

. 经验介绍 .

去大骨瓣减压术治疗高血压性基底节区大量出血

文 明 杨先清

**【摘要】目的** 探讨去大骨瓣减压术治疗高血压性基底节区大量出血(60 ml 以上)的临床效果。**方法** 回顾性分析 2013 年 4 月至 2015 年 12 月采取额颞顶去大骨瓣减压术治疗的 28 例高血压性基底节区大量出血的临床资料。**结果** 术后 3 个月 ADL 分级:Ⅱ级 1 例,Ⅲ级 5 例,Ⅳ级 12 例,植物生存 4 例,死亡 6 例。**结论** 超早期大骨瓣减压术挽救入院时 GCS 评分 3~5 分高血压性基底节区大量出血病人的生命有一定意义。

**【关键词】** 高血压性脑出血;基底节;大量出血;去骨瓣减压术;疗效

**【文章编号】** 1009-153X(2018)01-0045-02      **【文献标志码】** B      **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1\*2

高血压性脑出血是神经外科的常见病,基底节区是主要发生部位,其中大量(>60 ml)基底节区出血<sup>[1]</sup>,病情危重,预后不良。2013 年 4 月至 2015 年 12 月采取额颞顶去大骨瓣开颅清除血肿并联合侧脑室外引流术成功挽救 28 例基底节区大量出血病人,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 29 例中,男 17 例,女 11 例;年龄 48~75 岁。均有高血压病史,发病后 30 min~2 h 入院,入院时 GCS 评分 3~5 分,其中 6 例双侧瞳孔散大。颅脑 CT 检查示基底节区出血,中线移位,脑内血肿量均在 60 ml 以上,最大 100 ml;血肿破入脑室系统 20 例,第三、四脑室积血梗阻,Græb 评分≥6 分。

1.2 手术方法 麻醉满意后,行额颞顶标准大骨瓣开颅,骨窗下缘距颅中窝底约 1 cm,蝶骨嵴咬除,后缘绕过顶结节后 1 cm,上缘距中线从前往后 3~5 cm,去骨瓣,电灼硬脑膜,脑穿刺透刺颞中回硬脑膜,探及血肿腔抽吸液态淤血初步减压,硬脑膜四周悬吊。剪开硬膜,常规颞极切除,皮层切开暴露血肿腔后吸引器协助清除淤血块,附壁血块以生理盐水冲洗清除。残腔止血彻底,表面均匀外贴可吸收止血纱布。继而向深部探及侧脑室,留置血肿腔联合侧脑室引流管一根。颞肌贴敷,筋膜减张修补并严密缝合硬脑膜,保留硬膜外引流管一根,头皮分层缝合。硬膜外引流管术后第 2 天拔除,侧脑室引流管保留 7~10 d。术后第 10 天左右行腰大池持续引流。同时早期气管切开,常规调控血压、脱水降颅内压等,积

极调整内环境、防治并发症。

1.3 疗效评定标准 术后 3 个月,根据 ADL 分级评定疗效:Ⅰ级,完全恢复日常生活能力;Ⅱ级,部分恢复日常生活能力;Ⅲ级,日常生活能力不足,需要家人帮助;Ⅳ级,不具备日常生活能力,卧床但意识清醒;Ⅴ级,植物生存状态或者死亡<sup>[2]</sup>。Ⅰ~Ⅳ级为意识状态恢复救治成功。

2 结 果

术后随访 3 个月,22 例存活,其中 18 例清醒,能与外界交流;4 例迁延性意识障碍。术后 3 个月 ADL 分级:Ⅱ级 1 例,Ⅲ级 5 例,Ⅳ级 12 例,植物生存 4 例,死亡 6 例。

3 讨 论

目前,高血压性脑出血的治疗手段主要有神经内镜清除血肿<sup>[2]</sup>、钻孔穿刺引流术<sup>[3,4]</sup>、超早期小骨窗显微开颅术<sup>[5]</sup>、去骨瓣减压术<sup>[4]</sup>等,前三种适合于血肿不太大的病例,而对血肿巨大的病例,则需采用大骨瓣开颅减压术<sup>[6]</sup>,尤其血肿超过 60 ml、颅脑 CT 示中线移位明显病人,因术后脑组织恶性水肿致颅内压增高难以控制而预后不良。

我们认为早期清除血肿,及时解除占位效应,降低全身应激反应,阻断颅内压增高恶性循环,术后能阻止脑出血后弥漫性脑肿胀的发生发展,最大限度地控制颅内压<sup>[4]</sup>。我们的体会:①采用大骨瓣开颅清除血肿并去骨瓣减压,骨窗要足够大,尤其骨窗下缘距颅中窝底约 1 cm,但骨窗上缘距中线不小于 3 cm,否则中线附近蛛网膜颗粒破坏可增加术后脑积水的可能;②颞肌筋膜减张修补硬脑膜,硬脑膜外穿刺血肿,优先抽出液态血肿初步减压,以避免硬脑膜剪开

瞬间脑组织膨出对中线结构的损伤,筋膜修补、颞肌贴敷,能改善脑皮层远期血供;③颞极切除直接减少脑容量,相对增加颅腔空间,亦能充分暴露视野,方便血肿腔内操作,有效止血,降低手术风险;④暴露血肿腔须轻柔,充分减张硬脑膜后,切开脑皮层,暴露血肿腔,避免反复牵拉脑组织,优先依靠脑组织的张力使血肿自动排出,配合生理盐水冲洗清理附壁血块,尽量减少对血肿腔周围脑组织的骚扰;⑤术中经血肿腔放置脑室引流管,或术前经额角行侧脑室穿刺引流术,直接释放部分脑脊液和积血,术后第 10 天行腰大池缓慢引流,配合脱水药物扩张蛛网膜下腔间隙,清除血性脑脊液,降低后期脑积水及穿通畸形的发生率,协同重建脑脊液循环;⑥术后早期气管切开,畅通气道,维持有效血循环及脑灌注,控制并发症。

对于高血压性基底节区大量出血,病情进展迅速,术后出现恶性脑组织水肿,颅内压增高多难以控制,常规微创手术难以达到挽救生命的目的。去大骨瓣减压术可有效缓解颅内压增高,提高生存率。

【参考文献】

[1] Mayer SA, Rincon F. Treatment of intracerebral hemorrhage [J]. Lancet Neurol, 2005, 4: 662-672.  
[2] 张 锐,尹晓亮,刘 磊,等. 神经内镜手术治疗高血压脑出血临床观察[J]. 中国临床神经外科杂志, 2015, 20(8): 483-484.  
[3] 李学鉴,陈世洁. 高血压性基底节脑出血微创软通道引流治疗的体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(8): 497-498.  
[4] 綦 斌,冯兴慧,郭 巍,等. 大量基底节区高血压脑出血的手术治疗体会[J]. 中华神经外科杂志, 2013, 29: 707-709.  
[5] 刘占军,岳树源. 小骨窗血肿抽吸术治疗幕上高血压脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(8): 490-491.  
[6] 段国升,朱 诚. 手术学全集 神经外科卷[M]. 人民军医出版社, 1997. 304-307.

(2016-10-18 收稿, 2016-12-03 修回)

# 支架辅助弹簧圈栓塞治疗前交通动脉宽颈动脉瘤 29 例

李光标 邱修辉 叶远良 罗 毅

**【摘要】目的** 探讨支架辅助弹簧圈栓塞治疗前交通动脉宽颈动脉瘤的方法及疗效。**方法** 回顾性分析 2008 年 1 月至 2015 年 12 月采用支架辅助弹簧圈栓塞治疗的 29 例前交通动脉宽颈动脉瘤的临床资料。**结果** 术后即时造影显示完全栓塞 17 例,近全栓塞 8 例,不全栓塞 4 例。术中动脉瘤破裂 1 例。术后出现脑梗死 2 例。29 例术后 3 个月 DSA 复查显示动脉瘤无复发,载瘤动脉通畅。23 例术后 12 个月复查 DSA, 3 例瘤颈处造影剂显影较前稍增多,继续随访观察。**结论** 支架辅助弹簧圈栓塞治疗前交通动脉宽颈动脉瘤效果良好,但术中需注意防治操作相关并发症。

**【关键词】** 前交通动脉动脉瘤;宽颈动脉瘤;支架;弹簧圈;血管内栓塞

**【文章编号】** 1009-153X(2018)01-0046-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 815.2

前交通动脉复合体解剖结构复杂,前交通动脉是两侧大脑血供平衡及代偿的重要通道,同时存在一些重要的穿支动脉,因此,传统手术治疗前交通动脉动脉瘤容易损伤毗邻血管及脑组织,风险较大<sup>[1]</sup>。目前,血管内栓塞治疗颅内动脉瘤的安全性和疗效显著提高<sup>[2]</sup>。2008 年 1 月至 2015 年 12 月采用支架辅

助弹簧圈栓塞治疗前交通动脉宽颈动脉瘤 29 例,取得良好的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 29 例中,男 11 例,女 18 例;年龄 32~77 岁,平均(55±13)岁。动脉瘤破裂 28 例,未破裂 1 例。术前 Hunt-Hess 分级:0 级 1 例,Ⅱ级 10 例,Ⅲ级 17 例,Ⅳ级 1 例。

1.2 影像学检查 入院后均经 CTA 或 DSA 证实为大脑前交通动脉宽颈动脉瘤,瘤体均大于 3 mm;绝对