

个体化手术方式治疗基底节区高血压脑出血 45 例

解 岗

[摘要]目的:探讨个体化手术方式治疗基底节区高血压脑出血的手术技巧及其疗效。方法:基底节区高血压脑出血患者 45 例,根据出血量、出血部位、临床表现等因素,采用个体化手术方式。其中 30 例采用额颞切口大骨瓣经侧裂岛叶入路,13 例采用直切口小骨窗经侧裂岛叶入路,2 例采用微创穿刺血肿清除术。结果:术后复查头颅 CT,血肿清除 >90% 42 例,70% ~ 80% 1 例, <50% 2 例。随访 1 ~ 12 个月,根据格拉斯哥预后评分。恢复良好 23 例,中残 20 例,重残 1 例,植物生存 1 例,无死亡病例。结论:采用个体化手术方式清除基底节区高血压脑出血及术后合理的治疗有助于降低患者死亡率,改善其预后。

[关键词] 高血压脑出血;基底节区;外科手术

[中图分类号] R 743.34

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.10.027

高血压脑出血是神经系统常见病及多发病,具有发病急、病情重、病死率和病残率高、预后差等特点,基底节区是其最常见的出血部位^[1]。2010 年 1 月至 2014 年 1 月,我们采用个体化手术方式治疗基底节区高血压脑出血患者 45 例,取得满意效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择基底节区高血压脑出血患者 45 例,其中男 25 例,女 20 例;年龄 40 ~ 69 岁;术前格拉斯哥昏迷评分(GCS) ≤ 6 分 32 例, ≥ 7 分 13 例;出血量 30 ~ 80 ml。

1.2 手术方法 根据出血量、出血部位和临床表现等因素,共采用 3 种手术方式:(1)大骨瓣组(30 例, GCS ≤ 6 分),采用额颞切口大骨瓣经侧裂岛叶入路,皮肤切口起自颞弓上耳屏前 1 cm,向上经耳后顶结节向前终于发际内(颅骨暴露范围:角突、颞弓上、顶结节),铣刀铣开骨瓣;切开硬膜,镜下分离侧裂蛛网膜(自中央沟下点至侧裂点,主要根据术前 CT 示血肿位置做适当调整),逐步打开侧裂暴露岛叶,自岛叶进入血肿腔,清除血肿并止血,止血纱布贴附血肿腔后,修补减张缝合硬脑膜,弃除骨瓣;(2)小骨窗组(13 例, GCS ≥ 7 分),采用直切口小骨窗经侧裂岛叶入路,沿外侧裂体表投影及血肿位置设计直切口,余操作与大骨瓣组无异;(3)微创穿刺组(2 例,因其他原因选择行微创穿刺),采用微创穿刺血肿清除术,依据头颅 CT 定位,避开侧裂中央沟体表投影,电钻动力驱动将 YL-1 型微创穿刺针钻入

颅内;术中抽取部分血肿证实穿刺针在位后尿激酶注入,逐步清除血肿。

1.3 术后治疗 术后复查头颅 CT 后入监护室,控制血压,预防消化道应激性溃疡,防治高血糖,注意心、肝肾功能,维持水电解质平衡,常规应用脱水药物,适当应用镇静药物及抗生素预防感染,特别是肺部感染,对于昏迷时间长的患者均尽早行气管切开术。对于特殊患者联合多科室会诊诊治(慢性肾功能衰竭患者 1 例,术后无肝素透析;肝硬化失代偿期 1 例,定期补充血小板),效果皆满意。

2 结果

术后复查头颅 CT,患者血肿清除 >90% 42 例,70% ~ 80% 1 例, <50% 2 例(见图 1 ~ 3)。随访 1 ~ 12 个月。根据格拉斯哥预后评分,恢复良好 23 例,中残 20 例,重残 1 例,植物生存 1 例,无死亡病例。

3 讨论

基底节区是高血压性脑出血最常见部位,手术方式较多,各有其适应证^[2-6]。以微创理念为指导,尽量减少术中对脑组织及重要结构的影响和损伤,争取最佳的手术效果,是任何一种手术方式均必须遵从的原则^[7-9]。

在开颅组(大骨瓣及小骨窗组)中,我们根据术前意识障碍程度及瞳孔散大与否决定大骨瓣开颅或者小骨窗开颅,即 GCS ≤ 6 分或者存在瞳孔散大者均行大骨瓣切口, ≥ 7 分无瞳孔散大者行直切口小骨窗开颅。常规开颅后显微镜下解剖侧裂范围一般自中央沟下点至侧裂点(长约 2 cm),大部分情况下根据术前 CT 所示血肿部位,如偏前或偏后可适当调整打开侧裂蛛网膜区间(大部分情况下打开 1 cm

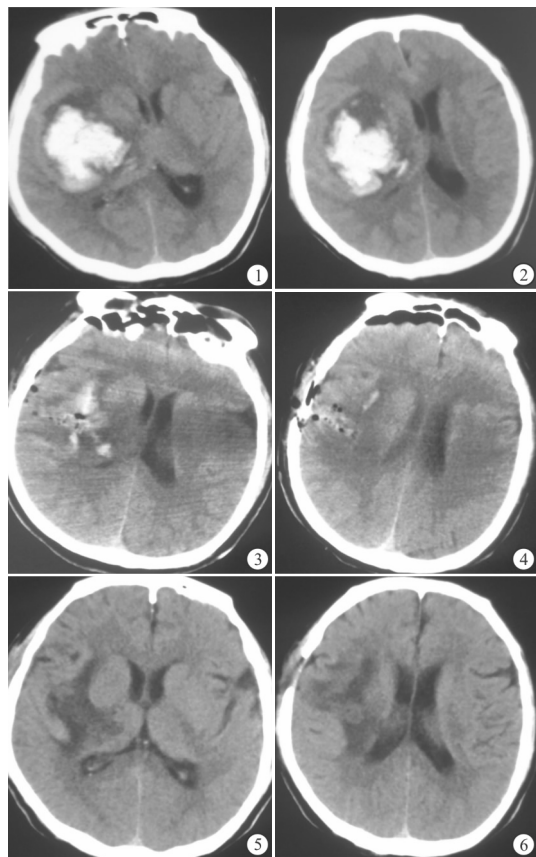


图1、2 术前头颅CT 图3、4 直切口小骨窗经侧裂岛叶入路清除血肿术后复查头颅CT 图5、6 术后2月复查头颅CT

即可满足需要), 5 ml 注射器针头、显微镊及显微剪刀作为蛛网膜切开工具, 自侧裂静脉额侧进行解剖, 术中可采用不断注水技术结合自制小明胶海绵片放入分离间隙来完全打开所需要侧裂, 小脑棉片保护侧裂血管并能起到牵开作用, 经过上述技巧基本上可轻松打开所需要部位侧裂, 这是因为中央沟下点处动静脉较少容易分离, 自后而前分离至侧裂点处即可释放侧裂浅面脑脊液, 同时基底节区血肿由侧裂深部将岛叶向外推挤, 使得侧裂额盖颞盖更易向两侧分开, 且出血本身并不会加重侧裂的粘连。

脑棉保护岛盖后暴露岛叶, 依据术前 CT 表现自岛叶皮层切开 1.0 cm 即可进入血肿腔, 我们很少使用蛇形牵开器, 即使使用也仅仅起阻挡血肿清除后脑组织塌陷的作用, 从而避免对正常脑组织的过度牵拉。清除血肿时严格血肿腔内操作, 不突破边

界是主要原则, 轻柔吸引, 镜下一般可发现出血责任血管, 显微双极电凝密切止血是防止术后再出血的关键步骤。血肿清除完毕后 0.9% 氯化钠注射液冲洗确认无活动性出血, 止血纱布贴附血肿腔。

2 例微创穿刺术患者, 1 例为肝硬化失代偿期患者, GCS 6 分入院时血小板仅 $43 \times 10^9/L$, 紧急输入 1 个单位治疗量后, 行微创穿刺。另 1 例为糖尿病患者, GCS 8 分家属恐惧术后伤口愈合问题, 坚持要求行微创穿刺, 采用的策略是避开血管体表投影区域, 穿刺成功后抽出部分血肿证实穿刺针在血肿腔内后注入尿激酶(不做所谓的血肿粉碎及反复冲洗动作)。微创穿刺缺点主要是: (1) 盲穿; (2) 如出血不能有效止血。故一般手术时间在出血 6 h 后, 但显然进展型脑出血患者会丧失诊疗时机, 在拥有显微操作技术后, 某些特定情况下使用, 如有严重心肺肝肾功能不全等手术相对禁忌证时, 有其适应证。

[参 考 文 献]

- [1] 骆杨, 徐善水, 邵雪飞. 个体化手术入路治疗高血压基底节区出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(3): 133 - 135.
- [2] 钟志宏, 周洪语, 赵晨杰, 等. 基底节区高血压脑出血 CT 分型及手术策略[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(8): 771 - 774.
- [3] 钟志宏, 周洪语, 郭烈美, 等. 经中央沟下点显微手术治疗基底核区高血压脑出血[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2010, 15(11): 504 - 506.
- [4] 唐维凯. 超早期小骨窗开颅显微手术治疗高血压脑出血 113 例[J]. 广西医科大学学报, 2012, 27(2): 305 - 306.
- [5] 谢轩贵, 张洪良, 蔡德成, 等. 早期经翼点外侧裂岛叶入路显微手术治疗高血压基底节区脑出血的临床研究[J]. 四川医学, 2011, 32(6): 830 - 832.
- [6] 游潮, 李浩. 进一步重视和规范高血压脑出血的外科治疗[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(8): 757 - 758.
- [7] 游潮, 刘鸣, 李浩. 高血压脑出血诊治中的若干问题[J]. 中国脑血管病杂志, 2011, 8(4): 169 - 171.
- [8] 李浩, 张帆, 刘文科, 等. 高血压脑出血手术适应证分析及疗效探讨[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(3): 240 - 243.
- [9] 裴裴, 匡良洪, 黄光辉. 极重型基底核脑出血神经内外科疗效的比较[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2011, 11(2): 226 - 229.
- [10] 解岗. 显微镜下小骨窗治疗基底核区高血压脑出血. 蚌埠医学院学报[J]. 2013, 38(4): 431 - 433.

(本文编辑 卢玉清)