

经侧裂入路开颅血肿清除术治疗基底节区脑出血疗效观察

陈东甫

(河南省长垣市人民医院神经外科 长垣 453400)

摘要:目的:探究显微镜下经侧裂入路开颅血肿清除术(CCH)对高血压基底节区脑出血(HBGH)患者疗效的影响。方法:选取 2018 年 6 月~2020 年 5 月收治的 100 例 HBGH 患者,按手术方案不同分为 A 组和 B 组,各 50 例。B 组接受骨瓣开颅颞中回入路手术治疗,A 组接受显微镜下经侧裂入路 CCH 治疗。对比两组围术期指标、血肿清除率、疗效、术后并发症发生率。结果:与 B 组对比,A 组术后昏迷结束时间、手术时长、住院时长较短,术中失血量较少,血肿清除率明显更高($P<0.05$);A 组疗效优于 B 组($P<0.05$);与 B 组对比,A 组术后并发症总发生率较低($P<0.05$)。结论:显微镜下经侧裂入路 CCH 治疗 HBGH 患者可有效优化围术期指标,提高血肿清除率,减少并发症发生,有效提高手术疗效。

关键词:高血压基底节区脑出血;开颅血肿清除术;显微镜下经侧裂入路

中图分类号:R651.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.15.049

高血压基底节区脑出血(Hypertensive Basal Ganglia Hemorrhage, HBGH)为临床常见脑血管疾病,具有发病急骤、病情重、致残率高等特点,患者临床多表现为恶心、呕吐、昏迷等症状,严重者会出现脉搏减慢、呼吸障碍、中枢性衰竭等,严重危及患者生命安全^[1-2]。骨瓣开颅颞中回入路手术为临床针对 HBGH 患者的常用治疗手段,可有效清除血肿,但对机体产生创伤较大,术后易引发肺部感染、癫痫、脑疝等并发症,影响预后。近年来,随医疗技术不断发展,显微技术已逐步应用于临床神经外科开颅手术中,显微镜下经侧裂入路开颅血肿清除术(Craniotomy to Clean Hematoma, CCH)具有创伤小、准确性高等优势^[3]。本研究旨在探究显微镜下经侧裂入路 CCH 治疗 HBGH 的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 6 月~2020 年 5 月我院收治的 100 例 HBGH 患者,按手术方案不同分为 A 组和 B 组,各 50 例。A 组女 21 例,男 29 例;年龄 44~77 岁,平均(60.48±5.26)岁;病程 1~5 h,平均(3.29±0.67)h;身体质量指数 19.3~27.4 kg/m²,平均身体质量指数(22.46±1.13)kg/m²。B 组男 28 例,女 22 例;年龄 43~77 岁,平均(61.08±5.21)岁;病程 1~5 h,平均(3.35±0.61)h;身体质量指数 18.9~27.6 kg/m²,平均身体质量指数(22.73±1.04)kg/m²。两组基线资料(年龄、性别、病程、身体质量指数)均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入排除标准 (1)纳入标准:经 MRI、头颅 CT、DSA 等检查确诊为 HBGH;符合手术指征;患者家属知情本研究,签署知情同意书。(2)排除标准:伴呼吸衰竭;有精神疾病史;患颅内肿瘤;合并严重器质性疾病、血液系统疾病;双侧瞳孔散大。

1.3 手术方法 两组均行气管插管全麻,术后即刻及术后 12 h 复查 CT,了解血肿清除情况及再出血情况,并予以常规抗感染、脱水降颅压、维持水电解质平衡、营养支持等综合处理。

1.3.1 A 组 接受显微镜下经侧裂入路 CCH 治疗。颞骨处钻孔,以铣刀作直径 3~5 cm 骨瓣,悬吊硬脑膜,并予以 125 ml 20%甘露醇注射液(国药准字 H51022149)静滴;切开硬脑膜(十字型),在显微镜辅助下将基底池打开,释放脑脊液,松解蛛网膜(外侧裂中上部),将血管分离;打开侧裂池,显露大脑中动脉及下方岛叶前外侧,切开岛叶皮层 1.0~1.5 cm(要求选择无血管区),将血肿吸出(多角度实施);电凝止血,同时以生理盐水冲洗,分层关颅,引流管放置于硬膜外。

1.3.2 B 组 接受骨瓣开颅颞中回入路手术治疗。作 10~15 cm 额颞切口(马蹄形),骨瓣 9 cm×10 cm,经颞中回入路,确认血肿腔,清除血肿原则同 A 组,减张修补缝合,常规留置引流管。

1.4 观察指标 (1)围术期指标:手术时长、住院时长、术中失血量、术后昏迷结束时间。(2)血肿清除率。(3)术后 3 个月以日常生活能力评估疗效,V 级:植物生存;IV 级:意识清楚,但需长期卧床;III 级:可拄拐行走;II 级:可独立生活;I 级:日常生活完全恢复。(4)术后并发症发生率,包括消化道出血、肺部感染、癫痫、脑疝、术后再出血。

1.5 统计学分析 采用软件 SPSS22.0 分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,等级资料进行 Ridit 分析,采用 U 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围术期指标对比 与 B 组对比,A 组术后

昏迷结束时间、手术时长、住院时长较短,术中失血量较少($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组围术期指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时长 (min)	住院时长 (d)	术中失血量 (ml)	术后昏迷 结束时间(h)
A 组	50	105.62± 23.77	17.81± 4.62	94.82± 20.56	6.12± 2.56
B 组	50	142.83± 27.62	24.37± 5.06	276.54± 45.15	8.94± 2.65
t		7.221	6.770	25.901	5.412
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组血肿清除率对比 A 组血肿清除 48 例,血肿清除率为 96.00%(48/50);B 组血肿清除 40 例,血肿清除率为 80.00%(40/50)。与 B 组比较,A 组血肿清除率明显更高($\chi^2=6.061, P=0.014$)。

2.3 两组疗效对比 A 组疗效优于 B 组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组疗效对比[例(%)]

组别	n	V 级	Ⅳ级	Ⅲ级	Ⅱ级	I 级
A 组	50	2(4.00)	4(8.00)	13(26.00)	14(28.00)	17(34.00)
B 组	50	4(8.00)	9(18.00)	19(38.00)	11(22.00)	7(14.00)
U				2.744		
P				0.006		

2.4 两组并发症发生率对比 与 B 组对比,A 组术后并发症总发生率较低($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症发生率对比[例(%)]

组别	n	消化道 出血	肺部 感染	癫痫	脑疝	术后 再出血	总发生
A 组	50	0(0.00)	1(2.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.00)	2(4.00)
B 组	50	1(2.00)	4(8.00)	2(4.00)	1(2.00)	2(4.00)	10(20.00)
χ^2							6.061
P							0.014

3 讨论

HBGH 为临床常见神经外科疾病,多是由于情绪激动、过度体力劳动、脑力劳动及其他因素导致血压剧烈升高,造成脑血管发生破裂出血所致,其中以豆纹动脉破裂最为多见 [4-5]。HBGH 发病凶险且急骤,发病 20~30 min 即会形成血肿,严重者可造成死亡^[6]。因此,临床应采取积极有效措施,以控制病情进展。

临床针对 HBGH 患者多以骨瓣开颅颞中回入路手术治疗,该术式可于直视下将血肿清除,但医源性损伤相对较大,易对机体正常脑组织产生一定程度的损伤,进而易引发癫痫等后遗症发生。与骨瓣开颅颞中回入路手术治疗 HBGH 相比,显微镜下经侧裂入路 CCH 具有以下几点优势:(1) 外侧裂入路,经脑组织自然间隙进至血肿腔,与其中心区域更接近,利于缩短术中操作路径,加之显微镜放大功能,可使术野更加清晰,更利于术者操作,进一步缩

短手术时长^[7];(2) 利用显微镜放大功能,术野更加清晰,更利于清除血肿,且更易找出出血责任血管,更利于精准止血,减少术后并发症发生;(3) 通过脑组织自然间隙进入血肿腔,加之显微镜辅助,可有效避免对传导纤维束及颞叶产生损伤,减少脑压板对脑组织长时间牵拉,进而有效避免加重脑组织损伤及神经功能损伤,减少医源性损伤,更利于患者术后快速恢复^[8-9]。本研究结果显示,与 B 组对比,A 组术后昏迷结束时间、手术时长、住院时长较短,术中失血量较少,血肿清除率明显更高($P<0.05$);A 组疗效优于 B 组($P<0.05$);与 B 组对比,A 组术后并发症总发生率较低($P<0.05$)。可见显微镜下经侧裂入路 CCH 治疗 HBGH 在缩短手术时长方面更具优势,且更能有效清除血肿,减少术中失血量,降低并发症发生风险,更利于患者术后身体恢复,提高疗效。但行显微镜下经侧裂入路 CCH 时仍需注意该术式操作相对复杂,对施术者技术要求较高。此外,该术式不适用于血肿量>70 ml、颅内压严重升高者,因上述类型患者外侧裂分离较困难,易对脑组织在成牵拉性损伤,应严格掌握适应证。

综上所述,显微镜下经侧裂入路 CCH 治疗 HBGH 能有效提高手术疗效,具有出血少、手术时长短、术后恢复快、血肿清除率高、并发症少等优势,值得临床推广。

参考文献

[1]宋志强,朱安林,黄勇,等.基底节区高血压脑出血 CT 分型及其对手术选择的影响[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2019,17(12):20-22.
[2]齐亮,韩辉,郑金玉,等.神经内镜手术与显微镜手术治疗高血压基底节区脑出血的有效性及安全性研究[J].神经损伤与功能重建,2018,13(1):29-30.
[3]霍小东,朱海波,马晓龙.显微镜下经侧裂岛叶入路血肿清除术在基底节区高血压性脑出血中的应用[J].立体定向和功能神经外科杂志,2018,31(4):241-243.
[4]高俊丽,李定安,俱西驰.血肿内低温灌洗对基底节高血压脑出血的神经保护作用[J].西南国防医药,2017,27(7):740-743.
[5]周军格,岑波,陈俊瑜,等.神经导航引导下硬通道多靶点治疗基底节高血压脑出血[J].国际神经病学神经外科学杂志,2017,44(6):622-625.
[6]刘万荣,魏忠,方有利,等.传统骨瓣开颅血肿清除术与小骨窗入路血肿清除术治疗基底节区高血压脑出血的临床疗效对比观察[J].安徽医药,2017,21(10):1844-1846.
[7]徐剑峰,刘阳,曹辉,等.显微镜下经侧裂入路高血压基底节区脑出血清除术的疗效分析[J].成都医学院学报,2019,14(4):435-439.
[8]李越,欧海荣,李辉.小骨窗开颅显微镜下血肿清除与保守治疗 30~40 ml 高血压基底节出血的效果比较[J].广东医科大学学报,2021,39(2):198-200.
[9]张鹏.显微镜下经外侧裂入路手术治疗重症高血压基底节出血临床效果[J].山西医药杂志,2021,50(5):782-784.

(收稿日期: 2021-04-12)