

经侧裂-岛叶入路显微手术治疗基底节区脑出血的临床体会

叶友忠,陈春阳,高金鹏,刘子彪,周朝阳

(郴州市第一人民医院神经外科,湖南 郴州 423000)

摘要: **目的** 探索基底节区高血压脑出血经侧裂岛叶入路显微手术的疗效。**方法** 回顾性分析 178 例翼点开颅经侧裂-岛叶入路显微手术治疗基底节区高血压脑出血手术治疗的病例。**结果** 术后 12~24 h 复查 CT,血肿清除率 90% 以上 164 例,70%~90% 12 例,2 例为高血压脑出血复发再次手术(其中 1 例长期服用阿司匹林)。术后随访 3 月~3 年,格拉斯哥昏迷(GCS)作为随访评估标准,178 例患者中优 37 例,轻残 94 例,重残 26 例,持续植物状态 12 例,死亡 9 例。**结论** 经侧裂分离岛叶入路清除基底节脑出血,其损伤较小,再出血率低。

关键词: 侧裂-岛叶入路; 基底节区高血压脑出血; 预后

中图分类号:R651.1 **文献标识码:**A

高血压脑出血是神经外科危急重症,导致语言功能障碍、偏瘫、视觉障碍以及感觉缺失等症状,其致死率、致残率高,预后较差。高血压脑出血的外科治疗一直是基层医院神经外科领域一个十分活跃的主题。本科 2009 年 11 月~2013 年 6 月使用经侧裂分离岛叶入路微创治疗高血压基底节区高血压脑出血的患者 178 例,取得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 178 例中男 109 例,女 69 例;年龄 31~80 岁(平均 60.1 ± 4.7 岁);病程 1 h~3 天;入院时血压均有增高;其中,有明确高血压病史者 96 例,均无规律服药史;高血压病史不明确者 82 例。

1.2 临床表现

术前格拉斯哥昏迷(Glasgow Coma Scale, GCS)评分最高 15 分,最低 4 分。按 GCS 昏迷评分:<6 分 18 例,6~8 分 75 例,9~12 分 77 例,13~15 分 8 例,患者发病时有意识障碍、头痛、恶心呕吐、失语等,所有患者均有肢体运动障碍。

1.3 出血部位和血肿量

本组患者术前头颅 CT 平扫均为基底节区出

血。出血部位按血肿中心区予以确定,其中丘脑型患者 3 例,内囊前肢型患者 63 例,内囊后肢型患者 18 例,前后肢混合型患者 61 例,外囊型患者 33 例;此外 113 例患者血肿继发破入脑室系统。所有患者出血量以多田公式(长轴×短轴×层数× $\pi/6$)计算,本组为 30~100 mL,平均 51.7 mL。

1.4 手术时间及方法

超早期手术(发病 6 h 以内)52 例;早期手术(发病 6~24 h)112 例;延期手术(发病时间超过 24 h)14 例。均采用气管插管全麻手术,经患侧额颞围绕翼点切口,显露皮层后显微镜下锐性打开外侧裂中、上部额侧蛛网膜,解剖外侧裂池长约 2~3 cm,棉片覆盖保护大脑中动脉及其分支,显露岛叶皮质并切开,向后、内侧即进入血肿腔。进入血肿腔后更换显微吸引头缓缓吸除血肿,遇到较韧的血块时可先以取瘤钳钳碎后再吸除,待减压较充分后使用脑压板,注意保护血肿腔壁、避免引起新鲜出血的情况下,尽可能彻底清除血肿可见脑组织塌陷,脑波动良好,随后创腔覆盖止血纱布,血肿腔不置引流管,缝合硬脑膜。引流管放置硬膜外 24~48 h。如果患者存在术后颅内高压的危险因素或已经出现严重的颅内高压,或术前已经脑疝则常规去大骨瓣减压。

2 结果

术后 12~24 h 复查 CT,血肿清除率在 90% 以上 164 例,70%~90% 12 例,2 例为高血压脑出血复发再次手术(其中 1 例长期服用阿司匹林)。

术后随访3月~3年,以GCS作为随访评估标准,178例患者中优37例,轻残94例,重残26例,持续植物状态12例,死亡9例。

3 讨 论

高血压脑出血是神经外科常见急危重疾病,其致残和致死率极高,随着我国生活水平的提高和人口的日益老龄化,其发病率日益增高。基底节区是高血压脑出血的最常见部位,目前对中重度患者行手术治疗是基底节区脑出血的主要治疗方式^[1-2],而显微镜下行微创手术能减少手术带来的损失,改善术后患者的神经功能和生存质量^[3-4]。

本组所有病例均在显微镜下采取经侧裂分离岛叶入路清除基底节区脑出血,传统经颞叶皮质造瘘进入血肿腔清除血肿,进入时损伤大,且出血动脉显露较差,须较多牵拉脑组织,止血较困难。(1)显微镜下操作,具有良好照明,可显露各个视角,损伤较小。经外侧裂自然间隙分离,仅须切开岛叶约0.5~1 cm,对脑损伤小,尤其对颞叶损伤小,减少术后癫痫的机会。本组病例术后均无癫痫发生。(2)在分离侧裂时使用小吸引,先释放脑脊液,减低颅压,减轻脑膨出,解剖侧裂时注意保护静脉,在进入血肿腔后先不用脑压板牵拉,用中小吸引力清除血肿,待充分减压后再使用脑压板辅助清除周边血肿,此时注意使用小吸引力清除血肿,避免对血肿周边脑组织的损伤。(3)基底节脑出血多为丘纹动脉出血,其位于血肿腔前部,经侧裂入路时能更好观察及显露基底节区的穿支血管,易直接处理出血动脉,部分学者认为对粘连较重血肿,不要清除^[5]。本作者认为在不加重损伤情况下,应尽量清除血肿,因为血肿残余时,术野不清晰难以彻底止血。且尽量清除血肿,可有助寻找到出血的豆纹动脉,降低术后再出血率,本组中绝大部分患者在清除血肿后可清楚发现出血动脉并予以低电流电凝止血,本组178例病例仅2例血肿复发,且其中一例为长期服用阿司匹林的患者。(4)对颅内压极高患者,在剪开侧裂蛛网膜后,无法分离侧裂显露岛叶,可吸除少许颞叶,显露岛叶,从而进入血肿腔清除血肿。本组患者中术后血肿腔均未留置引流管,因为引流管在再出血后易堵塞,不能预防再出血,且增加感染机会。对血肿清除后是否去骨瓣减压根据血肿量判定。血肿量中等,术前患者神志较好,予以保留骨瓣(图1)。如患者

血肿量大,神志不清,甚至已瞳孔散大,则予以去骨瓣减压^[6](图1)。

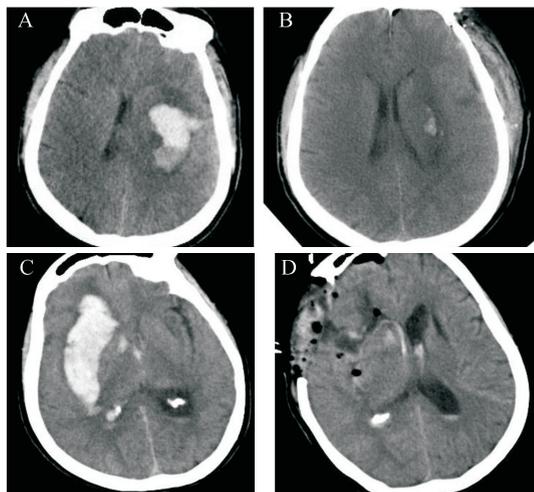


图1 基底节区脑出血术前及术后CT A:术前左侧基底节区脑出血,出血量中等;B:术后左侧基底节区血肿基本清除并保留骨瓣;C:术前右侧基底节区脑出血,出血量大;D:术后右侧基底节区血肿基本清除,但仍有脑室受压,已行去骨瓣减压

总之,本文的临床经验,经侧裂分离岛叶入路清除基底节脑出血,其损伤较小,再出血率低,能取得较为满意的手术效果。

参考文献:

- [1] 周良辅,庞力.高血压脑出血的微创手术治疗-前瞻随机多中心研究[J].中国临床神经外科学,2001,9(2):151-154.
- [2] 赵继宗,周定标,周良辅,等.2464例高血压脑出血外科治疗多中心单盲研究[J].中华医学杂志,2005,85(32):2238-2242.
- [3] 张文彬,杨国瑛,樊保华,等.超早期经侧裂-岛叶入路显微外科治疗高血压基底节区脑出血56例临床分析[J].立体定向和功能性神经外科杂志,2012,25(4):231-235.
- [4] 罗摇昆,邓大庆,曾祥福,等.小骨窗显微术治疗68例高血压性脑出血的临床分析[J].中南医学科学杂志,2011,39(1):89-91.
- [5] 刘显明,张继,方刘伟.小骨窗外侧裂入路手术治疗高血压基底节区脑出血[J].中国临床神经外科杂志,2009,14(2):110-111.
- [6] 董宇峰,吴春荣,于海东,等.小骨窗显微手术及常规手术治疗高血压脑出血56例体会[J].中国临床神经外科杂志,2008,13(10):623-624.

(此文编辑:蒋湘莲)