

· 经验介绍 ·

颞部锁孔经外侧裂入路治疗高血压脑出血的临床疗效

蔡 利 敖祥生 王智勇 朱耀祖 周有东

【摘要】目的 探讨颞部锁孔经外侧裂-岛叶入路手术治疗基底节区高血压脑出血的疗效。**方法** 2012 年 1 月至 2016 年 1 月应用颞部锁孔经外侧裂-岛叶入路手术治疗基底节区高血压脑出血 82 例。**结果** 术后 2 d 复查头部 CT 示, 血肿清除超过 90% 75 例(91.6%), 70%~90% 7 例(8.4%), 再出血 2 例(8.6%)。术后死亡 3 例, 病死率为 3.6%。存活 79 例术后 3 个月, 根据 GOS 评分评定预后, 恢复良好 41 例, 中残 30 例, 重残 8 例。**结论** 对于无严重脑水肿及非脑疝晚期基底节区高血压脑出血, 颞部锁孔经外侧裂-岛叶入路手术是有效的方法。

【关键词】 基底节区高血压脑出血; 外侧裂-岛叶入路; 锁孔手术; 疗效

【文章编号】 1009-153X(2016)09-0555-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*1

高血压脑出血(hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH)病死率和致残率都较高, 60%以上位于基底节^[1]。自 2012 年 1 月至 2016 年 1 月应用颞部锁孔经外侧裂-岛叶入路手术治疗基底节区 HICH 82 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 52 例, 女 30 例; 年龄 40~78 岁, 平均(57.5±3.6)岁; 病程 1~72 h。均有明确高血压病史 1~30 年, 入院时血压 140~220/90~130 mmHg。

1.2 临床表现 血肿体积为 30~120 ml, 其中≥90 ml 8 例, 60~90 ml 20 例, 30~59 ml 54 例。术前 GCS 评分≥5 分, 其中 5~7 分 20 例, 8~10 分 44 例, 10~13 分 18 例。发病后均有头痛、恶心呕吐、意识障碍、偏瘫。

1.3 手术方法 仰卧位, 作发际内垂直于外侧裂的直切口约 5 cm, 铣刀铣取骑外侧裂的直径 2.5~3 cm 大小骨瓣。额叶侧充分开放外侧裂, 释放脑脊液, 降低颅内压。血肿较大、颅内压偏高时, 先经颞上回穿刺血肿腔减压后再开放外侧裂。循外侧裂达到岛叶, 于无血管区切开岛叶皮层 4~5 mm 进入血肿腔清除血肿。破裂的豆纹动脉是最主要的出血原因, 需确切电凝止血; 血肿壁弥散的静脉性渗血, 用止血纱及脑棉片压迫数分钟即可, 不必电凝。血凝块粘连最

紧的部位往往是血管破口处, 清除并确切止血, 对防止术后复发出血极其关键。血肿破入脑室时, 术中最好不要打通脑室, 而应将脑室破口处血肿少量残留, 以免脑室的血性液进入血肿腔而无法确认血肿腔的止血效果, 同时避免手术操作进入侧脑室但又无法直视的情况下造成不必要的损伤, 较严重的脑室积血应在开颅术前行脑室外引流术。术中需注意对外侧裂血管及血肿中未破裂穿支血管保护, 以免加重损伤。

2 结果

术后 2 d 常规复查头部 CT, 血肿清除超过 90% 75 例(91.6%), 70%~90% 7 例(8.4%, 主要为初期手术时血肿残留), 再出血 2 例(8.6%)。术后死亡 3 例, 病死率为 3.6%, 其中死于肺动脉栓塞 1 例、肾功能衰竭 1 例、术后再出血放弃手术 1 例。存活 79 例术后 3 个月, 根据 GOS 评分评定预后, 恢复良好 41 例, 中残 30 例, 重残 8 例。

3 讨论

3.1 手术时机 目前, 高血压脑出血手术最佳时机的选择, 尚无统一认识。Kaneko 等^[2]提出 HICH 后超早期手术, 即出血后 7 h 内手术; 他们认为 HICH 随着脑水肿的加剧而恶化, 应在脑实质受到严重损害前, 清除血肿, 以利于功能恢复, 降低病死率。但 Morgenstern 等^[3]发现, 4 h 内手术清除血肿, 止血困难, 易复发出血。王建清等^[4]也发现发病 7 h 内手术, 术后再出血风险高, 24 h 后手术并发症发生率高, 因

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.09.014
作者单位: 441021 湖北襄阳, 湖北文理学院附属襄阳市中心医院神经外科(蔡 利、敖祥生、王智勇、朱耀祖、周有东)
通讯作者: 敖祥生, E-mail: xfcaili@163.com

此,认为发病后7~24 h内,是最佳手术时机。延期手术(出血24 h后)虽因血肿自溶较易清除,但血肿周围脑组织已出现变性、坏死等病理改变,脑水肿范围也明显扩大,术后神经功能恢复较差。我们的体会是出血6 h内手术,血肿坚硬需破碎取出,血肿壁渗血较多,止血时间延长,但在良好的暴露、照明的情况下,都可以通过提供手术技巧而改善,如果无明确的手术禁忌证,我们倾向于入院后尽早手术。

3.2 手术方式 目前,HICH手术方式主要有血肿微创穿刺引流+尿激酶溶解术、神经内镜辅助血肿清除术、开颅皮层造瘘血肿清除+去骨瓣减压术等。我们认为手术方式的选择应基于以下几点考虑:①手术应能暴露血肿腔的全部,以便可以直视下全清血肿,同时保证手术的操作清晰可见;②手术尽可能少的产生医源性创伤;③手术在保证医疗效果的同时有利于患者的恢复。1972年,Suzuki等^[5]首先报道经侧裂-岛叶入路。近年来,这一术式的应用逐渐普及。在总结以往常规额颞骨瓣开颅经侧裂-岛叶入路清除血肿的经验时,我们发现HICH有以下独特之处:①不同于外伤性脑内血肿,HICH血肿周围脑组织早期并无严重受损,通过全清血肿可以迅速解除血肿压迫导致的机械性损伤和由血凝块分解产物导致的级联反应损害。②在及时解除血肿造成的损害后,脑组织水肿并不如外伤性水肿明显,去骨瓣减压不是必然,特别是在锁孔开颅时,小的骨瓣弃除并无意义。本组术后未发生因脑水肿需再行去骨瓣减压术。③保留骨瓣,避免了去骨瓣带来的如发生脑积水几率增加、硬膜下积液等并发症,有利于患者的病情恢复。④由于HICH多发于老年患者,常有不同程度脑萎缩,对脑水肿有更大的耐受空间,对脑血肿的体积也表现出更大的耐受性。基于以上的考虑与认识,我们在开展锁孔手术时,血肿体积较其他小骨窗开颅清除血肿局限于60 ml以下的做法有很大的提高,最大的血肿体积达120 ml。颞部锁孔经侧裂-岛叶入路保留了传统额颞骨瓣开颅经侧裂-岛叶入路的精华,同时极大地减少了医源性损伤,避免了去骨瓣带来的并发症。有研究显示小骨窗血肿清除术预后优于传统骨瓣开颅血肿清除,可以降低手术病死率与致残率^[6]。

3.3 围手术期血压管理 血压对HICH的发病、血肿扩大、脑水肿、再出血及预后等各方面均有极大影响,然而急性期血压控制仍然存在多方面的争论,其核心在于如何在血肿体积进一步增大和脑灌注压的维持上获得平衡。最新的欧洲卒中组织自发性脑出

血管理指南^[7]与美国AHA/ASA自发性脑出血管理指南^[8]均认为将收缩压紧急降至140 mmHg是安全的,并有利于改善功能预后。我国的脑出血诊治指南将160/90 mmHg作为参考的降压目标值。本组病人术前均将血压控制在160/90 mmHg以内,术后收缩压进一步控制在140 mmHg水平,未出现因血压波动造成的再次出血或大面积脑梗死。

综上所述,对于非脑疝晚期、脑血肿周围无显著水肿带的基底节区HICH,颞部锁孔经侧裂-岛叶入路手术是安全、有效的方法。

【参考文献】

- [1] Broderick JP, Adams HP Jr, Barsan W, *et al.* Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association [J]. *Stroke*, 1999, 30(4): 905-915.
- [2] Kaneko M, Tanaka K, Shimada T, *et al.* Long-term evaluation of ultra-early operation for hypertensive intracerebral hemorrhage in 100 cases [J]. *J Neurosurg*, 1983, 58(6): 838-842.
- [3] Morgenstern LB, Frankowski RF, Shedden P, *et al.* Surgical treatment for intracerebral hemorrhage (STICH): a single-center, randomized clinical trial [J]. *Neurology*, 1998, 51(5): 1359-1363.
- [4] 王建清,陈衍城,吴劲松,等. 高血压脑出血手术时机的规范化研究[J]. *中国微侵袭神经外科杂志*, 2003, 8: 21-24.
- [5] Suzuki J, Sato S. The new transinsular approach to the hypertensive intracerebral hematoma [J]. *Jpn J Surg*, 1972, 2(1): 47-52.
- [6] 赵继宗,周定标,周良辅,等. 2 464例高血压脑出血外科治疗多中心单盲研究[J]. *中华医学杂志*, 2005, 85(32): 2238-2242.
- [7] Steiner T, Al-Shahi Salman R, Beer R, *et al.* European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage [J]. *Int J Stroke*, 2014, 9(7): 840-855.
- [8] Hemphill JC 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, *et al.* Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. *Stroke*, 2015, 46(7): 2032-2060.

(2016-03-15收稿,2016-04-14修回)