

· 临床经验交流 ·

超早期半翼点切口经侧裂锁孔治疗高血压基底节区脑出血的临床体会

唐元辉, 丁浩, 张纯钢, 邵长江, 李巧宇

湘雅博爱康复医院神经外科, 湖南省长沙市 410000

摘要: **目的** 探讨翼点锁孔入路治疗高血压性基底节区脑出血的疗效。 **方法** 回顾性分析对 12 例高血压基底节区脑出血病人在超早期 (≤ 6 h) 采用半翼点切口经侧裂 - 岛叶锁孔入路显微镜手术治疗。 **结果** 手术 12 例术后随访 3 ~ 6 个月, 依据 GOS 评分, 优 8 例, 良 3 例, 中 1 例。 **结论** 超早期半翼点切口经侧裂锁孔入路显微镜下手术治疗高血压基底节区脑出血, 创伤小, 疗效好, 早期康复等优点。

关键词: 脑出血; 基底节区; 超早期; 半翼点; 侧裂入路

DOI: 10.16636/j.cnki.jinn.2019.05.016

高血压致基底节区脑出血是临床上最常见的脑出血类型, 具有致死及致残率高等特点。近年来, 随着影像技术的发展以及导航设备及神经内镜的普及, 脑出血手术治疗的方式更趋于多样化发展。国内外对各种术式的报道及研究屡见不鲜。但整体治疗效果仍差强人意。我们 2014 年 9 月至 2017 年 12 月采用超早期 (≤ 6 h) 半翼点切口经侧裂 - 岛叶锁孔入路显微镜下手术治疗 12 例高血压基底节区脑出血病例, 获得满意疗效, 现报道如下。

1 对象与方法

1.1 入组标准及病例资料

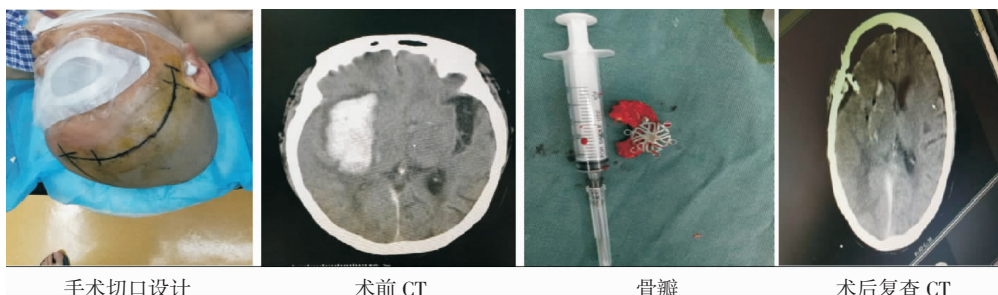
女 8 例, 男 4 例; 年龄在 36 ~ 72 岁之间, 平均 60 岁; 均有明确高血压病史, 均有不规律服药史。且在发病后 6 h 内就诊并行手术治疗, 入院后完善影像学检查行头颅 CT 及 CTA 检查以排除动脉瘤及血管畸形可能 (见下图)。脑内出血量 30 ~ 65 ml, 平均为 45 ml。中线移位 < 10 mm, 术前 GCS 评

分: 9 ~ 13 分 10 例, 6 ~ 8 分 2 例。术前双侧瞳孔等大、光反射正常的 10 例, 单侧瞳孔散大 2 例。

入组禁忌: 对于非高血压性脑出血、GCS 评分 < 6 分、双侧瞳孔已散大、头颅 CT 及 CTA 有李琦岛征或 CTA 点征、中线移位 > 1 cm。具有以上因素者不考虑入组。

1.2 手术方法

沿发际半翼点切口 (如下图示), 长度约 6 ~ 10 cm。骨瓣直径约 3 cm 内, 向颅底扇形切开硬脑膜, 显微镜下分开侧裂约 1.5 cm, 深入 2 cm 可见行走与岛叶上的大脑中动脉及其分支, 注意保护。岛叶造瘘即可见血肿, 沿血肿腔清除血肿, 尽量避免损伤腔壁, 活动出血多为断离豆纹动脉, 可电凝止血, 对于血肿壁周围微渗血用明胶海绵压迫止血即可, 避免因术中止血造成再损伤。清除脑血肿后, 术腔留置引流管。减张缝合硬膜, 骨瓣钛连接片复位固定。术后平稳控压, 早期康复预防术后并发症。



收稿日期: 2019-07-05; 修回日期: 2019-10-10

作者简介: 唐元辉 (1980-), 男, 硕士, 主要研究方向: 脑血管疾病及偏瘫康复的手术治疗等。

2 结果

术后立即复查头颅 CT (见图), 血肿清除率 > 95% 10 例, 术后第二天拔除引流管, 血肿清除率 75% ~ 95% 2 例, 术后第二天行尿激酶溶解引流, 均在 3 天内拔管, 血肿基本清除。本组病例无术后颅内感染。术后肺部感染 6 例, 无再出血及死亡病例。随访 3 ~ 6 个月, 依据 GOS 评分: 优 8 例、良 3 例、中 1 例。

3 讨论

高血压基底节区脑出血是临床最常见的脑出血类型。目前认为长期高血压状态, 导致动脉血管壁损伤发生透明样变性、纤维素样坏死甚至发生动脉瘤样变, 当血压剧烈波动时致使脑血管破裂出血^[1]。通常幕上脑出血 < 30 ml 时, 一般无需手术治疗; 脑内血肿 > 30 ml 时, 考虑到血肿吸收时间长, 血肿代谢吸收过程对脑组织的继发损伤^[2], 以及不可预测的脑水肿及颅压等因素, 主张尽早手术清除血肿, 解除占位, 降低颅内压, 预防脑疝, 终止脑出血后血肿代谢对周围脑组织的继发性损害所致的颅脑损伤的恶性循环。

脑内血肿穿刺抽吸引流术具有可采用局部麻醉, 操作简单, 手术创口小, 手术时间短等优点; 缺点是盲穿, 对脑组织损伤不可控, 无法术中止血, 易再出血等, 同时术中清除血肿有限, 术后需要反复引流管注射尿激酶等药物溶解血肿, 因此增加了术后颅内感染的风险^[3]。标准大骨瓣开颅清除血肿更适用于脑疝已形成, 病情危重患者。其切口及创伤较大, 手术操作复杂, 脑组织无效显露多, 手术并发症发生率更高。

半翼点经侧裂岛叶锁孔显微镜下手术治疗基底节区脑出血有以下优点: ①体现微创理念, 切口小, 开颅相对简单, 锁孔骨窗, 减少不必要脑组织暴露。②经侧裂岛叶入路, 术中无牵拉, 对脑皮质损伤少, 避免因手术造成新的脑损伤。③半翼点切口, 术中可能颅压高脑组织骨窗嵌顿致使分离侧裂困难时, 可咬除蝶骨嵴暴露颅底放脑脊液减压后, 逆行分离侧裂, 减少损伤脑组织。④术后护理简单, 早期康复增强恢复信心, 减少术后并发症。⑤需行去骨瓣减压时, 可直接延长手术切口, 改成标准翼点。本组病例术后恢复良好, 与超早期手术清除血肿以及入选标准密不可分, 因此超早期手术清除血肿以及个性化手术方案的选择对改善预后积极作用。

随着脑研究的不断深入, 已无“哑区”概念, 因此在手术的设计上, 应尽可能利用脑组织的自然间隙, 减少脑组织继发性损伤, 才是真正显微外科的微创。半翼点锁孔经侧裂显微手术是对以上观点的完美体现, 利用脑组织自然间隙进入血肿腔清除颅内血肿并止血, 实现脑微创。本组病例中有 10 例 (83.3%) 患者的脑内血肿清除率在 95% 以上, 无再出血病例。关于手术时机, 有学者主张延迟手术, 认为脑出血 6 h 内手术清除血肿, 血肿尚未稳定, 可能出现术中止血困难, 易因止血导致术中脑损伤, 术后再出血增多^[4]。但也有研究表明, 脑出血后血肿在 CT 上的特异性改变, 可能提示再出血, 如本组病例中的排除因素李琦岛征^[5]。笔者观察到在保守治疗的病历中, 出血后 3 ~ 4 天复查颅脑 CT 血肿未改变但可见血肿周围明显水肿带, 基础研究也证实血肿吸收及代谢会对脑组织产生继发性损伤^[2], 因此在手术时机问题上主张超早期, 早期清除血肿, 解除占位, 降低颅压, 预防脑疝, 减轻继发性损伤, 早期康复, 有利于病人神经功能恢复^[6]。

半翼点超早期经侧裂岛叶锁孔显微镜下手术治疗基底节区高血压性脑出血, 此入路具有损伤小, 术区止血彻底、减少继发性脑损伤、早期康复等优点。

参 考 文 献

- [1] Morgenstern LB, Hemphill JC 3rd, Anderson C, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. Stroke, 2010, 41(9): 2108-2129.
- [2] Zarubin T, Han J. Activation and signaling of the p38 MAP kinase pathway [J]. Cell Res, 2005, 15(1): 11-18.
- [3] Tang ZP, Shi YH, Yin XP, et al. Modifying the details of aspiration operation may contribute to the improvement of prognosis of patients with ICH [J]. Turk Neurosurg, 2012, 22(1): 13-20.
- [4] 梁玉敏, 马继强, 曹铖, 等. 自发性脑出血的手术治疗: 适应证、时机和术式 [J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2014, 19(8): 337-340.
- [5] Li Q, Liu QJ, Yang WS, et al. Island sign: an imaging predictor for early hematoma expansion and poor outcome in patients with intracerebral hemorrhage [J]. Stroke, 2017, 48(11): 3019-3025.
- [6] 吴鹏杰, 刘伟, 李胜利, 等. 高血压脑出血的外科治疗 [J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2015, 20(4): 164-165.