

. 经验介绍 .

额部和颞部钻孔引流术治疗基底节区高血压脑出血的疗效

何明亮 黄浩炜 何永通 陈日朝

【摘要】目的 探讨额部和颞部钻孔引流术治疗基底节区高血压脑出血的效果。**方法** 2007 年 1 月至 2013 年 6 月收治中等量(血肿量 30~60 ml)基底节区高血压脑出血患者 116 例,均采用钻孔引流术治疗,其中经额部钻孔(额部组)56 例,经颞部钻孔(颞部组)60 例。所有患者术后随访 3~6 个月。**结果** 术后 3 d,额部组残余血肿量明显少于颞部组($P<0.05$),而两组术后 7 d 残余血肿量、术后并发症发生率和术后 3 个月日常生活能力评分均无明显差异($P>0.05$)。**结论** 额部钻孔引流术可以提高中等量基底节区高血压脑出血患者的早期血肿清除率。

【关键词】 高血压脑出血;基底节;钻孔引流术;效果

【文章编号】 1009-153X(2015)06-0376-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

高血压脑出血是具有高发病率、高死亡率及高致残率的一种疾病,其中基底节区出血占 70%^[1]。我们采用额部和颞部钻孔引流术治疗基底节区高血压脑出血 116 例,取得良好效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例纳入和排除标准 纳入标准:①符合高血压脑出血诊断标准;②头颅 CT 证实出血灶位于基底节区;③入院时 GCS 评分 7~12 分;④出血量 30~60 ml;⑤发病 24 h 内手术。

排除标准:①怀疑动脉瘤或血管畸形破裂出血;②外伤性血肿;③脑疝晚期;④入院时 GCS 评分<7 分或>12 分;⑤有出血倾向的血液病患者;⑥出血量<30 ml 或>60 ml;⑦发病 24 h 后手术或不愿意手术;⑧严重心、肺、肝、肾疾病患者;⑨术后不能配合完成随访。

1.2 研究对象 2007 年 1 月至 2013 年 6 月收治符合上述标准的基底节区高血压脑出血患者 116 例,根据治疗方法分为额部组(56 例)和颞部组(60 例),两组患者性别、年龄、术前出血量、术前日常生活能力评分、入院时 GCS 评分、手术时间等均无统计学差异($P>0.05$),详见表 1。

1.3 治疗方法 额部组钻孔部位为额部,血肿穿刺方向与基底节血肿之长轴相平行,或与矢状面平行或

表 1 两组患者基本情况($\bar{x}\pm s$)

临床资料	额部组	颞部组
年龄(岁)	58.8±7.4	60.0±7.7
性别(男/女)	36/20	37/23
术前出血量(ml)	43.1±6.0	43.2±5.6
术前 ADL 评分	13.0±12.1	11.8±10.7
入院时 GCS 评分	8.9±1.3	8.8±1.1
手术时间(min)	20.6±3.8	21.5±3.8

接近平行。颞部组钻孔部位为颞部,血肿穿刺方向与基底节血肿之长轴相垂直,或与矢状面垂直或接近垂直。

根据术前头颅 CT 定位采用单靶点单管引流方法,以血肿最厚层面为定位层面,于头皮划出穿刺点及穿刺方向。引流管预先根据穿刺血肿的径线长度戳出足够的侧孔,以保证引流管内有足够的侧孔位于血肿腔内。然后选择穿刺点皮肤作长 2 cm 直切口,对应穿刺点作颅骨钻孔,带针芯引流管按照原定穿刺方向进针,深度以该方向穿刺血肿的径线长度+该方向皮质到血肿边缘最近距离为准,注意避开重要功能区和主要大血管。引流管穿刺至血肿腔内,拔出针芯,轻轻抽吸血肿液态部分,至抽出积血 40%~50% 时引流管接外引流瓶。术后根据需要使用尿激酶。根据复查 CT 结果判断,总清除率为 3/4~4/5 即可。出血破入脑室积血较多者,或伴有脑积水者同时行脑室穿刺引流术。一般持续引流 3~7 d 至血肿基本清除时拔除引流管。

术后两组均根据患者情况予降颅内压、调节血

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.06.022
作者单位:529023 广东,江门市五邑中医院外二科(何明亮、黄浩炜、何永通、陈日朝)

压、止血、保持呼吸道通畅、抗感染、维持水电解质平衡、营养支持及防治并发症等治疗。术后当天、第 3 天及第 7 天均复查头颅 CT。

1.4 统计学方法 运用 SPSS 18.0 软件分析; 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 t 检验; 计数资料用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后 3 d, 额部组残余血肿量[(22.0±4.6)ml]明显少于颞部组[(25.4±5.4)ml; $P < 0.05$]。术后 7 d, 额部组残余血肿量[(10.4±2.1)ml]与颞部组[(10.1±1.9)ml]无统计学差异($P > 0.05$)。额部组术后并发症(包括穿刺出血及颅内感染)发生率(17.9%, 10/56)与颞部组(10.0%, 6/60)无统计学差异($P > 0.05$)。

所有患者术后随访 3~6 个月。术后 3 个月, 额部组日常生活能力评分[(92.1±6.5)分]与颞部组[(92.0±6.1)分]无明显差异($P > 0.05$)。

3 讨论

研究认为早期清除血肿, 不仅可减轻占位效应及缺血, 且有助于减少凝血过程及血液成分崩解释放出毒性物质以及炎性介质对脑组织的损伤, 对改善患者预后非常重要。一般大脑半球出血量大于 30 ml 即有手术指征, 手术时机选择以发病后 7~24 h 为宜^[2]。目前手术主要采用开颅血肿清除术和各种微创方法清除血肿。近年来微创治疗成为热门话题, 出现了立体定向、钻孔或锥颅穿刺血肿置管抽吸引流、显微镜下“锁孔”手术、神经内镜清除血肿等方式^[3], 目的均是为了以最小的创伤获取最好的疗效。对于基底节区中等量高血压脑出血, 较多的基层医院医生会选择钻孔或锥颅穿刺血肿置管抽吸引流的微创方式, 原因在于其容易掌握、操作简单、快捷、创伤小。但目前对该术式的研究大多数集中于单靶点还是多靶点、单管引流还是多管引流以及手术时机等。不同手术方式以及入路对于锥体束的保护和损伤的研究却不多。最近, 有学者通过术前 CT 和 MRI 检查了解血肿和锥体束关系, 根据锥体束受压移位的情况采用个体化入路, 有助于在最大程度保护锥体束的基础上清除血肿^[4,5]。本研究目的在于了解不同的手术入路对血肿的清除效果的影响, 以及手术损伤、术后恢复跟手术入路的关系。

对于中等量血肿, 我们认为使用单管单靶点引流已经足够, 因为以引流管为中心的作用直径为 4~

5 cm, 只要我们根据穿刺方向血肿的径线长度戳出足够的侧孔, 使得血肿长轴内有足够的侧孔, 再通过注入血肿液化药物从各个侧孔弥散到血肿的各处, 就可提高早期血肿清除率。

本研究发现不同方向穿刺血肿对于早期的血肿清除率有不同的结果, 额部组更快地使血肿清除干净, 估计因基底节区血肿多呈肾形, 其长轴多与矢状线平行, 而额部穿刺引流使得引流管的有效作用范围比颞部穿刺的要大。但是, 两组晚期清除率无显著差异, 可能与血肿液化药物作用时间长, 血肿充分液化流出有关。而早期血肿清除快, 理论上应该会对预后有直接影响, 但研究结果并没有得出如此结论, 两组患者术后 3 个月预后无明显差异。这可能与样本量少以及本研究还局限于单纯依赖于临床行为的评分方法有关。今后应进一步进行影像学方面的研究可能会得出更加深入的结论, 如磁共振纤维束成像已经应用于脑出血、颅脑损伤的预后研究, 可借助此项技术使研究更加深入。

综上所述, 对于基底节区中等量高血压脑出血, 无论采取何种手术方式及入路, 均应以最小的创伤获取最好的疗效为准则, 可以单靶点就不用双靶点, 可以单管引流就不要双管引流, 可以简单就不要复杂, 从而尽可能的减少手术带来的损伤。对于不同的医疗机构, 尤其是基层医院应根据自身的实际条件选用最简单、最适合自己的手术方式, 而不用单纯追求尚未掌握的新技术, 只要获得良好的预后就是好方法, 避免因追求未成熟的技术而出现更多的并发症导致不良的预后。

【参考文献】

[1] 庞采明, 梁裕盛. 微创治疗高血压脑出血的发展现状[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(1): 72-74.

[2] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2005. 864-871.

[3] 马廉亭. 微创神经外科学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2005. 241-244.

[4] 夏 鹰, 曹作为, 金 虎, 等. 高血压脑出血术中锥体束的保护[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(9): 513-515.

[5] 肖 胜, 刘 金, 武永康. 弥散张量纤维束成像对基底节区高血压脑出血患者功能恢复的评估价值[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(10): 586-588.

(2014-03-14 收稿, 2014-04-21 修回)