

# 小骨窗显微术治疗 68 例高血压性脑出血的临床分析

罗 昆<sup>1</sup>, 邓大庆<sup>2</sup>, 曾祥福<sup>1</sup>, 张晓海<sup>1</sup>

(1. 怀化市第一人民医院 神经外科, 湖南 怀化 418000; 2. 湘潭市中心医院 心内一科)

**摘要:** **目的** 探讨小骨窗显微术治疗高血压性脑出血的临床疗效。 **方法** 将 68 例高血压性脑出血病人分为治疗组与对照组。治疗组 34 例在内科治疗基础上行 CT 片定位小骨窗术; 对照组 34 例为内科保守治疗。比较两组治疗后的有效率。 **结果** 以日常生活能力(ADL)作为疗效的评价指标。治疗组痊愈 12 例, 显著进步 10 例, 有效 7 例, 无效 5 例, 总有效率为 85.3%; 对照组痊愈 4 例, 显著进步 6 例, 有效 5 例, 无效 19 例, 总有效率为 44.1%, 两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。 **结论** 小骨窗显微术是一种治疗高血压性脑出血的安全有效的方法。

**关键词:** 高血压性脑出血; 小骨窗显微术; 疗效

中图分类号: R743.2 文献标识码: A 文章编号: 2095-1116(2011)01-0089-03

## The Clinical Curative Effect Analysis of Key-hole Craniectomy Microsurgery in 68 Cases of Hypertensive Intracerebral Hemorrhage

LUO Kun, DENG Da-qing, ZENG Xiang-fu, et al

(Department of Neurosurgery, the First People's Hospital of Huaihua, Huaihua, Hunan 418000, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of key-hole craniectomy microsurgery of hypertensive intracranial hematoma. **Methods** 68 cases of hypertensive intracerebral hemorrhage patients were divided into treatment group and control group. Treatment group, 34 cases of medical treatment based on CT positioned upstream small osseous window treatment; Control group, 34 cases for conservative treatment. The two groups' efficiency were compared after treatment. **Results** Activities of daily living (ADL) was used as an efficacy evaluation index. In treatment group, 12 cases cured, 10 cases had significant improvement, 7 cases were effective, 5 cases were ineffective result, the total effective rate was 85.3%. In the control group, 4 cases were cured, 6 cases had significant improvement result, 5 cases had effective, 19 cases had ineffective result, the total effective rate was 44.1%. There was a significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The key-hole craniectomy microsurgery is a safe and effective method for curing hypertensive cerebral hemorrhage.

**Key words:** hypertensive intracerebral hemorrhage; key-hole craniectomy microsurgery; curative effect

高血压性脑出血(hypertensive cerebral hemorrhage, HCH)是神经外科常见病,具有发病急骤、死亡率及致残率高的特点,内科保守治疗仅能有脱水和防治并发症的作用,而对血肿形成的占位效应、颅内压升高及脑疝作用有限,因此尽快清除颅内血肿、消除占位效应是治疗该病成功的关键<sup>[1,2]</sup>。本院 2008 年 1 月~2009 年 7 月治疗高血压性脑出血患

者 68 例,现总结如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

小骨窗显微手术组(治疗组)34 例,男 19 例,女 15 例,年龄 55~82 岁,平均 66 岁;内科保守治疗组

(对照组) 34 例,男 18 例,女 16 例,年龄 50~80 岁,平均 60 岁。入院前均有明确高血压病史 2~25 年。全部病人术前经头颅 CT 扫描明确诊断。出血部位:基底节出血 28 例,丘脑出血 25 例,大脑皮质下出血 15 例。血肿量:25~100 mL,平均 56.5 mL。均为急性起病,入院时有不同程度的意识障碍、偏瘫等表现。格拉斯哥昏迷评分 3~5 分 20 例,6~8 分 30 例,9~12 分 18 例,平均 7 分。出血后 6~12 h 内手术 27 例,12~24 h 内手术 32 例,24~48 h 内手术 9 例。

### 1.2 手术方法

治疗组对 13 例无脑疝且能配合患者采用局部麻醉手术,其它采用全身麻醉手术。根据头颅 CT 显示的最大出血层面(避开重要功能区),在头皮标出血肿中心投影点,以此点为中心做平行于外侧裂投影线的长约 4~5 cm 的直切口,颅骨钻孔,周边扩大成直径 2~3 cm 窗口,骨蜡止血后十字形剪开硬脑膜,选择相对无血管区,脑针穿刺血肿部位,抽吸一部分液状积血减压后,切开 <1.5 cm 脑皮质,在显微镜下用吸引器于血肿中心吸除大部分血肿,尽量不损伤周围脑组织,置入脑室引流管外接无菌引流袋。待血性脑脊液无明显外流后,复查 CT,如脑室无积血则拔除之;如尚积存残留血液,则在无菌操作下,注入尿激酶 1 万单位+生理盐水 5 mL,夹管 2 h 后开放,之后视情况每日重复应用 1~2 次,直至血肿完全吸收或引流出。血肿残余小于 5% 时拔出引流管。对照组常规使用脱水药、止血药、抗生素、神经营养等综合治疗,同时注意防治并发症,并维持水、电解质及酸碱平衡等常规的内科保守治疗。

### 1.3 ADL 评价

采用巴氏指数(BI)评分方法评价,包括大便、小便、修饰、用厕、吃饭、转移、步行、穿衣、上楼梯和洗澡 10 项,总分 100 分,60 分以上者为良,60~40 分者为中度功能障碍,20 分以下者为完全残疾。

### 1.4 统计学方法

计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,统计方法采用 *t* 检验和  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有显著性。

## 2 结果

患者经住院治疗 11~26 天出院,6 个月后对全部治疗组及对照组病人进行了随访比较。两组患者治疗前、后 ADL 积分比较见表 1,治疗组与对照组疗效比较见表 2。

表 1 两组患者治疗前、后 ADL 积分比较

组别	治疗前	治疗后
治疗组	47.69 ± 7.25	75.90 ± 18.30 <sup>ab</sup>
对照组	46.93 ± 8.16	68.12 ± 14.32 <sup>b</sup>

与对照组比较,a: $P < 0.05$ ;与治疗前比较,b: $P < 0.05$

表 2 治疗组与对照组疗效比较(例)

组别	<i>n</i>	痊愈	显著进步	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	34	12	10	7	5	85.3 <sup>a</sup>
对照组	34	4	6	5	19	44.1

与对照组比较,a: $P < 0.05$

## 3 讨论

### 3.1 手术疗效分析

近来提出高血压性脑出血治疗的两大目的:一是抢救生命;二是最大程度恢复神经功能,提高生活质量。对于高血压性脑出血患者,经小骨窗手术治疗后与常规内科保守治疗比较,死亡率明显降低,其有效率、神经功能缺损程度的变化均明显优于保守治疗组<sup>[3]</sup>,显著提高了患者的生存质量。小骨窗显微手术具有简便、快速、微创的优点,且能在直视下清除血肿并进行止血,术后再出血发生率低,血肿清除率高,大大降低了手术的风险<sup>[4]</sup>。治疗组所有病例术后复查头颅 CT 示残余血肿经尿激酶液化液冲洗后均基本消失。此外,由于骨窗直径小,脑组织不易疝出,从而减轻了损伤,因此,患者死亡率、致残率显著降低。由于该方法极大地减化了治疗步骤,在治疗上突破了对患者年龄及身体状况的限制,传统开颅术一般认为年龄超过 70 岁不宜手术,本组有 9 例超过 70 岁,其中 8 例恢复良好(ADL I 级 3 例,II 级 3 例,III 级 2 例)。另外,该手术所需设备简单,操作简便,治疗费用降低,是目前治疗颅内血肿特别是高血压性脑出血的一种理想方法。

### 3.2 手术适应证和手术时机的选择

3.2.1 手术适应证的选择 本组血肿量:25~100 mL,手术主要遵循两个原则:一是挽救生命,二是保护神经功能。幕上血肿 > 30 mL,意识分级 II 级~IV 级,局部脑受压迫症状明显,或症状进行性发展;幕下血肿 > 10 mL,血肿破入脑室内并铸形,脑室扩大或脑脊液通路梗阻,均为本手术的适应证。有时血肿量虽小于上述标准,但因位于重要功能区,并引起严重神经功能障碍者也是本方法的重要指征。

3.2.2 手术时机选择 研究证明,高血压脑出血多于出血 20~30 min 内形成血肿且出血已经停止,6 h 后血肿周围脑组织学发生继发性损伤,6~12 h 后周围脑组织出现海绵状变性、坏死、出血等继发损害。所以尽可能的在脑出血 6~12 h 内迅速清除血肿,解除脑组织压迫,使继发性脑水肿、脑缺氧减轻,从而保护神经功能,提高生存质量。故高血压脑出血的病人应尽早行血肿清除,减少脑组织的继发损害<sup>[5]</sup>。因此,手术时机的把握就显得尤为重要。本组 27 例超早期手术患者中,6 例恢复为 ADL I 级,14 例恢复为 ADL II 级,7 例恢复为 ADL III 级。早期较晚期手术效果显著,意识状态及肢体功能恢复前者均明显优于后者。

### 3.3 注意事项

(1) 术前准确定位,避开功能区及大血管。

(2) 防治再出血。再出血是患者致死的重要原因,也是最令临床医生担心的问题。再出血的主要原因包括①未能有效控制血压,导致血压波动大。②行血肿抽吸时不够轻柔、负压过大,抽吸过量。③清除血肿的同时对出血部位显露不清楚,未能严密止血。④冲洗时冲击力度过大,破裂出血。因此,首次抽吸血肿总量不超过血肿量的 1/3~2/3,首次清除量过大,血肿显著缩小,血管可能会失去周围支持而再破裂出血<sup>[6,7]</sup>;同时注意有效控制高血压,将血压控制在 180/100 mmHg 以下。

(3) 根据冲洗引流情况和患者意识及瞳孔变化初步判断是否有活动出血<sup>[8,9]</sup>。

(4) 注意防治并发症,高血压性脑出血多见于老年人,常合并多脏器功能的减退,术后易出现各种并发症,是导致患者死亡的重要原因。因此,术后加

强护理,保护重要脏器功能有利于提高疗效,改善预后<sup>[10]</sup>。

本研究显示,治疗组高血压性脑出血患者经采用小骨窗显微术治疗后总有效率明显大于保守治疗的患者。小骨窗显微术是一项治疗高血压性脑出血的新技术,能更快、更有效地抢救患者,大大降低了死亡率及致残率,值得进一步研究和推广。

### 参考文献:

- [1] 勾俊龙,毛群,邢复明,等.立体定向治疗高血压脑出血 60 例临床分析[J].中华神经外科杂志,2003,19(2):149-150.
- [2] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2005.687-689.
- [3] 吴克梅,张晓琴.微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血的临床研究[J].卒中与神经疾病,2006,13(2):112-114.
- [4] 韩光.90 例颅内血肿小骨窗开颅术的临床观察[J].中国现代医生,2008,46(6):49-50.
- [5] 单宝昌.高血压壳核出血超早期微创清除治疗(附 36 例分析)[J].中华神经外科杂志,2001,2:108.
- [6] 康宁.关于颅内血肿微创术后再出血防治的几点体会[J].中风与神经疾病杂志,2002,19(5):316.
- [7] 朱志刚,王大武,胡礼虹.高血压脑出血的外科治疗[J].中国现代医生,2008,46(11):44.
- [8] 刘建国.钻颅血肿引流治疗高血压脑出血[J].临床和实验医学杂志,2007,6(5):88-89.
- [9] 苏香丽,武秀丽.微创血肿清除术治疗高血压脑出血临床观察[J].中国现代医生,2008,46(4):152.
- [10] 陈小娟,胡志斌.高血压脑出血术后护理 60 例[J].中国医药导报,2006,3(35):115.

(此文编辑 朱雯霞)