

. 经验介绍 .

幕上高血压性脑出血个体化手术治疗

文戴华 易 丹

【摘要】目的 总结幕上高血压性脑出血个体化手术治疗经验。**方法** 回顾性分析手术治疗的 153 例高血压性脑出血的临床资料,分别采用锥颅软管穿刺引流术、小骨窗开颅血肿清除术、大骨瓣开颅血肿清除+去骨瓣减压术以及组合方式治疗。**结果** 术后存活 142 例,出院时按日常生活能力分级:Ⅰ级 24 例,Ⅱ级 36 例,Ⅲ级 43 例,Ⅳ级 29 例,Ⅴ级 10 例。死亡 11 例。**结论** 对于高血压性脑出血的手术方法选择,无需拘谨于单一手术方式,可根据病人具体情况选择个体化的治疗方案。

【关键词】 高血压性脑出血;手术治疗;疗效

【文章编号】 1009-153X(2017)10-0709-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

高血压性脑出血是一种病死率和致残率都很高的疾病,幕上壳核出血最为常见^[1]。手术作为高血压性脑出血的一种重要治疗方式,被广泛接受。2010 年 1 月至 2015 年 6 月采用个体化手术治疗幕上高血压性脑出血 153 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 153 例中,男 84 例,女 69 例;年龄 41~84 岁。术前 CT 显示血肿位于基底节区 96 例、丘脑区 35 例、皮层下 13 例,单纯脑室内铸型出血 9 例;其中基底节区及丘脑出血破入脑室 67 例。术前 GCS 评分 15~13 分 42 例,12~9 分 45 例,8~6 分 47 例,5~4 分 19 例。出血量 10~35 ml 42 例,36~50 ml 75 例,>50 ml 36 例。均符合高血压性脑出血的诊断标准^[2],排除动脉瘤、血管畸形、肿瘤卒中及外伤所致出血。

1.2 手术方式 ①锥颅软管穿刺引流术:术前在 CT 下进行标志定位,选取离血肿最大层面并与血肿最近处为穿刺点,并确定穿刺深度;脑室出血则选取侧脑室额角穿刺。局麻下,用直径 4.0 mm 颅锥锥透颅骨并突破硬脑膜,向血肿方向置入直径 3.5 mm 的硅胶引流软管,达到穿刺深度后,轻柔抽吸,清除部分易于抽动的血肿,术后定期尿激酶血肿腔内注入,促进残留血肿的溶解排出,3~5 d 后复查头颅 CT,证实残留血肿少于 5 ml,无明显占位,对脑脊液循环无梗阻的情况下拔除引流管。②小骨窗开颅血肿清除术:术前根据 CT 定位,在离血肿最近距离区域取长约 5 cm 斜切口,铣刀铣下一直径约 3 cm 小骨瓣,通

过皮质造瘘或脑沟入路,显微镜下清除血肿,彻底止血,术后不留置引流管,缝合硬膜,并回纳小骨瓣并固定。③大骨瓣开颅血肿清除+去骨瓣减压术:选取患侧额颞顶大问号切口,骨瓣面积大于 10 cm×12 cm,并向颅底咬除蝶骨嵴,及部分颞骨,予以颅中窝底充分减压,放射状剪开硬膜,显微镜下,通过外侧裂,经岛叶清除血肿,彻底止血,术后扩大修补硬膜,并去骨瓣减压。④对基底节出血破入脑室,采用小骨窗显微手术加侧脑室锥颅穿刺外引流术。⑤在大骨瓣开颅手术前,先予以微创穿刺抽吸部分血肿等组合方式。

2 结 果

术后存活 142 例,出院时按日常生活能力分级:Ⅰ级 24 例,Ⅱ级 36 例,Ⅲ级 43 例,Ⅳ级 29 例,Ⅴ级 10 例。死亡 11 例(均为术前双侧瞳孔散大的高龄病人,术后出现中枢性呼吸循环功能衰竭,或严重电解质紊乱,或并发严重肺部感染、消化道大出血以及多器官功能衰竭)。

3 讨 论

脑出血后形成的血肿的占位效应和血肿成分对脑组织的破坏作用以及血肿周边的水肿,均可对脑功能造成损害。各种类型的手术治疗,可以在早期清除血肿,解除血肿的占位效应,并能减少血肿成分对脑组织的进一步损害,从而改善病人预后。但如何选择适宜的手术方案没有统一方案。理想的手术治疗是在最小的脑损伤下尽可能快而多地清除血肿^[3]。根据病人血肿量、血肿位置、昏迷程度、瞳孔变化、年龄和全身情况,并结合考虑家属的意愿,选择不同的手术方式,或多种方案的组合应该是一个比

doi:10.1379/2017.09/j.issn.1009-153X.2017.10.013
作者单位:410000 长沙,湖南省中医院神经外科(文戴华);417100 湖南,涟源市人民医院神经外科(易 丹)

较合理的方案。

对血肿量 20~35 ml 的基底节区或脑叶出血,虽然血肿量不大,但考虑血肿代谢产物的细胞毒性作用,尽早清除血肿,可以减少血肿对周边脑组织的毒害作用。此类病人血肿量不大,颅内压增高的症状不明显,暂不需紧急处理颅内压增高的问题。丘脑出血位置较深而血肿量较小,如直视下手术,暴露困难,创伤及手术风险也随之增大。对于脑室内铸型出血,直视下手术涉及的术野大,而且难以清除第三、四脑室积血,不能有效疏通脑脊液循环通路。高龄病人,合并基础疾病较多,心肺功能不全,难以耐受手术。对于这几类病人,锥颅血肿定向穿刺术治疗是较理想的手术方式,3~5 d 内可基本清除血肿,对改善病人的预后有帮助。

对于血肿体积>35 ml 的病人,大多意识障碍较深,或伴有瞳孔的改变等早期脑疝表现,血肿体积较大,急性颅内压增高症状显著,单纯穿刺引流术,短时间内难以迅速有效地清除血肿,降低颅内压,术后血肿残留相对较多,并且无法在术中止血^[4]。另外,单纯穿刺置管时间较长,需要多次引流管内尿激酶注入操作,增加术后发生感染的机会。有研究表明多针穿刺的病人感染风险更高^[5],因此选用小骨窗手术清除血肿更符合微创和安全原则^[6]。随着神经外科手术显微设备的更新和手术技巧的不断熟练以及手术经验的积累,小骨窗手术越来越显示出其优势,一则切口创伤小,能在较短的时间内进入手术部位,失血少,病人全身反应小;二则根据锁孔效应的原理,利用一条最小的颅内创伤手术通道,可以在脑的深部获得越远越大的手术空间^[7];三则在显微镜的帮助下得到充分的照明和清晰的视野,能及时、彻底的清除血肿,控制活动性出血,并能更好的保护好周围脑组织及重要的供血血管,术后也无需再留置引流管,还可回纳小骨瓣,不遗留有颅骨缺损。

对于基底节区出血破入脑室的病人,要完全清除侧脑室内积血则需较大范围的打开侧脑室的外侧壁,对脑组织的损伤大,术后通常出现明显脑室穿通畸形,故此类血肿在通过小骨窗手术清除血肿后,予以血肿侧的脑室锥颅穿刺外引流术,可发挥两种手术方式组合的优势。

对于出现一侧甚至双侧瞳孔散大的病人,此类病人血肿量巨大,并已处于脑疝的中晚期阶段,脑功能损害严重,术后常出现明显的脑肿胀。传统骨瓣开颅,清除血肿并行去骨瓣减压就有独特的优势^[8]。对此类病人应毫不犹豫的选择开颅去骨瓣手术方

式,通过充分减压,为病人争取更多度过术后的水肿关口的机会。但此类病人在开颅手术前,应先进行锥颅血肿穿刺,抽出部分液态血肿,一则可初步降低颅内压,为开颅手术争取时间;二则可以达到控制性阶梯性减压的目的,减少术中急性脑膨出的几率。

但对于双侧瞳孔散大、GCS 评分 3 分、年龄大于 70 岁的病人,术后预后极差,而且开颅手术风险极大,可向家属说明预后不良的情况,适当引导家属倾向于姑息治疗,如家属仍有手术的意愿,采取锥颅微创置管引流术,术中采取置管后生理盐水震荡冲洗,在首次治疗时尽可能多的清除血肿,降低颅内压,减少血肿对周边组织的压迫,这样既可减少手术的风险,同时也可满足家属的治疗意愿。

综上所述,对于高血压性脑出血的手术方式的选择,不必拘于单一方式,根据病人的具体情况,以及结合家属的意愿,灵活而合理选择不同的方式组合,利用各种手术方式的优势,以求既能以最快的方式,最大程度地清除血肿,又能最大程度地保护脑功能,改善病人的预后。

【参考文献】

- [1] 刘干忠,高太平. 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]. 临床医学工程, 2015, 22(6): 733-734.
- [2] 王浩. 高血压脑出血临床特点与微创治疗优势临床观察[J]. 山东医药, 2011, 32(51): 76-77.
- [3] 刘鸣,谢鹏. 神经内科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 2014. 85.
- [4] 陈永群,卢天喜,张欣瑜,等. 重症高血压脑出血手术方式选择及预后的临床研究[J]. 中国医药指南, 2010, 8(21): 7-8.
- [5] 符慧芬,于正涛,翁秀珍,等. 微创穿刺治疗高血压脑出血术后颅内感染的临床特点及预防对策[J]. 中华医院感染杂志, 2014, 24(16): 4051-4052.
- [6] 秦怀海,黄秀江,王文蕾,等. 显微镜下手术治疗自发性脑出血 209 例分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2013, 16(3): 353-354.
- [7] 漆松涛. 神经外科锁孔技术的理念及应用[J]. 中华医学杂志, 2006, 86(21): 1509-1510.
- [8] 戴荣权,任祖东,李明,等. 经侧裂-岛叶入路显微手术治疗基底节区高血压脑出血[J]. 立体定向和功能性神经外科杂志, 2012, 25(5): 291-292.

(2015-12-03 收稿, 2016-03-26 修回)