

高血压性脑内血肿的内镜手术清除

徐国祥

广东暨南大学医学院第五附属医院脑外科(清远 511500)

【内容提要】 本文报道纤维内镜辅助下小骨窗开颅清除 13 例脑内血肿, 术后第 2 天及第 7 天复查 CT, 术后 6 月根据 GOS 量表及 Barthel 评分表进行远期疗效评价, 优 6 例, 良 2 例, 中 2 例, 死亡 3 例, 远期疗效评定优良率达 62% (8/13)。

【关键词】 高血压; 脑内血肿; 内镜

中图分类号 :R651.1⁺1

文献标识 B

文章编号 :1009-6604(2003)04-0538-02

单纯小骨窗开颅脑内血肿清除常因视野死角而导致血肿部分残留, 并增加了血肿复发的机会。我们采用纤维内镜辅助下小骨窗开颅治疗高血压脑出血 13 例, 获得较好的疗效。

临床资料与方法

一、一般资料 :本组 13 例, 男 8 例, 女 5 例。年龄 36 岁 ~ 65 岁, 平均 57 岁。出血部位 :基底节区 7 例, 顶叶 2 例, 额叶 1 例, 丘脑 3 例。出血量 35ml ~ 80ml。临床表现均有意识障碍、肢体偏瘫、失语、大小便失禁。病程 :2h ~ 48h, 平均 6h。病例选择标准 :按高血压脑出血诊断分级标准^[1]为 II ~ IV 级。

二、手术方法 :根据术前 CT 扫描提示脑内血肿部位选择手术入路。骨窗直径 2.0cm ~ 2.5cm, 十字形切开硬脑膜, 脑针穿刺脑内血肿证实无误后, 切开脑皮层长 0.8cm, 窄脑压板轻轻牵开深入显露血肿, 直视下大部分清除血肿后, 插入直径 0.6cm 纤维内镜, 仔细全面检查血肿腔, 并在内镜引导下继续清除残余血肿和完善止血。当确认无积血残留及活动性出血后, 拔出纤维内镜, 血肿腔内放置直径为 3mm 的硅胶引流管一根, 缝合硬脑膜。骨窗用明胶海绵填塞, 缝合头皮, 术后 24h 拔除引流管。

三、疗效评价 :术后第 2 天和第 7 天复查头颅 CT 了解脑内血肿变化情况, 同时检查患者神志恢复和肢体功能恢复情况, 并与术前进行对比。6 月后根据 GOS 量表及 Barthel 评分表评定远期疗效^[2]。优 5 分, 恢复工作, 无神经功能障碍; 良 4 分, 生活自理, 有轻微神经功能障碍; 中 3 分, 生活不能自理, 不能自行走动; 差 2 分, 植物生存状态; 死亡 :1 分。

结 果

全部患者术后第 2 天 CT 复查均显示脑内血肿已基本清除。1 例术后第 4 天因血压波动较大而导致病情恶化, 经急诊 CT 复查证实有再次脑内出血, 因家属拒绝接受第二次手术治疗, 于次日临床死亡。1 例术后第 7 天出现严重肺部感染, 导致多器官功能衰竭死亡。另 1 例术后第 5 天出现应激性消化道溃疡出血, 同时合并高钠综合征, 术后第 7 天死亡。

其余 10 例存活者随访, 术后 3 天 ~ 5 天神志基本恢复清醒, 7 天左右肢体功能活动逐渐开始恢复。6 月远期疗效评定 :优 6 例, 良 2 例, 中 2 例。

讨 论

高血压脑出血传统治疗的主要目的是挽救生命。随着生物—医学—心理模式的改变, 人们越来越认识到, 医疗行为的目的不仅仅是挽救生命, 而更重要的是提高患者生存质量。脑出血病情重, 病死率高, 致残率高, 其危害主要源于两个方面 :一是血肿的占位压迫, 导致脑移位和颅内高压, 最终形成脑疝而危及生命; 二是血细胞崩解产物, 特别是血红蛋白和亚铁离子等的神经毒性作用^[3], 导致神经细胞功能障碍。已有大量的临床研究资料表明, 外科手术治疗从降低病死率和/或致残率来看, 疗效明显优于内科治疗^[4], 并且多数学者主张手术宜早期或超早期施行^[5,6]。传统的观念认为手术只要清除大部分血肿, 能达到降低颅内高压的目的即可, 如若仍持续颅内高压, 则去除骨瓣减压。但事实上, 由于有部分血肿残留, 血细胞崩解后产生的大量神经毒性物质, 使神经细胞功能进一步受损, 最终导致病情恶化或留下严重的后遗症。因此, 治疗成败的关键在于尽早彻底清除脑实质内积血及其崩解产物。从临床治疗意义上说, 迅速有效地控制和降低颅内高压是抢救患者生命的第一步, 而彻底清除脑出血后所产生的神经毒性物质则是进一步提高疗效、降低致残率、改善生存质量的重要保证和前提。目前开展的手术方式有骨瓣开颅血肿清除、小骨窗开颅血肿清除、内镜辅助下血肿清除、锥颅或细孔钻颅血肿穿刺抽吸及引流等多种方式, 如何选择, 应根据患者当时的具体情况而定。手术方式的选择是确保提高疗效的先决条件, 既往大骨瓣开颅血肿清除, 因创伤大、术后恢复慢、并发症多而逐渐有被淘汰的趋势。钻孔抽吸引流因创伤小而越来越受到人们的青睐, 但由于存在血肿清除不彻底, 且无法止血等缺点, 影响其推广应用。现代微创外科技术的兴起和发展为外科医生提供了更多更好的治疗手段, 小骨窗开颅配合纤维内镜辅助清除脑内血肿较好地克服了上述两种手术方法的缺陷, 在尽可能减少脑组织损伤的前提下, 既做到完全彻底清除血肿和血细胞崩解产物, 又能直视下完善止血, 减少复发机会, 具有创伤小,

并发症少,术后恢复快等优点^[7-9]。本组采用该方法治疗高血压脑出血 13 例,获得较满意的疗效,术后复查 CT 未发现血肿残留和复发,死亡率降低为 23%(3/13),远期疗效评定优良率达 62%(8/13)。Aeur 等采用随机对照研究方法对高血压脑出血病人行内镜手术血肿清除与常规内科治疗的疗效进行分析,结果表明:内镜手术治疗组的病死率和致残率明显低于内科组^[10]。随着手术技巧和医疗器械的不断改进,内镜手术作为现代微创外科的主要技术手段之一,将在神经外科领域中发挥越来越大的作用。

参 考 文 献

- 1 吴承远,刘玉光,主编. 临床神经外科学. 北京:人民卫生出版社, 2001. 525 - 539.
- 2 周良辅,庞力. 高血压脑出血的微侵袭手术治疗—前瞻随机多中心研究. 中国临床神经科学, 2001, 9: 151 - 154.
- 3 殷小平,张新江,姜亚平等. 脑出血颅内血肿抽吸引流治疗的现状. 国外医学脑血管疾病分册, 2002, 10(1): 40 - 42.
- 4 陈衍成,吴劲松,周晓平等. 高血压脑出血内外科规范化治疗的疗效比较—多中心随机前瞻性研究. 中国临床神经科学, 2001, 9: 365 - 368.
- 5 王忠诚,主编. 神经外科学. 武汉:湖北科学技术出版社, 1998. 686 - 690.
- 6 刘承基,主编. 脑血管外科学. 南京:江苏科学技术出版社, 2000. 328 - 335.
- 7 史玉泉,主编. 神经病学新理论与新技术. 上海:上海科技教育出版社, 1998. 441 - 449.
- 8 Kim MH, Kim EY, Song JH, et al. Surgical options of hypertensive intracerebral hematoma: stereotactic endoscopic removal versus stereotactic catheter drainage. J Korean Med Sci, 1998, 13: 533 - 540.
- 9 Nishihara T, Teraoka A, Morita A, et al. A transparent sheath for endoscopic surgery and its application in surgical evacuation of spontaneous intracerebral hematomas: technical note. J Neurosurg, 2000, 92: 1053 - 1055.
- 10 Aeur LM, Deinsberger N, Niederkorn K, et al. Endoscopic surgery versus treatment for spontaneous intracerebral hematoma: a randomized study. J Neurosurg, 1989, 70: 530 - 535.

(收稿日期 2002 - 10 - 10)

(修回日期 2003 - 02 - 19)