

微创治疗高血压壳核区脑出血的临床体会(附 52 例报告)

温剑峰 尚峰 钱锁开

(解放军第九四医院神经外科 江西南昌 330002)

摘要 :目的 探讨头颅 CT 定位下小骨窗、显微外科技术应用手术治疗高血压壳核区脑出血的疗效。方法 应用头颅 CT 血肿体表定位后 ,直切口小骨窗开颅 ,显微镜下清除血肿及止血治疗。结果 52 例患者中 ,死亡 4 例 (7.7%) ,6 例自动出院 ,获得随访并存活 42 例 ,ADL 分级 I 级 8 例 (19%) ,II 级 30 例 (71.5%) ,III 级 2 例 (4.78%) ,IV 级 2 例 (4.78%)。结论 骨窗、显微器械的应用 ,微创血肿清除 ,是治疗高血压壳核脑出血的有效措施。

关键词 :高血压 ;脑出血 ;小骨窗 ;显微手术 ;微创血肿清除
中图分类号 :R 743.34 **文献标识码** :B

文献编号 : 1671-4040(2004)06- 0026-02

随着城镇老龄化趋势和饮食起居结构的影响 ,高血压脑出血的发病率越来越高。2000 年 6 月~2004 年 6 月 ,我们应用小骨窗及显微外科技术治疗高血压壳核区脑出血取得良好的治疗效果。现报告如下 :

1 对象与方法

1.1 一般资料 男 32 例 ,女 20 例 ;年龄 42~78 岁 ,平均 57.5 岁 ;脑出血超早期手术者 (不超过 8h) 40 例 ,非超早期手术者 (超过 8h) 12 例。42 例有明确高血压病史。

1.2 临床表现 按自发性蛛网膜下腔出血世界神经外科联盟分级^[1] ,I 级 7 例 ,II 级 16 例 ,III 级 21 例 ,IV 级 8 例 ,V 级 0 例。

1.3 辅助检查 全部病例行螺旋 CT 确诊及定位 ,全部病例均为壳核区出血 ,根据多田公式计算血肿量分别为 :<30mL 者 11 例 ,30~50mL 者 32 例 ,>50mL 者 9 例 ,其中 17 例破入脑室。

1.4 手术治疗

1.4.1 手术时机 均选择入院后即急诊手术治疗 ,40 例在 8h 内进行 ,12 例在 8~24h 内得到手术治疗。

1.4.2 手术指征 (1) 幕上血肿 20~30mL ,GCS 记分 13~15 分 ,但局部脑受压症状明显 ,有肢体功能障碍并渐有加重趋势。(2) 幕上血肿 >30mL ,GCS 记分 <13 分。(3) 血肿 >30mL 并破入脑室 ,脑脊液循环障碍 ,脑室有扩大。(4) 80

岁以上高龄并有 2 个以上脏器功能障碍者 ,深昏迷 ,GCS 记分 <6 分 ,双侧瞳孔散大 ,光反应消失 ,呼吸、循环异常 ,出现脑疝晚期征象者属此手术方法禁忌。

1.4.3 手术方法 手术时选用气管插管麻醉 ,根据螺旋 CT 血肿体表定位后 ,切口选在发际内平行外侧裂体表标线略下方行 6~7cm 的直切口 ,小骨窗 (骨窗直径 <3cm) 开颅暴露血肿。方法一 :对于血肿在优势半球者 ,如术前未出现瞳孔散大、脑疝表现的可在显微镜下自侧裂中上部锐性解剖开 1.5cm 左右的入口 ,暴露岛叶的皮质 ,膨隆处切开约 1.0cm 入口 ,以窄脑压板牵开 ,暴露该区血肿。方法二 :对于非优势大脑半球或优势大脑半球的壳核区的小血肿而术前有瞳孔散大、脑疝表现者则先行颞上回中、后部穿刺减压 ,沿穿刺道少血管区切开皮层 (直径 1cm 左右) ,以窄脑压板牵开暴露血肿 ,进入血肿腔 ,在手术显微镜协助下清除血肿 (全部或大部分) ,血肿壁血痂一般不强行清除 ,以免增加出血。在予以压迫、电凝止血后 ,用明胶海绵及生物蛋白胶加固止血。对于在术前有昏迷较深情况而在手术中发现血肿清除后脑肿胀仍明显者 ,扩大骨窗行颞肌下减压。

1.5 统计学方法 本组数据采用卡方检验。

2 结果

获得随访并存活 42 例。按日常生活能力(ADL)^[2]评定 ,I 级 :完全恢复日常生活 8 例 ;II 级 :部分恢复或可独立生活 30

苦、温燥之砂仁 ;酌加枸杞子助养脾肾之阴 ;丹参、合欢皮活血通络 ,养心解郁 ,安五脏 ,和心志 ;共奏益气养阴、健脾化湿、和理心脾之功效。正如《医学入门·消渴》中谓 :“治渴初宜养肺降心 ,久则滋肾养脾 ,养脾则津液自生 ,参苓白术散是也。”《慎斋遗书·消渴》云 :“专补脾阴之不足 ,用参苓白术散。”从现代医学看 ,方中人参、茯苓、白术、枸杞子可降低患者血糖^[4] ;并且人参、茯苓、白术、山药之健脾中药能使下丘脑单胺类神经递质含量发生变化 ,增加下丘脑单胺类神经元的代谢活动 ,增加交感神经张力 ,降低副交感神经张力^[5] ;酌加丹参、合欢皮 ,改善外周循环障碍 ,镇静、解郁^[4] ,促进自主神经损伤恢复 ,使皮肤划痕由红色划痕向正常划痕反应转变 ,胃肠分泌减少 ,吸收增加 ,蠕动减低 ,从而更积极有效地治疗糖尿病腹泻。

参考文献

[1] 陈灏珠,戴自英,丁训杰,等. 实用内科学[M]. 第 11 版. 北京:人民卫生出版社,2001. 958,954

[2] 黄文东,方药中,邓铁涛,等. 实用中医内科学[M]. 上海:上海科技出版社,1985. 477

[3] 沈雅舟,吴松华,邵福源,等. 糖尿病慢性并发症[M]. 上海:上海医科大学出版社,1999. 237~239,246

[4] 顾玉华,尤荣辑,邓维钧,等. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社,1991. 721,327,742,851,546,670

[5] 段元丽,张新民,沈自尹,等. 补肾、健脾、活血三类中药复方对脑室内注射白细胞介素-1 大鼠下丘脑单胺类神经递质变化的影响[J]. 中国中西医结合杂志,1999,19(3): 166

(收稿日期: 2004 -04-09)

葛根素治疗老年脑梗死 82 例

谢轶群

(江苏省如皋市中医院 如皋 226500)

关键词 :脑梗死 ;老年人 ;中西医结合疗法 ;葛根素 ;甘露醇 ;阿司匹林
中图分类号 :R 743.3 文献标识码 :B 文献编号 : 1671-4040(2004)06- 0027-02

我们用葛根素治疗脑梗死 82 例,在治疗后 1 月时对治疗前后血液流变学和经颅多普勒 (TCD) 测定的血液动力学参数及神经功能缺损评分、日常生活能力评分等进行观察,现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 82 例老年脑梗死患者均符合 1995 年全国第四届脑血管病会议通过的诊断标准^[1],年龄 >60 岁,排除严重高血压病合并脑出血患者及糖尿病患者。82 例患者自随机数字表中查取随机数字,随机数字为单数者列入治疗组,双数者列入对照组。治疗组 41 例,男性 30 例,女性 11 例;年龄 61~83 (66.45依.21) 岁;病程 6~98 (44.12依7.24) h;基底节区脑梗死 29 例,脑叶梗死 10 例,小脑梗死 2 例。对照组 41 例,男性 29 例,女性 12 例;年龄 61~86 (67.12依.34) 岁;病程 7~96 (44.78依8.03) h;基底节区脑梗死 31 例,脑叶梗死 9 例,小脑梗死 1 例。经统计学处理,2 组资料比较差异无显著性 ($P<0.05$)。

1.2 治疗方法 参照《BNC 脑血管临床指南》关于脑梗死

例;III 级:需要帮助扶拐行走 2 例;IV 级:卧床,但保持意识 2 例;死亡 4 例 (均为壳核内侧型血肿破入脑室,脑室铸型),病死率为 7.7%。2 种不同手术时机病死率比较: χ^2 检验 $P<0.05$,有显著性差异,详见表 1。

表 1 不同手术时机生存和死亡情况 例

组别	n	病死数	生存数
超早期(<8h)	36	2	34*
非超早期(8~24h)	10	2	8
合计	46	4	42

注: * 与非超早期比, $P<0.05$ 。

3 讨论

高血压脑出血患者施行手术的目的是清除血肿,降低脑压,同时又要注意减少手术对全身的影响和血肿周围组织的损伤。传统的开颅骨瓣成形术,强调直视下完全清除血肿,完善止血,但手术时间相对较长,对脑组织的损伤较大,术后并发症多。1983 年 kaneko 等对 100 例 HICH 患者进行传统的开颅血肿清除术,结果术后 6 个月完全和部分恢复生活功能者为 50%,病死率达 20%~30%。近年来又有立体定向下血肿引流术开展,但通过 CT 动态观察,术后血肿清除相对效果欠佳,术后再出血可能多^[3]。随着显微外科技术在神经外科的应用,目前的手术治疗以开颅小骨窗显微外科技术的效果较好,安全性高,血肿清除及止血的效果确切^[4]。通过对以上病例的临床实践,我们体会到早期小骨窗显微手术的以下优点:(1) 术中能提供良好的视野;(2) 能准确区分血肿与周

围脑组织的边界;(3) 能清楚辨认出血肿周边细小血管,使其在术中得到保护而不致于造成新的出血点或加重脑损害;(4) 不但止血可靠而又不伤及正常脑组织。因此即达到了清除血肿,降低颅压的目的,又更符合微创和安全的原则,患者的疗效也大大提高。

上组病例治疗结果显示,临床病情分级,手术时机是决定脑出血预后的重要因素。大量病理生理研究表明,HICH 在最初几小时内血肿迅速增加,8h 以内引起的血肿周边脑组织损害尚处于可逆状态,8~24h 脑水肿呈进行性加重,周边脑组织继发性损害进一步加剧,颅内压不断增加,意识障碍加深,常在短期内出现脑疝,最终造成脑组织不可逆的损害^[5]。因此尽早手术清除血肿是抢救成功的关键。

2.1 疗效标准 基本治愈:神经功能缺损评分减少 >90%,病残程度 0 级。显著进步:神经功能缺损评分减少 40%~89%,病残程度 1~3 级。进步:神经功能缺损评分减少 18%~45%。无效:神经功能缺损减少 <18%。

2.2 疗效比较 2 组患者临床疗效比较 治疗组基本治愈 4

参考文献

[1]周良辅.现代神经外科学[M].上海:复旦大学出版社,2001.808~809
[2]王忠诚.神经外科手术学[M].北京:科学出版社,2000.361~362
[3]王运华.早期小骨窗开颅血肿清除加溶凝疗法治疗老年脑出血 40 例临床分析[J].山东医药,2004,44(8):24~25
[4]杨李轩,黄权,胡裕全,等.高血压脑出血显微外科手术治疗效果[J].中华显微外科杂志,2002,25(1):23~24
[5]XiG, Keep RF ,Hoff JT .Erythrocytes and delayed brain edema formation following intracerehml hemorrhage in rate[J]. J Neuosurg , 1998,89:991~996

(收稿日期: 2004 -08-24)