

小骨窗开颅治疗基底节高血压脑出血探讨分析

Analysis of Small Bone Window Craniotomy in Treating Hypertensive Cerebral Hemorrhage in Basal Ganglia

李响雷 陆殷林 王伟

作者单位:235300 安徽省宿州市砀山县人民医院脑外科

作者简介:李响雷(1971-),男,主治医师,医学学士,研究方向:神经外科脑出血的治疗及预后

通信作者:李响雷, E-mail: dslixianlei@163.com

【摘要】 目的:探讨小骨窗开颅治疗基底节高血压脑出血。方法:回顾性分析我科2008年7月~2012年10月采取小骨窗开颅手术治疗的93例基底节高血压脑出血患者的临床资料。结果:93例患者中,存活74例(79.57%),死亡19例(20.43%)。术后3个月根据GOS评分评价疗效。外侧型58例中,恢复良好23例,轻中残31例,重残2例,死亡2例;内侧型35例中,轻中残8例,重残9例,植物生存1例,死亡17例;后者中内囊已破坏及严重脑干受压的18例患者中,11例死亡,6例重残,1例植物生存。结论:小骨窗开颅手术方式相对简单,对患者内环境干扰亦小,更适合在基层医院神经外科开展,对基底节脑出血预后具有相对性决定作用。

【关键词】 高血压;脑出血;基底节;手术;小骨窗;开颅;预后

doi: 10.3969/j.issn.1671-7163.2013.06.021

【中图分类号】 R651.1⁺1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-7163(2013)06-0514-02

随着人口老龄化,高血压病日益增多,加上生活节奏加快生活压力增大,导致高血压脑出血发生率明显增高^[1]。高血压脑出血多见于基底节部位,致死及致残率高,即使患者存活生存质量明显降低^[2]。在基层医院,患者发病急,手术设施及条件有限,采取相应合理术式对患者预后具有决定性作用^[3]。我科2008年7月~2012年10月采取小骨窗开颅手术治疗基底节区高血压脑出血患者93例,疗效满意,总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

93例中,男61例,女32例;年龄36~78岁。93例患者均有高血压病史,病程约3~30 a不等,无或不规则服用降压药物,平日未监测血压。均为急性发病,临床表现为突发剧烈头痛出现一侧肢体运动、感觉障碍并/或意识障碍入院。有瞳孔变化68例,其中双瞳散大6例。GCS评分3~12分。经CT扫描证实为基底节区脑出血,出血量20~120 ml,并排除脑瘤卒中、动脉瘤、动静脉畸形、外伤及凝血功能障碍等;出血部位位于基底节区,外侧型58例(图1),内侧型(丘脑出血)35例(图2),其中内囊已破坏及严重脑干受压患者18例(图3)。

1.2 手术方法

全麻。取直切口长约5 cm。①外侧型基底节脑出血:采用颞下入路小骨窗开颅,经侧裂下方(避

开功能区)皮层进入血肿腔,行血肿清除术49例,占52.69%;②外侧型基底节脑出血破溃脑室或内侧型基底节脑出血血肿位置较高者:采用经额小骨窗开颅血肿清除术(与常规脑室外引流入路相同,其入路所经的脑皮层为非功能哑区)26例,占27.96%;③内侧型基底节脑出血(丘脑出血):采用枕后入路小骨窗开颅,经侧脑室枕角进入丘脑血肿腔(避开了内囊结构),行血肿清除术18例,占19.35%。

2 结果

93例患者中,存活74例(79.56%),死亡19例(20.43%)。术后再出血6例,死亡4例,死亡时间在术后3~6 d;术后出现应激性溃疡、肺部感染及内环境紊乱等并发症62例,死亡15例,死亡时间在术后7~10 d。术后3个月随访,根据GOS评分,外侧型58例中,恢复良好23例,轻中残31例,重残2例,死亡2例;内侧型35例中,轻中残8例,重残9例,植物生存1例,死亡17例;后者中内囊已破坏及严重脑干受压的18例患者中,11例死亡,6例重残,1例植物生存。

3 讨论

高血压脑出血是神经外科临床常见病、多发病,其死亡率及致残率高,并发症多,预后差。外科手术的目的在于清除血肿、彻底止血以减轻血肿对周围脑组织的继发性损害,同时降低颅内压以缓解高颅压

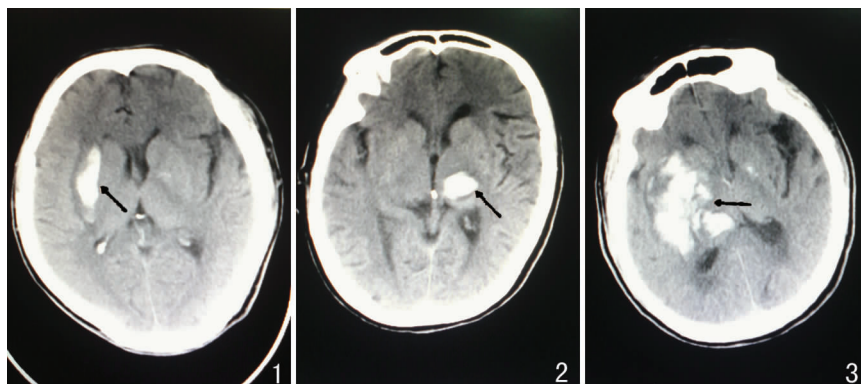


图 1 螺旋 CT 冠状位平扫示右侧基底节出血外侧型(↑) 图 2 螺旋 CT 冠状位平扫示左侧丘脑出血内侧型(↑) 图 3 螺旋 CT 冠状位平扫示右侧基底节出血内侧型 - 内囊已破坏(↑)

Fig. 1 Spiral CT coronal scan showed the right basal ganglia hemorrhage(Lateral type)(↑) Fig. 2 Spiral CT coronal scan showed left thalamus hemorrhage(Medial type)(↑) Fig. 3 Spiral CT coronal scan showed the right basal ganglia hemorrhage(Medial type - Internal capsule damage)(↑)

造成的全脑损害^[4-7],对其治疗效果已得到共识。

目前在基层医院临床应用的术式主要包括骨瓣开颅、小骨窗开颅、血肿置管抽吸引流术。高血压脑出血患者多为老年人,起病急,发病重,又往往合并心、肺、肾等多脏器功能不全,手术耐受性及术后恢复能力差,如手术适应证把握及术式选用不当,有可能加重病情甚至加速患者的死亡^[8]。本组 93 例基底节脑出血患者采取小骨窗开颅手术治疗取得较满意效果,笔者的经验是:直切口小骨窗颅内血肿清除术虽然切口小、骨窗小,但对基底节区出血一般能达到良好暴露,清除血肿彻底,从而解决了单纯引流手术后残留血肿释放毒性介质致周边半暗区细胞继发性凋亡、坏死及脑水肿的问题,且直视下止血亦可靠,基层医院均有条件有能力开展^[9]。手术时间较之骨瓣开颅术短,创伤小,对病人的内环境干扰亦小,更有利于患者手术后恢复及减少并发症。

无论采取何种术式,减少医源性脑功能区的损伤是手术成功及减少并发症的前提。本组患者手术入路的选择充分考虑避开皮层功能区及内囊结构。对于外侧型基底节脑出血,操作中应尽可能避开脑功能区及侧裂血管,选择距皮层相对近的层面进入血肿腔^[10,11];其中经额入路同时可将侧脑室内的血一并清除,可根据具体病情选用。手术时机最好在出血后 6 h 内,甚至更早。在血肿周围脑组织出现不可逆损害之前清除血肿,能更好地挽救神经功能。丘脑出血由于位置深在,且较多破入脑室,通常的小骨窗入路(颞下入路)在清除血肿的同时破坏了内囊结构,故不可取^[12-14]。本组病例采用的是枕后入路小骨窗开颅、经侧脑室枕角进入丘脑血肿腔,清除血肿的同时一并清除侧脑室内积血,避开了内囊结构,从而更有助于受压内囊功能的恢复。

总之,小骨窗开颅血肿清除术对基底节脑出血预后有相对性决定作用,手术方式相对简单,对患者内环境干扰亦小,更适合在基层医院神经外科开展。

参 考 文 献

- 1 杨树源,只达石. 神经外科学. 北京:人民卫生出版社,2008. 1104 - 1114
- 2 张荣军,王晓峰,唐宗椿,等. 6374 例高血压脑出血患者临床特点的分析及治疗方法的选择. 中华神经医学杂志,2013,12(1): 57 - 61
- 3 刘霞溪,熊云彪. 基层医院治疗高血压脑出血的现状分析. 中华神经外科杂志,2011,27(12):1189 - 1190
- 4 王忠诚. 王忠诚神经外科学. 湖北:湖北科学技术出版社,2005. 685 - 686
- 5 雍刚. 早期与超早期手术治疗老年性高血压脑出血的临床效果比较. 中国综合临床,2013,29(1):72 - 74
- 6 王显超,石丽娜,荣根满. 急性脑出血死亡病例分析与临床研究. 中国医药指南,2013,(2):179 - 180
- 7 张松,廖振南,梁其先,等. 手术治疗高血压脑出血并脑疝的临床体会. 中国医疗前沿,2013,(3):77
- 8 宋明浩,李志祥,马文斌. 高血压性脑出血术后再手术原因的临床研究. 中国现代手术学杂志,2012,16(1):57 - 60
- 9 孙宝军. 县级医院高血压脑出血的手术治疗探讨. 中外健康文摘,2013,15:216
- 10 张永青,艾叶. 小骨窗颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血的临床疗效分析. 中国医学创新,2013,(7):129
- 11 张永惠,张春雨,纪兴海,等. 脑出血的显微外科手术. 中国现代药物应用,2012,6(12):56 - 57
- 12 任思颖,王丽琨,伍国锋,等. 立体定向微创技术治疗丘脑出血对患者内囊神经纤维及运动功能的影响. 中华神经医学杂志,2012,11(12):1255 - 1259
- 13 张入丹,余政,王剑波,等. 高血压性丘脑出血的治疗. 中国微侵袭神经外科杂志,2012,17(7):318
- 14 张海泉,周毅,敖祥生,等. 高血压丘脑出血的手术治疗. 中国临床神经外科杂志,2012,17(3):136 - 138

(收稿日期:2013 - 03 - 26)

(编辑:张萍)