

. 经验介绍 .

保守治疗与内镜治疗手术临界点高血压性脑出血  
的疗效比较

卞杰勇 王晓军 路阳 于涛 周林强 石磊 任峰 曹海波

**【摘要】目的** 比较保守治疗与内镜治疗手术临界点(血肿量 25~35 ml)高血压性脑出血的临床疗效。**方法** 2012 年 1 月至 2015 年 12 月连续收治幕上手术临界点高血压性脑出血 30 例,根据治疗方式分为保守治疗组(18 例)和内镜手术组(12 例)。保守治疗组采用标准的药物处理流程,包括止血、脱水降颅内压、镇静等。内镜手术组在保守治疗组基础上,接受内镜手术治疗。术后 3 个月采用日常生活能力量表(ADL)评分评定疗效,Ⅰ~Ⅲ级为预后良好,Ⅳ~Ⅴ级为预后不良。**结果** 术后 3 个月,保守治疗组 ADL 评分Ⅱ级 3 例,Ⅲ级 5 例,Ⅳ级 10 例;内镜手术组 ADL 评分Ⅰ级 2 例,Ⅱ级 5 例,Ⅲ级 3 例,Ⅳ级 2 例。保守治疗组预后良好率(44.4%, 8/18)明显低于内镜手术组(83.3%, 10/12;  $P<0.01$ )。**结论** 对于手术临界点高血压性脑出血,内镜手术治疗具有简便微创的特点,效果明显优于保守治疗。

**【关键词】** 高血压性脑出血;手术临界点血肿;神经内镜;手术;保守治疗;疗效

**【文章编号】** 1009-153X(2017)09-0663-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1\*1

高血压性脑出血(hypertensive intracranial hemorrhage, HICH)致残率和病死率都比较高。如果出血量大,必须尽早清除血肿<sup>[1]</sup>。但目前对出血量处于手术临界点血肿(25~35 ml),由于病情不是特别急迫等多种原因,仍有采用保守治疗的情况。2012 年 1 月至 2015 年 12 月连续收治幕上手术临界点 HICH 30 例,采用保守治疗或内镜手术治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例选取标准:24 h 内入院,均有高血压病史,术前 GCS 评分>6 分,年龄<75 岁,术前无瞳孔散大等脑疝症状,不伴有心、肺、肝、肾等其他重要器官的功能障碍,排除颅内动静脉畸形、颅内动脉瘤或肿瘤等其他原因导致的颅内出血。根据治疗方法分为保守治疗组和内镜手术组。保守治疗组 18 例,其中男 13 例,女 5 例;出血位于左侧基底节区 8 例,右侧 10 例;平均出血量 30.3 ml;瘫痪肢体肌力 1~3 级。内镜手术组 12 例,其中男 9 例,女 3 例;出血位于左侧基底节区 5 例,右侧 7 例;出血量 32.5 ml;瘫痪肢体肌力 1~3 级。两组病人性别、年龄、出血量、出血部位、等无统计学差异( $P>0.05$ )。

1.2 治疗方法 从发病到治疗时间为 3~72 h。保守

治疗组病人接受标准的药物处理流程,包括止血、脱水降颅内压、镇静等。内镜手术组在保守治疗组基础上接受内镜手术治疗(图 1),具体操作如下:在全麻下采用德国 STORZ 神经内镜以及相应的电视监视系统和手术器械。根据术前头颅 CT 选择血肿量最大层面和血肿中心距颅骨最近处作为颅骨铣骨窗的位置,避开侧裂血管区,为中心作一长度约 4 cm 直切口,铣出一个直径 3 cm 左右的小骨窗,“十”字形切开硬膜,电凝皮层,穿刺套管进行穿刺,到达血肿部位后撤出管芯,经套管置入神经内镜,在内镜术野下清除血肿,术中不强求将血肿全部清除,一般清除 70%~90%就可大大减轻血肿导致的各种损伤;如遇到出血,可用电凝止血。3 例术毕在术区放置引流管。骨瓣复位,缝合皮肤,留置引流管病人术区有少量残余血肿,未采取通过引流管注入尿激酶等措施。

1.3 疗效评定 术后 3 个月,按日常生活能力(activity of daily living scale, ADL)评分评估疗效,Ⅰ~Ⅲ级为预后良好,Ⅳ~Ⅴ级为预后不良。

1.4 统计学分析 用 SPSS 17.0 软件分析数据,计量资料用  $\bar{x}\pm s$  表示,采用  $t$  检验;计数资料比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

术后 3 个月,保守治疗组 ADL 评分Ⅱ级 3 例,Ⅲ级 5 例,Ⅳ级 10 例;内镜手术组 ADL 评分Ⅰ级 2 例,Ⅱ级 5 例,Ⅲ级 3 例,Ⅳ级 2 例。保守治疗组预后良好率(44.4%, 8/18)明显低于内镜手术组(83.3%, 10/

doi:10.1379/2017.09/j.issn.1009-153X.2017.09.020  
作者单位:215000 江苏,苏州市相城人民医院神经外科(卞杰勇、王晓军、路阳、于涛、周林强、石磊、任峰、曹海波)

12;  $P<0.01$ )。

3 讨论

手术临界点高血压性基底节区出血往往神志清楚,一侧肢体不全瘫痪,优势侧还会出现语言功能障碍,可伴恶心、呕吐。既往,有文献报道中等量基底节区出血的手术治疗<sup>[2]</sup>。也有文献报道手术临界点高血压性脑出血的治疗<sup>[3]</sup>。然而,最新指南并未对手术临界点脑出血做出更详细的解释<sup>[4]</sup>,因此,手术临界点高血压性基底节区出血的处理方式并不统一。

关于脑深部中等量高血压性脑出血的治疗方法存在争议,有文献报道手术清除血肿与保守治疗相比并不能显著改善病人的病死率和预后<sup>[5]</sup>。往往在病人神经功能进行性恶化、出血量明显增多、病情明显加重时,才选择手术,而此时实际上已错过了手术治疗的时机,手术效果受到影响。手术清除血肿,在减轻血肿的占位效应和改善局部缺血的同时,也减少了血肿代谢分解产生的各种毒性物质对神经组织造成的损害,所以近年来越来越多的证据强调早期手术<sup>[6-10]</sup>。本文保守治疗组尽管仅有 2 例再出血,但整体效果仍不满意,术后 3 个月 ADL 评分良好率明显偏低。

高血压性脑出血的手术治疗方式较多,至今尚未形成一种公认的最佳方式。随着微侵袭神经外科的发展,内镜下手术清除血肿逐步应用到临床,并逐渐开始显示其优越性。应用内镜技术清除脑内血肿,可消除显微镜下视野死角,从而较彻底地清除血肿;而且也避免了操作时对周围脑组织的过度牵拉。通常不需要放置引流,也不需要注射尿激酶,减少了出血和感染的机会。本文 12 例手术病人中,仅 3 例放置血肿腔引流,未注射尿激酶。利用内镜可以显著缩短手术时间、提高血肿清除率、减少术中出血和正常脑组织损伤明显改善高血压脑出血病人的预后<sup>[11]</sup>,特别适用于基底节区深部血肿。本文 12 例手术临界点高血压性基底节区出血使用内镜手术,随访 3 个月,ADL 评分良好。我们发现在脑出血发病的初期,使用内镜易导致新鲜出血,因此本文 12 例病人皆是在发病 6 h 后才行内镜手术,同时在颅内出血速度快、出血量大时,视野模糊、空间有限使得止血较困难,有时可能需要中转为开颅手术。在内镜操作过程中,尽量减少管鞘的移动次数,尤其是横向移动次数,以尽量减少新的损伤,所以个人体会不必强行要求血肿完全清除彻底,在可疑出血的豆纹动脉处尤需仔细操作,动作轻柔。本文 1 例豆纹动脉出血较快,再次使用显微镜止血。

总之,对于手术临界点高血压性脑出血,应用内镜手术治疗明显优于保守治疗,是一种较为安全、有效的微创治疗方法;但本文病例数较少,仍需临床进一步对比研究。

【参考文献】

[1] 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.

[2] 王文学,汪 军,翟德忠,等. 微创穿刺术与小骨窗开颅术治疗中等量高血压脑出血的疗效比较[J]. 中国临床神经外科杂志, 2009, 14(12): 728-730.

[3] 李从进,陈仕明,张 浩,等. 微创钻孔引流治疗幕上手术临界高血压性脑出血[J]. 临床神经外科杂志, 2012, 9(4): 205-206.

[4] 杜 伟,范存刚,张庆俊. 解读 2010 年美国心脏协会/美国中风协会《自发性脑出血诊疗指南》[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(10): 1074-1076.

[5] Mendelow AD, Gregson BA, Femandes HM, et al. Early surgery versus initial conservative treatment in patients

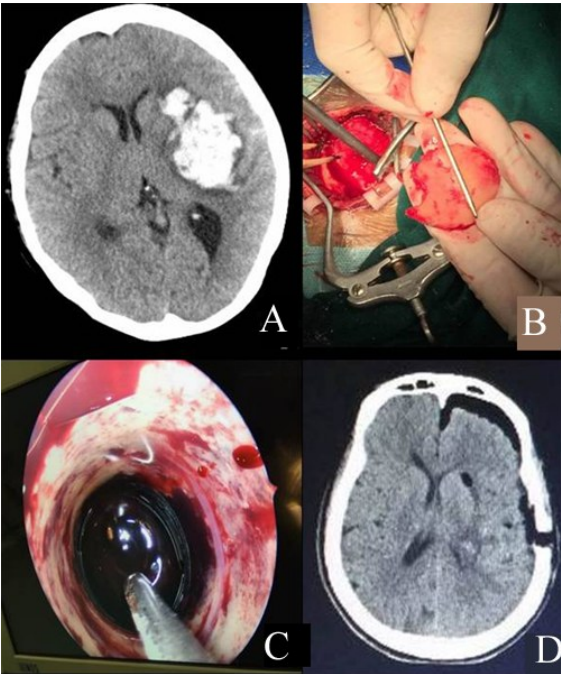


图 1 高血压性左侧基底节区血肿内镜下手术治疗前后影像及术中内镜下表现  
A. 术前头部 CT, 示左侧基底节区出血, 血肿量约 34 ml; B. 术中铣出骨瓣直径约 3 cm; C. 内镜直视下清除血肿; D. 术后 48 h 头颅 CT 示, 血肿完全清除

with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage (STICH): a randomized trial [J]. Lancet, 2005, 365: 387-397.

[6] 周良学,蔡博文,游 潮,等.超早期经侧裂显微手术治疗基底节区高血压脑出血[J].中华神经外科疾病研究杂志,2008,7(1):68-69.

[7] 陈东亮.高血压脑出血手术治疗的进展[J].中国临床神经外科杂,2011,16(2):118-120

[8] 徐凤科,包金锁,陈 伟,等.小骨窗经外侧裂显微手术治疗基底节区脑出血[J].中华神经外科杂志,2013,29(9): 931-932.

[9] Nagasaka T, Tsugeno M, Ikeda H, *et al.* Early recovery and better evacuation rate in neuroendoscopic surgery for spontaneous intracerebral hemorrhage using a multifunctional cannula: preliminary study in comparison with craniotomy [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2011, 20(3): 208-213.

[10] 余永程,杨华荣,郑江环,等.微创治疗与药物治疗高血压脑出血的临床分析[J].重庆医学,2013,42:3505-3507.

[11] 张福征,王才永,张 磊,等.神经内镜与开颅手术治疗高血压脑出血的疗效比较[J].中华神经外科杂志,2015, 31(1):19-21.

(2016-03-16 收稿,2016-04-03 修回)

# 枕下乙状窦后入路显微手术切除听神经瘤的临床分析

兰 静 江普查 曹长军 陈礼道 赵宇航 杨 强

**【摘要】目的** 探讨枕下乙状窦后入路显微手术切除听神经瘤的疗效及保护面神经的技巧。**方法** 回顾性分析 2013 年 1 月至 2016 年 8 月在电生理监测下采用枕下乙状窦后入路显微手术切除的 65 例听神经瘤的临床资料。**结果** 肿瘤全切除 51 例,近全切除 8 例,大部切除 6 例。面神经解剖保留 58 例。术后并发症发生率为 16.9% (11/65)。术后 1 周面神经功能依据 House-Brackmann 分级,Ⅰ级 31 例,Ⅱ级 8 例,Ⅲ级 7 例,Ⅳ级 11 例,Ⅴ级 7 例,Ⅵ级 1 例。出院后随访 2~24 个月,肿瘤复发 2 例。**结论** 显微手术是治疗听神经瘤的有效方法,准确把握面神经与肿瘤关系的各分型以及术中的电生理监测的应用和娴熟的显微手术技能能显著提高面神经的解剖和功能保留率。

**【关键词】** 听神经瘤;显微手术;枕下乙状窦后入路;电生理监测;面神经

**【文章编号】** 1009-153X(2017)09-0665-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1\*1

听神经瘤是桥小脑角区常见的良性肿瘤,占颅内肿瘤的 8%~10%,占桥小脑角区肿瘤的 80%~90%<sup>[1,2]</sup>。听神经瘤以手术切除为主,手术目的是尽可能全切除肿瘤并保留神经功能,提高病人术后生活质量<sup>[3-5]</sup>,但由于肿瘤周围的复杂解剖结构,术后常伴有神经功能障碍。2013 年 1 月至 2016 年 8 月经枕下乙状窦后入路手术切除听神经瘤 65 例,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 65 例中,男 22 例,女 43 例;年龄 15~74 岁,平均 50.7 岁。

1.2 临床表现 耳鸣、听力下降 43 例,听力丧失 12 例,面部麻木或抽搐 21 例,头痛 18 例,视力下降 8

例,行走不稳 15 例,声音嘶哑 1 例,饮水呛咳 4 例,吞咽困难 1 例。术前面神经功能依据 House-Brackmann 分级:Ⅰ级 56 例,Ⅱ级 2 例,Ⅲ级 4 例,Ⅳ级 1 例,Ⅴ级 2 例。

1.3 影像学检查 术前均行头部 CT 和 MRI 检查。CT 平扫为桥小脑角区均匀的等密度或低密度占位性病变,增强后边界清晰,均匀强化,部分伴有囊性变,内听道扩大以及颞骨岩部骨质破坏。MRI 平扫为 T<sub>1</sub>加权像呈低信号或低、等混杂信号,T<sub>2</sub>加权像呈高信号或高、等混杂信号;增强后肿瘤实质呈均匀或不均匀强化,囊变区无强化现象(图 1A~C)。单发听神经瘤 62 例,双侧听神经瘤 2 例,神经纤维瘤病 1 例;肿瘤位于左侧 34 例,右侧 29 例;实性肿瘤 35 例,囊实性肿瘤 27 例,囊性肿瘤 3 例。肿瘤直径 11~60 mm,平均 30.58 mm,其中<20 mm 13 例,20~30 mm 22 例,31~40 mm 15 例,41~50 mm 10 例,>50 mm 5 例,肿瘤致脑干移位并压迫第四脑室引起不同程度脑积水 10 例,内听道扩大 47 例。

doi:10.13792017.09/j.issn.1009-153X.2017.09.021

作者单位:430016 武汉,武汉大学中南医院神经外科(兰 静、江普查、曹长军、陈礼道、赵宇航、杨 强)

通讯作者:江普查,E-mail:jiangpucha64@163.com