV 级 3 例。入院后监测生命体征,并排除外伤、凝血功能障碍、药物等原因所致 SAH。若生命体征稳定,立即行头颈部 CTA 检查,以明确是否存在脑动脉瘤;若 CTA 为阴性,择期行 DSA 检查。

1.2 治疗方法 常规给予脱水、预防血管痉挛等治疗,根据需要进行腰大池置管引流术。

1.3 复查及随访 入院后 1 周内复查头颅 CT,了解有无脑积水、再出血,或合并脑梗死等。出院前常规行头颅 CT 复查并进行初次 GOS 评分。出院后 1 个月门诊复查头颅 CT,了解有无脑积水征象。出院后 3 个月电话随访。

2 结 果

入院时,头颈部 CTA 及 DSA 检查未见明显动脉瘤及血管畸形;出院后 3 个月 CTA 复查仍为阴性。

12 例出院时 GOS 评分为 4~5 分。出院后 3 个月头颅 CT 平扫及 CTA 检查,未见明显脑积水及血管异常。

3 讨 论

1980 年, Van Gijn 等^[4]首次报道 PNSAH。脑血管解剖学基础决定 PNSAH 多为静脉性出血,由于中脑周围的蛛网膜较厚,因此出血少且出血部位局限。PNSAH 属于 SAH,因此发病症状如剧烈头痛、颈项强直、呕吐等与动脉瘤性 SAH 没有区别;但由于 PNSAH 出血量少,病情一般较轻,所有预后相对较好。

PNSAH 的血管成像检查均为阴性,明确诊断后主要采用保守治疗,并对脑动脉硬化的高危因素进行预防,以降低发病率。PNSAH 一般为静脉或细小动脉穿通支破裂出血,出血量较小,因此 PNSAH 的预后较好^[5]。本文 12 例出院后 3 个月 GOS 评分为 4~5 分。因 PNSAH 入院已经过反复脑血管检查,随访可于发病后行脑 CTA 复查即可。

综上所述,PNSAH 作为自发 SAH 的一个重要分支,正确诊断 PNSAH 可以缩短住院时间,减少重复脑血管造影及开颅手术探查。

【参考文献】

[1] 周志中,赵丛海,陈 武,等. 动脉瘤破裂夹闭术后腰大池引流对蛛网膜下腔出血的治疗[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2014,13(4):305-308.

[2] 顾 东,薛家记. 显微手术治疗颅内动脉瘤后脑血管痉挛的相关因素分析[J]. 中外医学研究,2013,11(27): 126-127.

[3] 彭四维,漆松涛,刘 忆,等. 动脉瘤性蛛网膜下腔出血后

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.07.022
作者单位:467000 河南,平顶山市第一人民医院神经外科(王 涛、李 文)

急性脑积水的研究进展[J]. 中国脑血管病杂志, 2014, 11 (11): 611-616.

[4] Van Gijn J, Van Dongen KJ, Vermeulen M, *et al.* Perimesencephalic hemorrhage: a nonaneurysmal and benign form of subarachnoid hemorrhage [J]. *Neurology*, 1985, 35(4): 496-497.

[5] Brilstra EH, Jeanette WH, Rinke GJ. Quality of life after perimesencephalic hemorrhage [J]. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1997, 63(3): 382-384.

(2016-11-09 收稿, 2016-12-01 修回)



标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的疗效观察

陈家祥 李良平 梁一鸣 许智蕾

【摘要】目的 探讨标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤的疗效。**方法** 2012 年 2 月至 2015 年 2 月收治重型颅脑损伤 102 例, 采用常规颞顶骨瓣开颅术治疗 51 例(对照组), 采用标准大骨瓣减压术治疗 51 例(观察组)。**结果** 术后 6 个月, 按 GOS 评分评估预后, 对照组恢复良好 12 例, 中残 11 例, 重残 13 例, 植物生存 11 例, 死亡 4 例; 观察组恢复良好 26 例, 中残 12 例, 重残 7 例, 植物生存 5 例, 死亡 1 例; 观察组 GOS 评分明显优于对照组($P<0.05$)。对照组术后并发症发生率(39.2%)明显高于观察组(17.6%; $P<0.05$)。减压术前, 两组颅内压无统计学差异($P>0.05$)。减压术后 1、5、10 d, 两组颅内压较术前均明显降低($P<0.05$), 而且, 观察组降低更明显($P<0.05$)。**结论** 与常规颞顶骨瓣开颅术相比, 标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤, 能显著地降低颅内压, 提高治疗效果。

【关键词】 重型颅脑损伤; 标准大骨瓣减压术; 疗效

【文章编号】 1009-153X(2017)07-0506-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1⁵; R 651.1¹

重型颅脑损伤致残率或病死率极高, 预后较差^[1]。目前, 临床主要采用标准大骨瓣减压术治疗重型颅脑损伤, 能有效降低致残率及病死率^[2,3]。2012 年 2 月至 2015 年 2 月收治重型颅脑损伤 102 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 102 例中, 采用常规颞顶骨瓣开颅术治疗 51 例(对照组), 采用标准大骨瓣减压术治疗 51 例(观察组)。对照组男 39 例, 女 12 例; 年龄 22~65 岁, 平均(43.1±4.2)岁; 术前 GCS 评分 4~8 分, 平均(6.4±1.2)分。观察组男 37 例, 女 14 例; 年龄 24~63 岁, 平均(44.7±3.8); 术前 GCS 评分 4~7 分, 平均(6.1±2.5)分。两组性别、年龄、GCS 评分等无统计学差异($P>0.05$)。

入组标准: 入院时 GCS 评分≤8 分; 颅脑 CT 符合重型颅脑损伤特征^[4]; 无严重的脊柱及胸腹脏器合并伤, 无严重的心脑血管及肝肾等重要脏器疾病。

排除标准: 单纯硬膜外血肿; 非手术治疗的急性颅脑损伤; 具有标准大骨瓣减压术禁忌证。

1.2 治疗方法 两组术前均给予对症治疗^[5]。对照组: 依据病人具体损伤的血肿位置、出血部位、挫伤部位以及梗死脑组织所处的位置选择开颅的位置, 主要包括额颞瓣、额瓣以及颞顶瓣, 开颅去骨瓣的骨窗大小为 8 cm×6 cm。彻底清除血肿, 彻底止血, 切除坏死和梗死的脑组织。

观察组: 取仰卧位, 于颞弓上耳屏前 1 cm 处切口, 向上经耳廓延伸至顶骨正中线, 向前到达前额部发际下。采用游离骨瓣或带颞肌骨瓣, 顶部骨瓣必须旁开正中线矢状窦 2~3 cm。骨窗下缘尽量平颅前窝底及颅中窝底, 颅底近蝶骨嵴处尽量向颞底以扩大骨窗, 清除硬脑膜外血肿; 从颞前部开始切开硬脑膜, 再作“T”字弧形切开硬脑膜, 并悬吊硬膜, 切开硬脑膜后可以暴露额叶、颞叶、顶叶、前颅窝和中颅窝, 清除硬脑膜下血肿、脑内血肿, 彻底止血, 减张缝合硬脑膜, 逐层缝合手术切口。

术后两组均进行颅内压监测, 给予降低颅内压等处理, 同时改善脑部血液循环、抗感染以及纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱等; 当合并应激性溃疡或中枢性高热时, 对症处理; 当病情稳定后, 早期进行综合康复治疗、功能训练。

1.3 评价标准 术后 6 个月按 GOS 评分评估预后。比较两组手术前后颅内压的变化; 术后并发症情况, 包括切口疝、急性脑膨出、迟发性血肿、脑积水和癫痫