

· 诊治分析 ·

# 术中借助脑搏动清除血肿治疗高血压脑出血疗效观察

周雄波 范小璇 阳建权 赵晓平 王更新

高血压脑出血是临床常见的疾病,其致死率和致残率高居不下,出血部位以基底节区最为多见,出血量大多在 30ml 以上,临床多采用手术治疗挽救患者的生命。目前针对于高血压脑出血的手术方法较多,但是,在手术过程中由于医源性损伤而加重病情的情况并不少见。在手术过程中笔者术中借助脑搏动来清除血肿避免了较大的医源性损伤,取得了良好的临床效果,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 入选标准:①患者有明确高血压病史;②年龄在 75 岁以下;③无其它系统病史;④出血部位在基底节区,无破入脑室者;⑤行手术治疗者。

1.2 排除标准:①无高血压病史但入院时血压明显升高者;②有明确的心脏病史者;③术后 24h 内死亡者;④出血量 < 30ml 者;⑤有外伤史者。

1.3 所选病例为本院 2008 年 5 月以来的高血压脑出血患者(治疗组)33 例,与 2008 年 1 月~5 月的患者(对照组)27 例进行比较。所有患者入院后均行急诊 CT 检查,明确诊断。治疗组:男 14 例,女 19 例;年龄 41~75 岁,平均年龄 61.06 岁。格拉斯哥昏迷评分(GCS 评分)3~8 分 12 例,9~12 分 21 例。出血量(根据多田氏公式计算)>80ml 者 8 例,30~80ml 者 25 例。对照组:男 10 例,女 17 例;年龄 42~73 岁,平均年龄 60.76 岁。GCS 评分 3~8 分 11 例,9~12 分 16 例。出血量>80ml 者 6 例,30~80ml 者 21 例。经 *t* 检验,治疗组和对照组的年龄、男女比例,伤情程度,出血量均无明显差别( $P>0.05$ )。

## 1.4 方法

1.4.1 治疗方法:所有入院后完善相关检查,急诊行开颅血肿清除术。对照组术

中尽可能的清除血肿,并彻底止血,脑肿胀明显者术后去除骨瓣,分层缝合头皮,手术后给予常规治疗;治疗组开颅后从血肿距离脑组织表面最近处(尽可能避开重要功能区)开一小口,达血肿腔以后轻轻吸出易吸的血肿块,不动深部的血肿,停止手术,用棉片保护脑组织,随脑搏动深部的血肿被推到已清除血肿形成的较浅的血肿腔内,再同前方法清除,止血后关颅。

1.4.2 观察指标:观察患者术后第 1d、3d、7d 和 10d 的意识情况,采用格拉斯哥昏迷评分(GCS 评分)标准进行评分并比较。观察指标采用 *t* 检验,检验水平  $P<0.05$ 。

1.5 结果:结果表明(表 1),第 7d 和第 10d 治疗组患者意识情况明显好于对照组,GCS 评分明显高于对照组( $P<0.05$ )。

## 2 讨论

高血压脑出血发病后有两个特点:一是出血部位比较深,多见于内囊,丘脑等深部的脑组织,少见于表浅的脑组织;二是出血在短时间内自动停止,血肿形成。有研究表明,高血压脑出血大多在出血后 20~30 分钟内停止,血肿形成 6h 后血肿继续扩大者占 17%<sup>[1]</sup>。正是这两个特点使得手术中可能会出现已经停止出血的血管再次出血,需要电灼止血,从而加重了对脑组织的损伤;在尽力清除深部血肿的过程中,由于牵拉等加重了深部脑组织的损伤而引起严重的术后反应和并发症。长期以来,如何减少术中脑组织的医源性损伤一直是神经外科医师所关注的问题。

笔者在临床实践中观察到,在手术的过程中清除深部血肿时借助脑组织的搏动,既可以清除血肿,又能减少创伤,效果较好。患者发病后

由于血肿的占位效应使颅内压急剧增高,脑组织移动形成脑疝危及生命,同时,当颅内任何部位压力降低时脑组织就会立即向这里移动。笔者借助这个力量,在手术中清除距离较脑组织表面较近的血肿后,随着脑组织搏动,深部的血肿被脑组织推移至相邻的压力很低的空腔,从而使术者从刚才清除血肿的腔隙内很容易的清除血肿,达到清除血肿的目的。这个过程需要大约几分钟的时间。笔者还观察到,出血量小于 80ml 时术后第 7d、10d 治疗组的 GCS 评分明显大于对照组,而出血量大于 80ml 的两组患者 GCS 评分没有明显差别。笔者认为,这个结果可能与以下原因有关:出血量小于 80ml 时脑组织搏动较好,脑组织破坏较小,相邻组织由于颅内压增高而受压,当清除血肿时,脑组织的搏动产生的力量可以推动血肿移动,并且血肿清除后相邻组织受压状况解除,创伤较小;直接深入深部血肿腔清除时不可避免脑组织牵拉,从而加重了相邻组织的损伤。出血量大于 80ml 时脑组织搏动较弱,无力推动血肿运动;并且脑组织破坏范围较大,相邻组织已经破坏,即使受压解除也不能很快恢复功能;再者,出血量较大时多为活动性出血,无法自动停止出血,需要术中止血,牵拉等医源性损伤是平等的,并不能减少对脑组织的损伤。

所以笔者认为,当高血压脑出血患者出血量小于 80ml 时术中借助脑搏动清除血肿效果明显。应该注意的是患者发病 6 小时以上或者术前 CT 显示血肿周围水肿带已形成者采用此法较好;当患者发病时间较短,血肿密度不均匀,怀疑有活动性出血时应该慎重。此法对于

表 1 治疗组和对照组 GCS 评分比较

组别	第 1 天	第 3 天	第 7 天	第 10 天
治疗组	8.15±0.61	8.76±4.15	11.97±1.49*	12.58±1.67*
对照组	8.13±0.58	8.58±1.78	10.42±1.56	10.93±1.18

作者单位:712000 咸阳,陕西中医学院附属医院

# 早期手术治疗皮肤潜行剥脱伤

郑思化

皮肤潜行剥脱伤临床较为少见且易漏诊,因其临床初期只有皮肤表面挫伤瘀血等轻微体征而被忽视,以致延误治疗,加重病情,后果往往是长时间积液胀痛活动受限、皮肤坏死感染、疤痕形成挛缩等严重影响生活及工作。本院于 2002 年 2 月至 2007 年 10 月共收治皮肤潜行剥脱伤病人 32 例,现就早期诊治方案总结如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料:女 28 例,男 4 例;小腿 10 例,大腿 18 例,尾骶部 4 例。面积最大 25cm×20cm,面积最小 8cm×6cm。年龄 16~55 岁,20~42 岁占大部分,平均年龄 32 岁。伤后 1 小时~10 天,平均 5 天。车祸伤 28 例,绞伤 2 例,跌伤 2 例。其中合并骶骨骨折 1 例。

1.2 手术时机:本组有 2 例极早期病例因积液未完全形成,先采用保守治疗 1 天后无效,皮下积液形成而采取手术,其余均于入院后即手术治疗。超过 3 周病例因有皮下假性滑囊形成可能,不宜采用本法治疗。

1.3 治疗方法:术前 B 超定位出皮下积液最低点,于该处做切口约 2cm,切开皮肤至积液腔,用长刮匙刮出血凝块及破碎脂肪组织,然后用生理盐水反复冲洗,负压吸引器头伸入腔内吸引,然后用 7 号丝线大号三角针于切口两侧皮肤将剥脱皮肤与深筋膜多针间断缝合,皮外线间置入凡士林纱布团后,打结丝线加压皮肤于深筋膜,最后于小切口处留置引

流管 1 根(本组 5 例面积小于 10cm×10cm 的未放置引流),缝线固定引流管后,无菌敷料包扎。术后 1 天拔除引流管,12 天后拆除加压缝包及缝线改用弹性绷带加压包扎。骶骨骨折病人因骨折无明显移位术后卧床制动 4 周,其余病人均于术后 3 周带绷带下地负重活动,术后 6 周拆除弹性绷带。

1.4 结果:除 1 例因出院后于当地诊所拆线,未行弹性绷带加压包扎即进行下肢长时间高负重劳作后复发皮下积液(经再次切开引流后彻底治愈),2 例大面积皮肤潜行剥脱伤出现中心区小部分皮肤坏死(均经换药后期愈合),其余均一期治愈。治愈时间最短 12 天,最长 32 天,平均 15 天。肢体功能恢复时间为 14 天到 2 个月不等,平均 20 天。随访 3~10 个月皮肤外形丰满,弹性佳,皮肤感觉恢复好,无积液复发,无疤痕挛缩,无一功能受限。

## 2 讨论

2.1 早期诊断要点:皮肤潜行剥脱伤常见于交通事故及工业机械伤,明确有肢体挤压、碾压或重度擦伤史,局部疼痛明显、活动受限而不伴皮肤裂伤、骨折,查体局部皮肤大片挫伤痕、瘀血、肿胀、局部皮肤麻木及皮下波动感等,B 超证实皮肤与肌肉层间有液性暗区<sup>[1]</sup>。

2.2 皮肤潜行剥脱伤多见于下肢,尤以年轻女性居多,因其患处脂肪层厚且较松弛,肢体在静止状态下受突发的强而钝性的牵引外力牵拉肢体皮肤顺运动方向被动运动,因皮肤张力小、依附性差,深筋膜张力大、依附性强,造成皮肤与深筋膜的非等速运动差,使皮肤仅从深筋

膜表面剥脱而未破损,但是皮下组织已经损伤、细小血管撕裂出血,短时间形成皮下积血积液,而深筋膜组织吸收能力差,经久不愈形成假性滑囊<sup>[2]</sup>。熟悉皮肤潜行剥脱伤的发生机理,病理特点后,笔者就能很好的理解各种治疗方法孰优孰劣。在明确诊断后皮下积液形成前,采用(rice 处置)局部冰敷、弹性绷带加压包扎、抬高患肢、制动休息,这是医学界公认的有效的先期处置手段。假若经 rice 法处置后皮下积液仍旧形成,既往处置有中药外用活血化瘀,穿刺抽吸加压包扎,注射强的松龙等;但往往因血块形成、液化脂肪颗粒堵塞针眼而造成穿刺失败或是多次抽吸后复发,病情迁延不愈,最后采用大切口清创清除假性滑囊壁及负压引流而治愈,给患者带来巨大经济及身心负担,甚至引发医疗纠纷。而本方法采用早期小切口清创,具有切口小而美观、恢复时间快而经济、治愈率高而有效、后遗症少而功能好等优点。而独有的皮肤深筋膜联合缝合加压包加压技术,具有无死腔、加压有效、皮肤成活率高等优点,尤其适用于不宜行外捆绷带加压部位,值得各级医院推广应用。

## 参考文献

- 1 张奎,田显扬.大面积闭合性皮肤潜行剥脱伤的处理[J].中国修复重建外科杂志,2002,16(3):201.
- 2 吴俊强.大面积皮肤潜行剥脱伤 5 例治疗体会[J].中华医药学杂志,2003,2(6):105.

[收稿日期:2009-04-18]

(编辑:曹 飞)

作者单位:317605 玉环,浙江省玉环县第二人民医院

患者生活质量的改善情况是否有影响还需要进一步的观察。

## 参考文献

- 1 王忠诚.王忠诚神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2008,864-865.

[收稿日期:2009-06-15]

(编辑:曹 飞)