

. 经验介绍 .

以颞叶血肿为主要表现的破裂后交通动脉动脉瘤的急诊处理

林 忠 罗良生 张 健 廖 萍 吴有志

【摘要】目的 探讨以颞叶血肿为主要表现的破裂后交通动脉动脉瘤的急诊处理方法。**方法** 回顾性分析 15 例以颞叶血肿为主要表现的破裂后交通动脉动脉瘤的临床资料。**结果** 3 例术前 3D-CTA 检查, 9 例行 DSA 检查, 3 例直接手术探查。术前 Hunt-Hess 分级 V 级 DSA 检查后, 因病情危重放弃手术治疗。其余 12 例均行血肿清除+动脉瘤夹闭术。术后随访 3 个月~2.5 年, 术后 3 个月 GOS 评分 5 分 4 例, 4 分 7 例, 3 分 1 例; 放弃手术治疗 3 例死亡。**结论** 以颞叶血肿为主要表现的破裂后交通动脉动脉瘤, 急诊行血肿清除并同时探查夹闭动脉瘤是有效的治疗措施。

【关键词】 后交通动脉动脉瘤; 蛛网膜下腔出血; 颞叶血肿; 显微手术; 急诊

【文章编号】 1009-153X(2018)08-0552-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 651.1*2

颅内动脉瘤破裂所致的蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)合并脑内血肿的部位与动脉瘤的位置密切相关。一般认为动脉瘤性 SAH 合并颞叶血肿多为大脑中动脉动脉瘤破裂所致^[1], 但也有可能是其他部位动脉瘤。2014 年 6 月至 2017 年 2 月收治以颞叶血肿起病的后交通动脉动脉瘤 15 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 15 例中, 男 6 例, 女 9 例; 年龄 44~75 岁, 平均 54.7 岁。术前 Hunt-Hess 分级 III 级 6 例, IV 级 6 例, V 级 3 例。

1.2 影像学表现 头颅 CT 主要表现为颞叶血肿, 合并或不合并 SAH。根据病情, 12 例有机会行 DSA 或 CTA 检查, 均证实为后交通动脉动脉瘤破裂出血; 3 例因入院时颞叶血肿量大, 脑疝形成, 直接手术探查。

1.3 治疗方法 3 例因入院时血肿量大致脑疝形成, 入院后急诊行开颅探查+血肿清除+去骨瓣减压术, 术中探查发现为后交通动脉动脉瘤破裂, 均成功夹闭动脉瘤并清除血肿。其余 12 例中, 3 例急诊 DSA 后病情急剧恶化, 家属放弃进一步手术救治; 其余 9 例 DSA 或 CTA 检查明确为后交通动脉动脉瘤后行开颅动脉瘤夹闭+血肿清除术。手术均在发病 3 d 内

进行, 采取扩大翼点入路。

2 结果

手术治疗的 12 例均清除血肿并成功夹闭动脉瘤(图 1), 术后随访 3 个月~2.5 年, 术后 3 个月根据 GOS 评分判定治疗效果: 术前 Hunt-Hess 分级 III 级 6 例中, 5 分 4 例, 4 分 2 例; IV 级 6 例中, 4 分 5 例, 3 分 1 例, 其中 3 例直接手术探查, 4 分 2 例, 3 分 1 例。术前 V 级 3 例, 因病情危重家属放弃治疗而死亡。

3 讨论

约 20% 动脉瘤性 SAH 合并脑内血肿, 可在短时间内形成脑疝, 预后较差^[2]。尽量在短时间内明确诊断, 清除血肿并处理动脉瘤是改善病人预后的有效措施^[3-5]。

动脉瘤性 SAH 合并脑内血肿的位置与动脉瘤位置密切相关, 其临床意义在于, 在病情危重没有条件做术前脑血管造影的情况下, 需要急诊行脑内血肿清除并探查性夹闭动脉瘤, 血肿的部位是提示术者需要重点探查的部位的主要标志。动脉瘤性 SAH 合并颞叶血肿高度提示大脑中动脉动脉瘤破裂出血^[6], 而后交通动脉动脉瘤破裂导致的颞叶血肿比较少见^[7]。我们总结 15 例以颞叶血肿为主要表现的后交通动脉动脉瘤破裂出血, 提示因颞叶血肿发生脑疝, 需要紧急手术清除血肿并探查夹闭动脉瘤的时候, 除了高度怀疑大脑中动脉动脉瘤破裂出血外, 还应该注意后交通动脉动脉瘤破裂出血的可能。当然, 如果条件许可, 在处理不典型的脑内血肿之前, 尽可能取得脑血管造影资料是非常必要的, 可以在

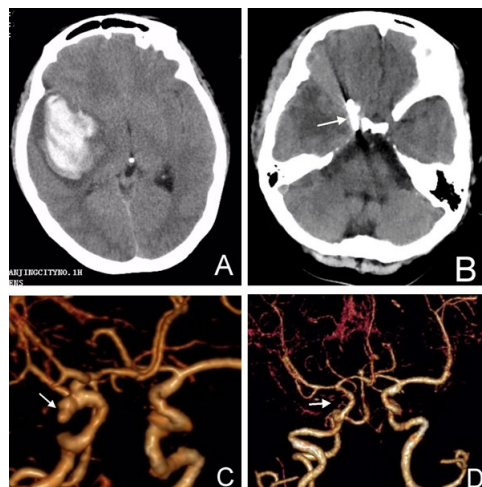


图 1 以右侧颞叶血肿为主要表现的破裂后交通动脉动脉瘤手术前后影像
A. 术前 CT 表现主要为右侧颞叶血肿;B. 颞叶血肿清除+后交通动脉动脉瘤夹闭术后头颅 CT, ↑ 示动脉瘤夹;C. 术前 CTA, ↑ 示动脉瘤;D. 血肿清除+动脉瘤夹闭术后 CTA, ↑ 示动脉瘤夹闭完全

清除血肿并夹闭动脉瘤的时做到有的放矢。在没有造影资料探查夹闭动脉瘤时,要有大脑中动脉动脉瘤及后交通动脉动脉瘤破裂均可导致颞叶血肿的概念。这在实际手术操作中并不会增加太多的操作步骤,因为一般探查动脉瘤的时候,都是从颈内动脉近端开始。有了这个概念后,探查的时候会更小心,防止后交通动脉动脉瘤再次破裂,影响手术效果。一般采用改良翼点入路,大骨瓣开颅,以备去骨瓣减压。如果术前已经发生脑疝,术中必须采取脱水、过度通气、打开脑池释放脑脊液、清除部分血肿等措施降低颅内压,给探查夹闭动脉瘤创造条件。注意在动脉瘤夹闭之前不能完全清除血肿,以免破裂的动脉瘤在载瘤动脉近端控制之前再次破裂,造成灾难性后果。必要的时候,经潘氏点穿刺行侧脑室额角脑脊液外引流术进一步降低颅内压。必须尽量避免在颅内压极高的情况下强行分离侧裂池,这会加重本已经严重水肿的脑组织的挫伤,使脑组织进一步水肿,从而形成恶性循环,使颅内压进一步升高,使得探查手术无法正常进行。在颅内压下降到一定程度之后,在显微镜下解剖侧裂池及颈内动脉池,暴露颈内动脉,自颈内动脉近端向大脑中动脉探查,必须注意探查后交通动脉,以免遗漏。本文病人术中发现 9 例瘤顶位于幕上,3 例瘤体不规则,部分瘤体位于幕上。在解剖侧裂、清除血肿时应特别小心,以免造成瘤体再次破裂出血。手术结束根据颅内压高低

决定是否行去骨瓣减压。术中探查如果没有发现动脉瘤,术后也必须尽早行脑血管造影,以排除探查未能发现的动脉瘤或其他血管病变。

我们认为,对于就诊时脑内血肿巨大已经发生脑疝的疑似脑动脉瘤破裂病人,尽快手术探查夹闭动脉瘤并清除血肿、去骨瓣减压能使部分病人取得较好的预后。前提是手术小组必须有较多的超早期急诊开颅夹闭脑动脉瘤的经验。术前即按动脉瘤夹闭术的要求进行准备,术中要有处理动脉瘤再次破裂的预案。本文 3 例因病情危重,直接手术探查夹闭动脉瘤并清除血肿,术后中残 2 例,重残 1 例。而有 3 例病情危重的病人在急诊行 DSA 检查后,病情迅速恶化,丧失了手术抢救的机会。

【参考文献】

[1] Jabbarli R, Reinhard M, Roelz R, *et al.* Intracerebral hematoma due to aneurysm rupture: are there risk factors beyond aneurysm location [J]? *Neurosurgery*, 2016, 78(6): 813-820.

[2] Wan A, Jaja BN, Schweizer TA, *et al.* Clinical characteristics and outcome of aneurysmal subarachnoid hemorrhage with intracerebral hematoma [J]. *J Neurosurg*, 2016, 125(6): 1344-1351

[3] Jussen D, Marticorena S, Sandow N, *et al.* Ultra-early decompressive hemicraniectomy in aneurysmal intracerebral hemorrhage: a retrospective observational study [J]. *Minerva Anesthesiol*, 2015, 81(4): 398-404.

[4] Jabbarli R, Oppong MD, Dammann P, *et al.* Time is brain! Analysis of 245 cases with decompressive craniectomy due to subarachnoid hemorrhage [J]. *World Neurosurg*, 2017, 98: 689-694.

[5] Zhu W, Mao Y. Prognostic prediction of patients with poor-grade aneurysmal subarachnoid hemorrhage and additional intracerebral hemorrhage [J]. *World Neurosurg*, 2013, 80 (3-4): 268-269.

[6] Stapleton CJ, Walcott BP, Fusco MR, *et al.* Surgical management of ruptured middle cerebral artery aneurysms with large intraparenchymal or sylvian fissure hematomas [J]. *Neurosurgery*, 2015, 76(3): 258-264.

[7] 廖旭兴,王 辉,蔡 瑜 等. 老年颅内动脉瘤破裂伴颞叶血肿的诊治[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2014, 16(5): 541-542.

(2017-09-11 收稿,2018-03-31 修回)