

# 微创开颅术治疗高血压脑出血 71 例

赵晓平 胡珍渊 柯尊华 周雄波 周振国

(陕西中医学院附属医院神经外科, 陕西 咸阳 718083)

**摘要:** 通过应用微创手术治疗高血压脑出血 71 例临床分析, 探讨微创手术治疗高血压脑出血手术时机, 手术方式, 并将微创开颅手术同传统手术进行比较, 认为脑出血后 7—48 小时内施行手术最佳, 该方法具有血肿定位准确、创伤较小, 血肿清除彻底的特点, 是目前治疗高血压脑出血较好的一种方法。

**关键词:** 高血压; 脑出血; 微创手术

**中图分类号:** R651.1<sup>+</sup>1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-168X(2004)02-0034-02

随着我国逐渐进入老龄社会, 脑血管病的发病率呈逐年上升趋势, 高血压脑出血约占脑血管疾病的 30~40%, 死亡率居脑血管病的首位, 手术治疗脑出血已在临床上得到普遍运用, 并被大多数神经外科医师认同, 但手术适应症及手术方式存在较大的差异。我科自 1997 年至今以来采用微创开颅术治疗高血压脑出血取得较好效果, 现总结如下:

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

男 37 例, 女 34 例, 年龄 50~79 岁, 平均年龄 64.5 岁, 50~60 岁 13 例, 61~70 岁 46 例, 71~79 岁 12 例。所有的病例入院时血压均超过高血压诊断标准, 其中 48 例有高血压病史, 8 例从未量过血

压。

### 1.2 临床表现

本组病例入院前都有头昏史, 入院时均有意识障碍, GCS(格拉斯哥评分 Glasgow Coma Scale)9—13 分 28 例, 7—8 分 32 例, 5—6 分 11 例, 伴呕吐 19 例, 失语者 34 例, 瞳孔大小正常、光反应迟钝 23 例, 瞳孔缩小 19 例, 瞳孔明显不等大 20 例, 瞳孔放大者 9 例, 均有程度不等的肢体障碍, 病理反射均为阳性。

### 1.3 出血部位

所有病例术前均行头颅 CT 检查, 其中内囊出血 43 例, 外囊出血 13 例, 丘脑出血 1 例, 皮层出血 8 例, 小脑出血 3 例, 脑室出血 3 例。

要求。

### 4.2.2 操作简便, 副损伤少

小儿斜疝经腹修补术, 解剖层次清楚, 寻找疝环容易, 不显露精索, 不分离疝囊, 操作简便, 可避免手术副损伤的发生, 本组 54 例, 无一例发生副损伤。

### 4.2.3 不易引发感染

小儿斜疝经腹修补术随经腹腔修补, 但不深入腹腔, 只在切开的腹膜上进行缝合, 不做任何组织剥离, 因此引起腹腔感染和粘连的可能性极小, 本组术前均常规应用抗生素 1 次, 术后均未再用, 无感染发生。

### 4.2.4 手术时间短

一般 15~40 分钟, 平均 22.5 分钟, 5~7 天拆线。最短术后观察 2 小时, 最长住院观察 3 天, 为病人节约了经济开支。

### 4.2.5 效果甚佳

本组 54 例经随访观察 1~9 年, 无一例复发。以上优点证明, 小儿腹股沟斜疝经腹修补术应该推广应用。

## 参考文献

[1] 王寿林等. 腹股沟斜疝经腹修补术的疗效观察, 实用外科杂志, 1992, 第三期, 132 页

(收稿日期: 2003-10-20)

#### 1.4 出血量

选择 CT 扫描中最大血肿层面,按多田氏公式计算出血量,30—50ml 56 例,51—80ml 9 例,小脑出血 10—30ml 3 例,3 例脑室出血未作测量。

#### 1.5 手术时机

所有病例都在入院后 12h 内,发病后 24h 内完成手术,麻醉均采用气管插管全麻。

#### 1.6 手术方法

按照 CT 影像,根据血肿的部位、大小、形态,以离血肿最近处取发际内,纵行头皮直切口,最常用是耳廓前切口,长约 4—5cm,全层头皮切口,用乳突撑开器张开切口,电钻钻颅,稍加扩大至直径 3—4cm 的骨窗,“十”字切开硬脑膜,在脑表面无血管区切开脑皮质 1cm,用小脑压板垂直分开,进入血肿腔,一边吸除血凝块,较大的血块用标本镊取出血凝块,一边调整脑压板角度,吸引器也随着移动,血凝块则被挤出。吸引器吸力要恰到好处,不可过大,轻轻贴于血凝表面,一旦出现灰白色的脑组织,则表示该处已清除干净,血肿清除后反复用生理盐水冲洗,未见渗血,脑压明显减低,皮质明显塌陷,脑搏动良好,血肿腔放置多孔引流管一根,全层缝合头皮。

#### 1.7 术后处理

术后病人进行心电监护,稳定血压,一般维持在 160/100mmHg 左右,术后 48h 拔出引流管,昏迷者及时行气管切开术。术后给予监控颅内压,防止颅内压升高而引起的肾损害,加强对肺部感染、消化道出血等并发症的防治,保持水电解质平衡。

#### 1.8 结果

术后 48h 复查头颅 CT 检查,血肿基本清除者 63 例,占 88.7%,血肿基本同前者 5 例,血肿大于术前 3 例,其中 2 例 2 次手术,1 例放弃手术治疗。本组病例术后 5 例加重,死亡 3 例,1 例肾功能衰竭而死亡,1 例肺部感染死亡,1 例死于颅内再出血,1 例长期昏迷而放弃治疗,13 例植物生存状态。其余病人均清醒,26 例有明显语言障碍,45 例均有部分肢体功能障碍。

### 2. 讨论

#### 2.1 微创开颅和高血压脑出血

微创开颅术是近几年新兴的手术方法,该方法是以最小的医源性损伤,达到最好的治疗效果,争取病人尽量恢复健康,微创开颅术简单快捷,手术时间短,对患者影响较小,有效保护脑组织,手术过程可不用输血。同传统骨瓣开颅手术相比,对病人创伤小,手术简便,时间短,速度快等特点,同钻孔引流手术相比,该方法可迅速清除血肿、降低颅内压,从而迅速解除血肿占位压迫及血肿分解产生的神经毒素物质对脑细胞的损害,本组病例 71 例,血肿清除率达 88.7%,术后死亡 3 例,死亡率 4.3%,死亡率已降至 30% 以下,我们认为对于高血压脑出血采用微创开颅术,既迅速清除血肿,又保护脑组织,是高血压脑出血较好的一种治疗方法。

#### 2.2 手术时机及手术方式

手术时机:有文献报导起病后 7h 手术效果较佳,视之为超早期手术。一般来讲,脑出血后 20—30 分钟颅内血肿形成,6—7 小时后出现水肿,12 小时达到中度水肿,24 小时达到高度水肿。本组病例手术均在发病后 24 小时内完成,我们认为幕上超过 30ml,幕下超过 10ml,合并意识障碍,瞳孔有改变者均应考虑手术。手术目的在于清除血肿,解除血肿占位压迫对脑组织所造成危害,迅速降低颅内压,为受压神经元恢复创造积极条件,防止和减少出血后一系列的继发性病理改变。对于手术时机我们认为 7—48h 时较佳。

手术方式:选择合理的手术入路及手术方式是手术成功的关键。本组病例 3 例脑室出血者行额角脑室置管引流术,其余均行微创开颅术清除颅内血肿,该方法有定位明确、手术时间短、创伤较小、手术视野暴露良好、术中清除血肿较彻底、手术过程不需输血等特点。

#### 2.3 本组治疗结果分析

本组病例死亡 3 例,死亡率为 4.3%,术后降低颅内压、控制脑水肿,让病人渡过危险期,减少并发症,保护好神经功能对于降低病死率及致残率相当重要,术后积极预防感染的发生,保证稳定的血压,维持水电解质平衡,保护重要脏器功能(心、肾脏)都是十分重要的。

(收稿日期:2003—09—02)