

. 经验介绍 .

中等量高血压性基底节区出血的手术疗效分析

王兴铎 谢京晶 徐忠法

【摘要】目的 对比分析小骨窗开颅经侧裂手术和钻孔软通道引流术治疗中等量高血压性基底节区出血的效果。**方法** 2008 年 1 月至 2016 年 1 月收治中等出血量高血压性基底节出血 78 例,其中 36 例行小骨窗开颅经外侧裂血肿清除术(开颅组),42 例行钻孔软通道置管引流术(引流组)。**结果** 引流组手术时间明显缩短($P<0.05$),开颅组术后 24 h 残余血肿量明显减少($P<0.05$),开颅组术后 3 周及术后 3 个月 Barthel 指数以及术后 6 个月 ADL 评分均明显优于引流组($P<0.05$)。**结论** 对中等量高血压性基底节区出血,小骨窗开颅经外侧裂入路手术治疗效果好,软通道置管引流术简便快捷,更适合年老体弱病人。

【关键词】 高血压性脑出血;基底节区;小骨窗手术;钻孔引流术

【文章编号】 1009-153X(2017)11-0783-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

基底节区出血是最为常见的高血压性脑出血部位。2008 年 1 月至 2016 年 1 月收治中等出血量高血压性基底节出血 78 例,分别采取经外侧裂小骨窗组开颅术和钻孔软通道置管引流术治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病人与分组 纳入标准:因脑出血首次入院;均经 CT 或 MRI 检查确诊,有或无高血压病史;出血部位位于基底节区,出血量 30~60 ml;发病后 24 h 内就诊且抢救成功,抢救后生存 1 年以上。排除标准:脑肿瘤卒中;血管畸形或脑动脉瘤破裂;有凝血机制障碍;伴有感染性疾病或较严重糖尿病;病人家属不同意治疗方法。78 例中,36 例行小骨窗开颅经外侧裂血肿清除术(开颅组),42 例行钻孔软通道置管引流术(引流组)。开颅组男 22 例,女 14 例;年龄 35~75 岁,平均(60.16±6.41)岁;出血量 30~45 ml 17 例,46~60 ml 19 例,平均出血量(46.16±9.77) ml;发病后超早期(6 h 内)手术 16 例,早期(6~24 h)手术 20 例。引流组男 25 例,女 17 例;年龄 36~78 岁,平均(61.25±5.32)岁;出血量 30~45 ml 20 例,46~60 ml 22 例,平均出血量(45.38±10.81) ml;发病后超早期手术 19 例,早期手术 23 例。两组病人一般资料比较无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 手术方法

1.2.1 开颅组 一般经翼点入路,在颞部作一长 5~6

cm 的半弧形切口,钻孔扩大形成一直径 3 cm 的骨窗。显微镜下解剖分离外侧裂,显露岛叶皮层,选择无血管区切开皮质 1~1.5 cm,向内下侧进入血肿腔,缓慢冲洗吸除脑内血肿,低电流电凝活动性出血点,创面贴覆止血纱布,置 14 号硅胶脑室引流管于血肿腔,另戳孔皮下引出。如果血肿破入脑室,在血肿清除术前依情况做同侧或双侧脑室外引流。如果血肿量>45 ml 且颅内压较高,开颅前静脉快速滴注 20% 甘露醇 125~250 ml。血肿腔引流管术后 24~48 h 拔除,脑室引流管 3~5 d 拔除。

1.2.2 引流组 根据病人 CT 检查,选取血肿面积的最大层面,头部贴电极片明确体表穿刺点。血肿量 30~45 ml 时,根据血肿形状和具体位置在额部或颞部选择一个穿刺点置单管引流。血肿量 46~60 ml 时,在额部和颞部分别穿刺置双管引流,尽量避开脑皮质重要功能区、额窦及重要血管神经走行区域。一般 3~5 d 拔除,拔管后行腰大池置管引流。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 17.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料使用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疗效比较 引流组手术时间明显缩短($P<0.05$),开颅组术后 24 h 残余血肿量明显减少($P<0.05$);两组术后 72 h 残余血肿量无明显差异($P>0.05$)。开颅组术后 3 周及术后 3 个月 Barthel 指数以及术后 6 个月 ADL 评分均明显优于引流组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组术后并发症比较 引流组术后发生再出血 5 例、肺部感染 3 例、上消化道出血 3 例、脑积水 2 例、

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.11.018
作者单位:250031 济南,山东省医学科学院附属医院神经外科(王兴铎、谢京晶、徐忠法)
通讯作者:徐忠法,E-mail:xuzhongfa@163.com

表1 两组病人手术疗效比较

观察项目	引流组	开颅组
年龄(岁)	61.21±5.32	60.1±6.44
术前GCS评分(分)	8.11±2.16	8.07±2.25
术前出血量(ml)	45.31±10.82	46.16±9.71
手术时间(分钟)	35.55±5.32	90.55±15.63*
术后24 h残余血肿量 (ml)	20.56±5.81	5.72±2.14*
术后72 h残余血肿量 (ml)	6.05±2.62	5.72±2.14
术后3周Barthel指数 (分)	26.28±4.58	36.22±5.31*
术后3周GCS评分(分)	10.01±2.62	11.75±2.51
术后3个月Barthel指数 (分)	62.82±10.05	71.42±9.16*
术后6个月ADL评分 (分)	69.61±5.22	78.11±6.05*

注:与引流组相应值比,* P<0.05

癫痫1例;开颅组术后发生再出血2例、肺部感染3例、上消化道出血1例、脑积水1例、癫痫2例;两组术后并发症发生率无统计学差异($P>0.05$)。

3 讨论

高血压性脑出血手术原则是在最小的治疗创伤下,清除血肿并降低颅内压^[1,2]。手术方式的选择理念是清除血肿迅速简便,脑组织损伤较小,预后相对较好。手术治疗的目的在于尽早清除血肿,降低颅内压、降低脑水肿引起的神经功能损害,为受压脑组织的功能恢复创造条件^[3]。对于中等量基底节区出血,小骨窗开颅经外侧裂入路显微直视下清除血肿有以下优势:①可避免伤及额、颞叶及周围重要结构,尤其是血肿位于优势大脑半球,在显微镜下直视操作,视野清楚,可避免伤及重要血管、神经组织。②解剖侧裂池,可以释放部分脑脊液,使颅内压得以下降,同时增加术野暴露空间,降低脑组织的术中牵拉伤,通过外侧裂等自然裂隙及岛叶无血管区,是达血肿腔的最短路径^[4],且该途径基本无血管,到达血肿腔后才需电凝止血,大大降低了电凝所致热损伤。本文结果显示开颅组近期和远期疗效均优于引流组,考虑与血肿消除时间。开颅术为一次性彻底清除血肿,可阻断血肿引起继发性脑损伤及脑水肿的途径,引流术则为逐步引流消除血肿。本文引流组术后24 h残余血肿量明显多于开颅组。术后残余血肿量越多,水肿区域越大,水肿消退时间越长

^[5]。有研究表明,发病后6 h内行脑血管造影检查有30%~46%的病人存在对比剂外漏现象^[6],提示出血未停止,血肿对出血点有压迫止血作用,超早期手术再出血风险相对较大。但有研究认为超早期(出血6 h内)手术清除血肿,利于减轻血肿周围的脑组织受损。对出血量>30 ml但无明显中线移位病人,出血后早期(6~24 h)是较为理想的手术时机^[7,8]。本文引流组术后再出血5例,其中3例为发病后2 h手术,2例为发病后3 h手术;2例行大骨瓣开颅清除血肿,3例经引流管注入止血药物并夹闭引流管,24 h后复查CT示无继续出血,应用尿激酶溶解引流血肿,病情好转。本文开颅组术后再出血2例,均为发病后2 h手术,再出血量均不大,经保守治疗好转。

综上所述,对中等量的高血压性基底节区出血,小骨窗开颅经外侧裂入路手术治疗预后相对较好;钻孔软通道置管引流术简便快捷,更适合体质相对较差病人。

【参考文献】

[1] Ovesen C, Christensen AF, Krieger DW, *et al.* Time course of early postadmission hematoma expansion in spontaneous intracerebral hemorrhage [J]. *Stroke*, 2014, 45(4): 994–999.

[2] Lemaire A, Cuttone F, Desgue J, *et al.* Corpuscallosum hemorrhage during left ventricular-assist device support [J]. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 2013, 21(5): 605–607.

[3] Wagner KR, Dwyer BE. Hematoma removal heme, and heme oxygenase following hemorrhagic stroke [J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2004, 1012: 237–251.

[4] 赵昌平,徐义昌,许 兴,等.翼点切口侧裂-岛叶入路治疗基底节脑出血[J]. *临床神经外科杂志*, 2012, 9: 370–371.

[5] 路江鸿. 手术干预对基底节高血压脑出血水肿半暗区的影响[J]. *河南科技大学学报(医学版)*, 2012, 3(2): 108–110.

[6] 葛峻岭,潘速跃. 脑出血的手术治疗和超早期止血治疗[J]. *国外医学·脑血管疾病分册*, 2005, 13(1): 22–26.

[7] 张 俊,宣宏飞,谢仁龙,等. 高血压脑出血患者不同手术时机治疗与术后发生再出血及近期疗效的关系研究[J]. *中华全科医学*, 2014, 12(4): 551–553.

[8] 张荣军,王晓峰,唐宗椿,等. 6374例高血压脑出血患者临床特点的分析及治疗方法的选择[J]. *中华神经医学杂志*, 2013, 12(1): 57–61.

(2016-09-07收稿,2016-09-26修回)