

. 经验介绍 .

经侧脑室三角区入路手术治疗重型自发性脑室出血

王光明 成毅 胡克亮

【摘要】目的 探讨经侧脑室三角区入路显微手术治疗重型脑室出血的临床效果。**方法** 2010 年 1 月至 2014 年 6 月收治重型自发性脑室出血 112 例,其中 54 例采用早期经侧脑室三角区手术+侧脑室外引流术治疗(观察组),58 例采用双侧侧脑室外引流术+尿激酶治疗(对照组)。**结果** 观察组血肿清除时间[(4.9±2.4)d]、术后脑积水发生率(13.0%)、脑血管痉挛发生率(14.8%)均明显少于对照组[分别为(10.9±3.4)d、22.4%和 31.0%; $P<0.05$],治疗有效率(77.8%)明显高于对照组(50.0%; $P<0.05$)。**结论** 经侧脑室三角区入路手术治疗重型脑室出血效果良好,可减少并发症,改善患者预后。

【关键词】 脑室出血;显微手术;经侧脑室三角区入路;脑室外引流术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2016)05-0306-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

重型自发性脑室出血病死率、致残率高,保守治疗疗效差。目前常用侧脑室外引流术+尿激酶溶解血块,辅助行腰椎穿刺术或腰大池置管持续引流术,常因置管时间过长使颅内感染风险增加^[1]。2010 年 1 月至 2014 年 6 月收治重型自发性脑室出血 112 例,其中 54 例采用早期经侧脑室三角区手术+侧脑室外引流术治疗,效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 重型自发性脑室出血 112 例,根据治疗方法分为观察组(采用侧脑室三角区锁孔入路手术)和对照组(采用侧脑室外引流术+尿激酶溶解)。观察组 54 例中,男 33 例,女 21 例;年龄 18~78 岁,平均(42.5±10.8)岁。入院时 GCS 评分 3~5 分 19 例,6~8 分 35 例;平均(6.4±2.5)分。单侧瞳孔散大 13 例,双侧瞳孔散大 5 例,双侧瞳孔对光反射迟钝 36 例。入院后 CT 检查示:基底节区出血破入脑室 28 例,丘脑出血破入脑室 16 例,小脑出血破入脑室 6 例,皮质下出血破入脑室 4 例;其中单侧脑室积血 7 例,双侧脑室积血 16 例,全脑室积血 31 例。

对照组 58 例中,男 38 例,女 20 例;年龄 16~77 岁,平均(42.3±10.5)岁。入院时 GCS 评分 3~5 分 27 例,6~8 分 31 例;平均(6.2±2.3)分。单侧瞳孔散大 15 例,双侧瞳孔散大 7 例,双侧瞳孔对光反射迟钝 36 例。入院后 CT 检查示:基底节区出血破入脑室 33 例,丘脑出血破入脑室 15 例,小脑出血破入脑室 5

例,皮质下出血破入脑室 5 例;其中单侧侧脑室积血 6 例,双侧侧脑室积血 14 例,全脑室积血 38 例。

两组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法 均于入院后 30 min 内手术。

观察组:显微镜下于颞中回后部少血管区脑沟进入到达侧脑室三角区,直接清除同侧脑室内血肿,打开透明隔 1.2~1.5 cm,清除对侧脑室内血肿。沿室间孔适当清除第三脑室血肿。第三脑室血肿不能完全清除及第四脑室血肿积聚时,行腰大池置管持续引流术。脑脊液循环梗阻时,行第三脑室造漏术。术中发现血管畸形时,切除或夹闭。

对照组:采用双侧侧脑室外引流术,术后每天 2 次给予尿激酶 2 万 U 辅助溶解血块。后期行腰大池置管引流术。

1.3 统计学分析 采用 SPSS 15.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验;以 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

观察组术后 1 d,54 例侧脑室积血均完全清除,31 例第三脑室积血部分清除,第四脑室积血无明显改变;术后 4 d,31 例第三脑室残余积血均完全清除;术后 7 d,第四脑室积血完全清除;血肿清除时间为(4.9±2.4)d。术后继发性脑积水 7 例(13.0%),行脑室-腹腔分流术后治愈;脑血管痉挛 8 例(14.8%),给予对症治疗后均完全缓解。术后 6 个月,按 GOS 评分评估预后,恢复良好 14 例(GOS 评分 4~5 分),好转 28 例(GOS 评分 3 分),无效 8 例(GOS 评分 2 分),死亡 4 例(GOS 评分 1 分);有效率为 77.8%(42/56)。

对照组术后 1 d,侧脑室积血均有不同程度清除,38 例第三脑室及第四脑室积血未见明显减少;术后 4 d,32 例侧脑室积血清除一半以上,无完全清除病例,第三脑室、第四脑室积血少量清除;术后 7 d,15 例侧脑室积血完全清除,38 例第三脑室、第四脑室积血部分清除。术后 14 d,侧脑室积血均全部清除,第三脑室、第四脑室积血基本清除;血肿清除时间为 (10.9 ± 3.4) d。术后继发性脑积水 13 例(22.4%),行脑室-腹腔分流术后治愈;脑血管痉挛 18 例(31.0%),给予对症治疗均完全缓解。术后 6 个月,按 GOS 评分评估预后,恢复良好 3 例,好转 26 例,无效 24 例,死亡 4 例;有效率为 50.0%(29/58)。

观察组血肿清除时间、有效率、术后并发症发生率均明显少于对照组($P<0.05$),而治疗有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

自发性脑室出血病因多为高血压病、动脉瘤破裂、脑血管畸形破裂以及烟雾病等,根据发病原因可分为继发性脑室出血和原发性脑室出血,临床多见于继发性脑室出血,其中以高血压基底节区出血破入脑室最为常见^[2]。重型脑室出血是指 Graeb 评分在 9~12 分的脑室出血,多表现为双侧侧脑室和第三脑室、第四脑室铸型或均充满血液的类型,保守治疗疗效差,病死率高^[3]。目前,常用的脑室外引流术+尿激酶治疗,辅以腰椎穿刺术或腰大池置管引流术,因置管时间长,易致颅内感染,同时血肿清除较慢,不能及时减轻下丘脑及脑干受压症状,治疗效果不明显,病死率仍高;此外其并发症如脑血管痉挛、继发性脑积水发生率也较高^[4]。

脑室出血后血液成份随着脑脊液的循环而散布至整个颅腔,刺激脑血管,可诱发脑血管痉挛,导致脑缺血甚至脑梗死,危及患者生命。血肿形成后,阻塞脑脊液通路,引发急性梗阻性脑积水,第三脑室、第四脑室内血肿压迫下丘脑、脑干,导致患者意识障碍加重,严重时诱发脑疝。血液凝固可诱导产生凝血酶,对神经细胞有毒害作用。第三脑室、第四脑室血肿长时间压迫脑干可造成脑干不可逆的损伤,因此及时清除第三脑室、第四脑室积血是治疗的关键^[5]。在脑室出血的治疗中,脑室内积血可逐步溶解,但时间较长,一般需要 3 周左右^[6]。将尿激酶注入脑室,能加快脑室内积血的溶解。但对于重型脑室内出血,因脑室出血量大,第三脑室填塞扩大,尿激酶很难短时间内有效溶解第三脑室内的血肿,不能及

时解除脑干受压症状,单纯应用侧脑室外引流术联合尿激酶溶解血块很难改善重型脑室出血患者的临床症状,患者病死率仍高达 60%~90%^[7]。因此,手术清除脑室内积血,及时缓解脑干受压,应是治疗重型脑室出血比较有临床价值的方法^[8]。我们应用经侧脑室三角区入路显微手术治疗重型脑室内出血,取得较好效果。该手术可及时清除脑室内血肿,减轻脑干受压症状,缓解病情恶化;同时直视下止血可靠,还可使远期脑积水的发生率明显减少。

手术注意事项:①术中注意保护脑组织,自颞中回后部少血管区域进入侧脑室,将损伤降到最低限度;②如脑室壁有出血,采用脑棉压迫止血,忌用明胶海绵或止血纱,以免术后堵塞室间孔或中脑导水管致脑积水;③清除血肿动作要轻柔,忌粗暴,忌用力牵拉以免损伤脉络丛,导致大出血;④切开透明隔 1.2~1.5 cm 清除对侧血肿,清除困难时可以脑室镜辅助,注意异常组织,可能存在血管畸形。

【参考文献】

[1] 陈川,李文胜,王辉,等.脑室出血量对幕上自发性脑出血患者预后的影响[J].中国临床神经外科杂志,2013,18(10):583-585.

[2] 张亚东,高玉松,张松坡,等.腰大池引流并鞘内纤溶治疗对脑室出血后脑积水发生的影响[J].中国临床神经外科杂志,2012,17(08):493-494.

[3] 马永刚,徐焱.脑室外引流术配合腰穿治疗脑室出血 32 例分析[J].中国临床神经外科杂志,2012,17(11):684-685.

[4] 李振华,王石磊,吴鹤飞.神经内镜手术治疗脑出血破入脑室[J].中华神经外科疾病研究杂志,2014,13:453-454.

[5] 袁方,丁军,陈浩,等.创伤性蛛网膜下腔出血后脑积水的发生及危险因素分析[J].中国微侵袭神经外科杂志,2012,17(1):5-8.

[6] 张宏兵,王晓峰,唐宗椿,等.立体定向引导钻孔引流术在脑室出血治疗中的应用[J].中国临床神经外科杂志,2012,17(9):563-564.

[7] 邓琳,丁昊.自发性脑室出血对下丘脑-垂体轴功能的影响[J].中国微侵袭神经外科杂志,2012,17(10):443-445.

[8] 周锋,张毅,方永军,等.尿激酶灌注配合脑室外引流治疗脑室出血 30 例分析[J].临床神经外科杂志,2012,9:45.