

. 经验介绍 .

幕上高血压性脑出血 162 例手术治疗分析

孙文江 侯国涛 蔡加全 吴建强 余运栋

【摘要】目的 总结幕上高血压性脑出血手术治疗经验。**方法** 回顾性分析2016年6月至2018年12月手术治疗的162例高血压性脑出血的临床资料。85例采用小骨窗手术治疗(小骨窗组),77例采用常规大骨瓣开颅手术(大骨瓣组)。**结果** ①脑出血量 ≥ 60 ml的69例中,小骨窗组21例,大骨瓣组48例;小骨窗组手术时间、术中出血量、二次手术率均明显优于大骨瓣组($P < 0.05$);两组术后5 d脑水肿体积、住院时间及术后3个月GOS评分均无统计学差异($P > 0.05$)。②脑出血量30~60 ml的93例中,小骨窗组64例,大骨瓣组29例;小骨窗组手术时间、术中出血量、住院时间及术后3个月GOS评分均明显优于大骨瓣组($P < 0.05$);两组术后5 d脑水肿体积及二次手术率均无统计学差异($P > 0.05$)。**结论** 对于高血压性脑出血,如果血肿量 ≥ 60 ml或脑疝中晚期,以大骨瓣开颅手术为妥;脑出血量在30~60 ml、无脑疝形成或脑疝形成早期,宜选择小骨窗手术,可以明显缩短手术及住院时间,减少术中出血,改善预后。不同手术方式,各有适应证,遵循个体化原则选择最合理的手术方式。

【关键词】 高血压性脑出血;显微手术;小骨窗;大骨瓣

【文章编号】 1009-153X(2019)11-0699-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*2

高血压性脑出血是严重危害人类健康的疾病之一,也是基层神经外科常见病和多发病,具有高致残率、高病死率的特点^[1]。目前,手术是治疗高血压性脑出血的有效方法,但手术方法较多^[2],各有优缺点。如何根据病人的病情,个体化选择手术方式以减少术后并发症,最大程度地改善预后,提高救治率,仍是目前临床工作的重点。本文对手术治疗的162例高血压性脑出血的临床资料进行回顾性分析,探讨不同术式的临床治疗效果,以期为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选取2016年6月至2018年12月手术治疗的高血压性脑出血162例,所有病人均符合高血压性脑出血诊断标准^[3],出血量 ≥ 60 ml 69例(无脑疝形成51例,单侧瞳孔散大13例,双侧散大5例),出血量30~60 ml 93例(无脑疝形成87例,单侧瞳孔散大6例)。85例采用小骨窗手术治疗(小骨窗组),77例采用常规大骨瓣开颅手术(大骨瓣组)。两组病人性别、年龄、术前GCS评分、出血部位、出血量等均无统计学差异($P > 0.05$,表1)。

1.2 纳入标准与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①均有高血压病史;②头颅MRI或CT等检查发现在基底节区或脑叶出血灶;③头颅

CTA检查未见血管畸形或动脉瘤等;④出血量超过30 ml或中线偏移1 cm有明确手术指征^[4];⑤发病时间不超过1 d且出血后未接受手术治疗;⑥病人及家属签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ①脑出血合并颅脑损伤;②头颅CTA检查示颅内有动脉瘤或血管畸形;③脑出血术后;④家属拒绝手术。

1.3 手术方法

1.3.1 大骨瓣开颅手术 根据头颅CT检查确定出血部位,并根据血肿的部位和范围在额颞部做相应切

表1 两组病人一般资料比较

一般资料	小骨窗组	大骨瓣组
性别(例,男/女)	53/32	55/22
年龄(岁)	58.7 \pm 7.9	60.2 \pm 8.6
出血量(例)		
30~60 ml	64	29
≥ 60 ml	21	48
出血部位(例)		
基底节区	57	49
皮层	14	14
丘脑	9	8
破入脑室	5	6
入院GCS评分(例, ≥ 60 ml/30~60 ml)		
5~7分	1/4	8/3
8~10分	12/41	22/15
11~13分	8/19	18/11

口,常规骨瓣开颅并清除血肿,必要时电凝止血或去骨瓣减压。

1.3.2 小骨窗血肿清除术 在CT引导下定位确定入路点,在颞部做长约5 cm直切口直达骨膜,撑开器将头皮各层撑开,颅骨钻孔将骨窗扩大至直径3 cm。双极电凝硬脑膜“十”字型切开,利用脑穿针对血肿进行穿刺。有陈旧性血液流出时抽出血肿液体部分,皮层造瘘,一次性牵开器固定造瘘通道,冷光源或显微镜直视下清除血肿。利用双极电凝对活动性出血予以止血。无新出血时,脑膜严密缝合,骨瓣复位。

1.4 观察指标 记录手术时间、术中出血量。术后动态复查头颅CT检查以便及时了解颅内情况,选取术后5 d头颅CT计算脑水肿量^[5]。统计二次手术率及住院时间。术后3个月,按GOS评分评估预后。

1.5 统计学方法 采用SPSS 16.0软件分析;计量资料 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用*t*检验和秩和检验;计数资料用 χ^2 检验;*P*<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑出血量≥60ml病人结果比较 与大骨瓣组比较,小骨窗组手术时间、术中出血量均明显减少(*P*<0.05),二次手术率明显降低(*P*<0.05),术后5 d脑水肿体积、住院时间无统计学差异(*P*>0.05)。见表2。

术后3个月,小骨窗组GOS评分5分2例,4分6例,3分11例,2分2例;大骨瓣组GOS评分5分4例,4分15例,3分22例,2分7例。两组术后3个月GOS评分无统计学差异(*P*>0.05)。

2.2 脑出血量30~60 ml病人结果比较 与大骨瓣组比较,小骨窗组手术时间、术中出血量、住院时间均明显减少(*P*<0.05),术后5 d脑水肿体积、二次手术率均无统计学差异(*P*>0.05)。见表2。

术后3个月,小骨窗组GOS评分5分10例,4分32例,3分17例,2分5例;大骨瓣组GOS评分5分3例,4分7例,3分16例,2分3例。小骨窗组术后3个

月GOS评分明显优于大骨瓣组(*P*<0.05)。

3 讨论

高血压性脑出血是高血压病最严重的并发症之一^[6],主要病理损害分为原发性脑损伤及继发性脑损伤^[7]。若能采取相应的治疗措施阻断或减少继发性脑损伤对改善脑出血病人的预后有着非常重要的帮助。目前,临床上治疗高血压性脑出血的手术方法颇多,可大致分为常规手术即大骨瓣开颅和微创手术两类,微创手术方式常见的包括小骨窗开颅、神经内镜以及血肿穿刺置管引流术(包括硬通道和软通道)等^[8]。任何单一手术方式都不能完全平衡所有利弊,术前准确评估病情,充分考虑每种手术的优缺点,结合病人的实际情况,选择尽可能减少继发性脑损伤的手术方式。对血肿量较少,昏迷指数评分较高的或年龄偏大、不能长时间耐受手术的病人,应尽可能地选择微创手术。一般脑出血8 h内出血尚不稳定时,建议血肿穿刺置管引流或者小骨窗开颅血肿清除,手术可及时清除颅内血肿,早期解除颅内压增高状态,减少继发性脑损伤;脑出血8 h后出血基本稳定,可进行小骨窗开颅血肿清除或神经内镜等及时清除颅内血肿,阻断或减少继发性脑损伤。本文结果发现,脑出血量小于60 ml、在无脑疝形成时,与大骨瓣手术相比,小骨窗手术对术后脑水肿影响不大(*P*>0.05),但可明显缩短手术时间及住院时间(*P*<0.05),改善预后。然而,小骨窗手术要求较高,尤其是对血肿的体表定位及术中的止血要求较高,术中对于接近丘脑、内囊后肢、中脑等重要部位,少量残余血肿不要强求清除,以免人为手术损伤大于残留血肿的损伤。

临床手术方式必须与病人个体情况相结合,否则盲目地追求微创手术甚至会加速病人的死亡。对于脑出血量较多、入院GCS评分9分以下的病人,或合并短时间内进行性脑疝伴颅内压增高症状明显的病人,大骨瓣开颅血肿清除术,术中视情况决定是否

表2 不同出血量的高血压性脑出血病人手术疗效比较

脑出血量	组别	例数(例)	手术时间(min)	术中出血量(ml)	脑水肿体积(cm ³)	二次手术(例)	住院时间(d)
≥60 ml	小骨窗组	21	121.47±13.86*	151.76±14.97*	36.71±3.62	4(19.05%)*	20.24±3.49
	大骨瓣组	48	173.52±18.31	183.62±17.93	37.43±3.11	2(4.17%)	21.91±4.78
<60 ml	小骨窗组	64	114.53±13.82*	111.59±9.22*	23.71±3.57	5(7.81%)	18.11±3.37
	大骨瓣组	29	157.79±12.83	145.50±13.63	24.68±3.91	2(6.89%)	19.73±3.54

注:与大骨瓣组相应值比,* *P*<0.05