

· 经验介绍 ·

小骨窗开颅术治疗老年高血压性基底节区出血

陈绪刚 黄前樟 董小清

【摘要】目的 探讨小骨窗开颅术治疗老年高血压性基底节区出血的疗效。**方法** 回顾性分析 2008 年 1 月至 2017 年 12 月行小骨窗开颅术治疗的 72 例老年高血压性基底节区出血的临床资料。**结果** 发病 90 d 存活 58 例,按日常生活能力分级,Ⅰ级 4 例,Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 26 例,Ⅳ级 14 例,Ⅴ级 3 例;死亡 14 例,病死率为 19.5%。**结论** 小骨窗开颅术治疗老年高血压性基底节区出血,积极有效的围手术期处理,可改善预后。

【关键词】 高血压性脑出血;基底节;小骨窗;显微手术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2018)05-0364-02 **【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老年人常见急危病症,病死率居脑血管病首位;以基底节区出血最常见,占脑出血的 70%^[1]。2008~2017 年采用小骨窗开颅术治疗老年高血压性基底节区出血 72 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 72 例中,男 45 例,女 27 例;年龄 60~82 岁,平均 68.8 岁。首次 CT 扫描示血肿均位于基底节区,丘脑型 23 例,壳核型 38 例,混合型 11 例。血肿量 30~50 ml 43 例,>50 ml 29 例。

1.2 治疗方法 离血肿最近处采用直切口小骨窗(直径 3~5 cm)开颅清除血肿。术后昏迷超过 24 h 病人行气管切开术。术后复查头颅 CT,了解血肿清除及出血情况。血肿基本消失或少于 10 ml 拔除引流管,一般引流时间不超过 3 d。常规亚低温治疗,即全身半导体降温毯加冬眠肌松合剂,可以配合使用冰枕冰帽,10 h 内将体温降至亚低温水平(肛温 33~35 ℃),并维持 3~5 d。

2 结果

发病 90 d 存活 58 例,按日常生活能力分级,Ⅰ级 4 例,Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 26 例,Ⅳ级 14 例,Ⅴ级 3 例;死亡 14 例,病死率为 19.5%。

3 讨论

高血压性脑出血起病急,血肿短时间可迅速增

大,引起颅内占位效应,导致颅内压增高,甚至脑疝形成^[2]。早期及时彻底清除血肿,迅速降低颅内压,减少毒性物质、炎性介质对脑组织的继发损害,改善血肿周围半暗区的神经功能,从而达到减少并发症和改善预后的目的。

老年人的器官随着年龄增大而功能逐渐退化,代偿能力较差,故发病后病情危重,多出现意识障碍、肢体瘫痪;另外,老年人免疫力和调节功能降低,对大手术适应力、耐受力远远低于一般人群,发病后合并感染尤其是呼吸道感染的发生率较高,也是多脏器功能衰竭的重要原因^[3]。

在小骨窗开颅过程中,我们的经验:①切口的定位,包括头皮切开和皮质切口。根据 CT 血肿最大层面标出头皮投影点,然后在颞部作一 3~5 cm 直切口,形成直径 3 cm 的骨窗。对基底节前部型血肿,从外侧裂前点进入显露岛叶,从岛叶造口;对基底节后部型血肿,显露外侧裂后支,定位中央沟下部向岛叶长回造口;对中间类型血肿根据掌握的熟练程度进行选择;皮质造口选择无血管区皮质,切开皮质约 2 cm。②术中脑压板、双极电凝和显微吸引器的操作,在自动牵开器上固定小号脑压板,摒弃助手手动固定脑压板不稳带来的继发性损伤等弊端。用双极电凝和显微吸引器沿皮质造口进入血肿腔,往往切开皮质就有液态血肿溢出。进入血肿腔,吸引器活动范围不能过大,不要超出血肿界限。对于血肿腔底部与大脑深部粘连血肿,大半为出血点附近血肿,可以边用显微剪刀切除边止血。③术中仔细止血。耐心寻找出血点,一般是豆纹动脉、脉络膜动脉分支,应使用棉片轻轻压迫血管,显微吸引器吸引棉片,看清血管后就容易电灼止血。对血肿腔内小静脉渗血,用明胶海绵贴附后轻压棉片吸附数分钟即

可止血。也可加用止血纱覆盖止血。彻底止血后,用生理盐水稍加外力进行冲洗,观察有无新鲜出血,也可用双氧水棉片填塞血肿腔 3 min 观察出血情况。快结束时,观察病人血压,在术中血压控制满意情况下升高收缩压 15 mmHg,以防术中血容量不足致血压降低,使脑灌注降低,导致隐匿出血的血管术后因血压增高再出血可能。另外,术中发现异常改变的淀粉样变血管时,止血更加慎重,术后将含有异常血管的少量脑组织送病理检查,以防漏诊。④对于出血破入脑室系统病人,术前可以先行侧脑室钻孔外引流术,以免小骨窗术后脑组织移位再行钻孔影响引流管的定位。⑤术后立即复查 CT,观察血肿腔有无出血及出血量,若有明显血肿形成,术后在侧脑室引流管注射尿激酶。⑥病例的选择,发病 24 h 以内,生命体征比较稳定,没有发生脑疝,血肿量 40~70 ml,血肿形成比较集中无较多散在,中线结构偏移小于 1.5 cm,特别是双侧瞳孔没有明显恶化(主要指一侧散大、双侧不等大、虽然瞳孔没有散大但眼球固定对光反射消失等情况)。

围手术期的积极处理可以缩短住院时间,显著改善预后。我们的体会:①严格控制血压,加强术后镇静镇痛。控制高血压,首先要降低颅内压,当颅内压下降而血压仍然较高时,才考虑使用降压药物。积极行颅内压监测指导降压药物使用。术中血压不能过高,以利于术中精细操作和止血,有利于术中清除血肿、彻底止血,可以尽量减少再出血的发生率,减少脑组织的再损伤^[4]。术后血压不宜波动过大,特别拔管前严密观察以防呛咳、躁动引起血压增高,发生再出血。术后麻醉监护和 ICU 无缝对接,对于术后复查头颅 CT 的病人,可以捏皮球人工辅助呼吸下进行复查。加强术后镇静镇痛,甚至带呼吸机回 ICU。维持血压相对稳定 120~170/70~90 mmHg,控制颅内、灌注压在正常水平,可明显控制病情的进行性发展。②改善肺部通气,加强呼吸道管理。对于术前有窒息、术中气道阻力大、血氧饱和度在 90% 左右、脑组织虽然塌陷但脑搏动微弱的病人,宜早期行气管切开术,并加强气管切开后护理。③胃肠道出血,常发生于术后 5 d 左右,多为下丘脑及脑干的功能受到影响,迷走神经兴奋性增高,致使胃酸分泌过高所致。术后常规应用质子泵抑制剂如奥美拉唑等及抗酸剂,上胃管行胃肠减压,可观察胃肠道出血的发生,也可注入降压药物治疗。对于发生顽固呃

逆胃酸返流的病人,更要警惕发生胃出血的可能。④预防神经源性肺水肿,当病人出现颜面、口唇、指甲紫绀,咳粉红色泡沫痰,肺部有湿罗音,进行性呼吸困难,就要高度警惕神经源性肺水肿,表示病情危重,加强呼吸道管理,应用脱水剂、肾上腺皮质激素、使用有效抗生素,进行利尿强心,改善微循环等等。⑤急性肾功能衰竭,长期应用大剂量甘露醇会导致肾功能损害并发生水电解质紊乱,术中术后积极行颅内压监测指导甘露醇使用,若是颅内压不高尽量少用甘露醇,考虑使用甘油果糖,心肺功能不好的可以选用速尿针剂,酌情使用新鲜血浆、白蛋白。⑥水电解质液体平衡,老年人机体功能衰退,代偿能力差,手术中失血容易出现组织灌注减退。发生脑出血时身体出现应急状态,容易诱发心功能衰竭,治疗过程中应特别注意遵循补充液体原则、保持水电解质液体平衡。⑦高血糖的治疗,高血压性脑出血病人血中儿茶酚胺、胰高血糖素增高而胰岛素相对不足,易引起乳酸堆积,甚至高渗性昏迷,加重脑损害,影响脑功能恢复,早期适量应用胰岛素很有必要,一般控制血糖在 3.8~7.0 mmol/L 左右。⑧亚低温治疗,控制高热,降低脑细胞耗氧量,减少乳酸堆积,保护血脑屏障,减轻脑水肿,促使脑细胞结构和功能修复。本组术后仍昏迷的病人均行亚低温治疗直到体温恢复正常,效果满意。⑨营养问题,以脂肪乳、氨基酸、葡萄糖为基本营养液进行全身支持治疗。病情稳定后尽快进食,一般术后第三天胃管进食,开始温盐水、米汤,注意有的病人平时没有进食牛奶习惯,胃管进食牛奶后容易出现肠道过敏腹泻等情况。

【参考文献】

[1] 刘 军,陈汉平,叶 辉. 高血压性基底节脑出血的治疗体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(6): 368-369.
[2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科技出版社, 1999. 686-693.
[3] 王宏国,蔡 强,杜 浩. 小骨窗开颅术治疗老年高血压脑出血的临床分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(5): 298-299.
[4] 金 凡,侯博儒,任海军,等. 超早期小骨窗显微手术联合亚低温治疗高血压基底节区脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 15: 691-693.

(2018-03-06 收稿, 2018-04-25 修回)