

【参考文献】

[1] 姚嘉斐, 王彤. 细胞凋亡调节与宫颈癌发生[J]. 中国肿瘤杂志 2002, 29(1): 49-52.

[2] Ostergaard M, Rasmussen HH, Nielsen HV, et al. Proteome profiling of bladder squamous cell carcinomas: Identification of markers that define their degree of differentiation [J]. Cancer Res, 1997, 51(8): 4111-4117.

[3] Sarto C, Marocchi A, Sanchez JC, et al. Renal cell carcinoma and normal kidney protein expression [J]. Electrophoresis 1997, 18(3-4): 599-604.

[4] Pfeifer GP, Yoon II, Liu L, et al. Methylation of the RASSF1A gene in human cancers [J]. Biol Chem, 2002, 383(6): 907-914.

[5] Leveillard T, Wasylyk B. The PA DM2 C-terminal region binds to

TAF11250 and is required for MDM2 regulation of the cyclin A promoter [J]. I Biol Chem, 1997, 272(49): 30651-30661.

[6] Mann M, Hendrickson RC, Pandey A. Analysis of proteins and proteomes by mass spectrometry [J]. Annu Rev Biochem, 2001, 70: 437-473.

[7] Shirota Y, Kaneko S, Honda M, et al. Identification of differentially expressed genes in hepatocellular carcinoma with cDNA microarrays [J]. Hepatology, 2001, 33(4): 832-840.

[8] Molina R, Filella X, Lejarcegui JA. Prospective evaluation of squamous cell carcinoma and carcinoembryonic antigen as prognostic factors in patients with cervical cancer [J]. Tumor Biol, 2003, 24(3): 156-164.

编辑 许昌泰

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)17-1596-01

高血压脑出血外科治疗 96 例

卢国奇, 蔡娟丽, 马国峡, 石东付, 李国秀
(三门峡市中心医院神经外科, 河南 三门峡 472000)

【关键词】 高血压脑出血 微创 超早期 手术方式 预后
【中图分类号】 R743.2 【文献标识码】 B

0 引言 高血压脑出血病死率、致残率均很高,严重影响患者的生活能力和生活质量^[1]。我科自 2001-12/2006-12 本着“因型治疗”的原则,采用不同的手术方法治疗高血压脑出血 96 例,对其治疗的手术方式与预后的关系分析如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组 96(男 50,女 46)例,年龄 48~76 岁。均有高血压病史。GCS ≤8 分 23 例,9~12 分 73 例。单侧瞳孔散大 18 例,双侧瞳孔散大 8 例,肢体偏瘫及病理征阳性 65 例,去大脑强直 8 例。发病至手术时间均在 6 h 以内。采用常规骨瓣开颅术治疗 26 例,锁孔血肿清除术治疗 33 例,微创钻孔血肿引流术 37 例。CT 扫描所见血肿破入脑室 24 例。85 例为幕上血肿,壳核外侧型 44 例,壳核内侧型 31 例,丘脑 10 例;11 例为小脑出血。血肿量以多田公式计算,10~20 mL 11 例,30~40 mL 30 例,40~50 mL 43 例,50 mL 以上 12 例。血肿量最大 90 mL。

1.2 方法 ①常规标准骨瓣开颅术在全麻下进行,距血肿位置最近大骨瓣开颅,于脑沟切开皮层 2~3 cm,进入血肿腔,可靠止血,部分患者去骨瓣减压,合并脑室出血者同时行脑室外引流。②锁孔手术在局麻或全麻下进行,距血肿位置最近的体表作直切口 4 cm,作直径 2.5 cm 小骨窗,显微镜下分开皮层 1~1.5 cm,与脑沟方向一致,清除血肿彻底止血。③钻孔引流术以 CT 片定位血肿头皮穿刺点,采用 YL-1 型一次性颅内血肿粉碎穿刺针,钻至血肿腔,空针抽吸血肿,而后注入等量生理盐水冲洗至引流液清亮,注入尿激酶 2~5 万 U,夹闭引流管 2~3 h 2~3 次/d,一般置管 3~5 d。

收稿日期 2007-07-02; 接受日期 2007-07-20
作者简介:卢国奇, 学士,主治医师。Tel: (0398)2667812 Email: lgq7812@163.com

2 结果 常规骨瓣开颅术组 26 例,10 例死亡,死亡率 38.5%; 锁孔血肿清除术治疗 33 例,6 例死亡,死亡率 18.2%; 钻孔血肿引流术 37 例,2 例死亡,死亡率 5.4%。生存 78 例,出院时均神志清楚,偏瘫有不同程度恢复。随访 1~6 a 扶杖行走、生活自理 36 例(46.2%),需人扶持 35 例(62.8%)。微创组及钻孔引流组和锁孔组的死亡率明显低于常规骨瓣开颅组。

3 讨论 基底节区是高血压脑出血的常见部位,约占 30%~50%,多为文纹破裂所致^[1]。传统的大骨瓣开颅血肿清除术多在全麻下进行,手术时间长、出血多,手术引起的继发脑损伤及脑水中反应重,对全身器官干扰大,因而死亡率、重残率高,手术风险大。有许多年老、体弱及有合并症的患者往往难以承受。超早期(2~6 h)手术不但可以及时清除血肿,解决脑受压,而且能打破脑出血后一系列病理生理变化,提高疗效^[2]。超早期钻孔手术只在局麻下进行,创伤小,操作简便,因此手术死亡率明显降低。在手术过程中 CT 扫描随时观察颅内血肿清除的动态情况,使不可视的抽吸术在影像学的直视下进行,可控制血肿的抽吸速度,不至于抽吸太快或太完全致原破裂动脉失去血块依托再出血。锁孔手术是一种微创手术,其宗旨是根据个体解剖及病灶特点设计手术入路,避免必要的结构暴露和破坏,充分利用有效空间,以最小的创伤取得最好的手术效果^[3]。锁孔手术优点:直切口入路快速到达血肿部位,减压快;显微镜直视下操作清除血肿及止血彻底,可减少术后再出血几率;对脑组织损伤小,手术中仅暴露了血肿腔壁和 1.5 cm 左右的脑皮层,降低了传统手术造成神经功能的损伤,获得了与常规开颅手术更好的疗效。

我们认为,中度高血压脑出血微创手术优于常规开颅手术,值得进一步推广。但对于脑疝患者和大脑中线移位 > 5 mm,严重脑水肿者还是以采用常规开骨瓣术为好。

【参考文献】

[1] 吴承远, 刘玉光. 临床神经外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 530-531.

[2] 袁军辉, 卢国奇, 马国峡, 等. 超早期微创显微外科治疗高血压壳核出血 [J]. 中国临床神经外科杂志, 2006, 11(12): 751-752.

[3] 王中勇, 兰青. 高血压脑出血三种治疗方法的疗效比较 [J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12(1): 43-44.

编辑 袁天峰