

# 小骨窗开颅治疗高血压脑出血 27 例分析

段明飞 王新海 林基 宫介秘

(安徽省凤阳县第一人民医院脑外科, 凤阳 233100)

中图分类号: R651.1<sup>+</sup>1; R743.34

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2006)10-0816-01

我院 2000 年 10 月~2005 年 4 月采用小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血 27 例, 疗效满意。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 27 例, 男 19 例, 女 8 例。年龄 38~81 岁, 平均 55.6 岁。手术距发病时间 <7 h 21 例, 7~72 h 6 例。23 例有高血压病史, 另 4 例高血压病史不详(未测血压)。25 例入院时血压高于正常, (150/95)~(240/160) mm Hg。血肿部位: 基底节区 19 例, 皮质下 5 例, 外囊 3 例。术前意识按 GCS 评分, 6~8 分 8 例, 9~12 分 16 例, 13 分以上 3 例。按多田血肿公式计算出血量为 30~80 ml, 平均 51 ml。病例选择标准: CT 证实为自发性脑出血; 可随访病例; 发病 <72 h; 血肿量 ≥30 ml; GCS 评分 ≥6 分, 无重要脏器严重疾病等手术禁忌证。

### 1.2 方法

均行小骨窗开颅血肿清除联合血肿腔引流术。全麻, 气管插管, 根据 CT 片选择距皮层最近, 血肿量相对最大的层面, 于头皮做标记, 以标记为中心做头皮直切口长 5 cm 左右, 局麻减少出血, 切开头皮达骨膜, 自动拉钩拉开切口, 推开骨膜, 颅骨钻孔并咬成直径 3 cm 左右小骨窗, 电凝硬脑膜后放射状剪开, 电凝皮层后穿刺针穿刺证实血肿, 切开皮层造瘘进入血肿腔(造瘘直径 1 cm 左右), 由浅入深边吸引边止血, 入血肿腔吸出血肿和血性液体 80% 以上, 遇有出血予电凝止血, 特别注意吸引器头侧孔不堵, 避免吸到脑组织, 对血肿壁小血块(多为原发出血)不强吸吸除。此时脑压下降, 血肿腔生理盐水反复冲洗到无明显出血。血肿腔壁贴明胶海绵, 血肿腔内置颅内引流管 1 根, 缝合硬脑膜, 引流管 3~8 d 拔除。

## 2 结果

全组均于术后第 1 天复查 CT, 血肿清除都在 80% 以上。2 例术后再出血, 1 例术后第 3 天再出血, 经再次手术治愈, 另 1 例术后第 7 天再出血(是第一次出血量 2/3), 保守治疗后死亡。2 例并发尿路感染, 经调整抗生素和膀胱冲洗治愈。2 例并发肺部感染。死亡 6 例, 其中 4 例术前 GCS 评分 <8 分, 死于中枢衰竭, 另 2 例死于肺部感染并发症。生存 21 例随访 2~3 个月, 按 ADL 分级<sup>[1]</sup>; I 级 2 例, II 级 5 例, III 级 8 例, IV 级 4 例, V 级 2 例。

## 3 讨论

高血压脑出血绝大多数发生于基底节区, 占 70%<sup>[2]</sup>, 本组占 70.4% (19/27)。高血压脑出血手术方法很多。本组结果表明小骨窗开颅术疗效满意: ①操作简便, 可迅速降低

颅内压, 防止脑疝形成, 从而尽快减轻血肿对周围脑组织损伤。②直视下进行, 术中止血较满意, 清除血肿较理想, 避免穿刺引流的盲目性。本组术后第 1 天复查 CT 无再出血, 血肿清除均 >80%。③脑组织创伤小, 出血少, 术中不需要输血, 既减小对全身干扰, 又减少并发症。

死亡 6 例中, 4 例术前 GCS 评分 <8 分, 术前一侧或两侧瞳孔散大, 术后散大瞳孔未恢复, 术后第 1 天复查 CT 无再出血或血肿较多残留, 但局部脑水肿严重, 占位效应明显, 最后死于中枢性呼吸衰竭、心力衰竭。我们体会预后主要取决于术前意识障碍状况, 昏迷越深, 病死率越高。

对条件合适病人, 应早期或超早期手术, 可及早减轻血肿对脑组织的压迫, 打破出血后的一系列病理生理恶性循环, 提高生存率和生存质量<sup>[1]</sup>。严国山等<sup>[3]</sup>报道微创颅内血肿清除术 36 例, 认为 6~12 h 是手术最佳时机, 但重症者则主张在 2~6 h 内手术以挽救生命。而许鹏等<sup>[4]</sup>认为 7 h 内手术效果好。有研究表明, 超早期脑周围组织水肿、出血、变性只有 1 mm, 6 h 后上述变化逐渐加重<sup>[5]</sup>。郭良文等<sup>[4]</sup>报道发病 2 h~7 d 手术均未发生再出血, 早期手术并未出现较多再出血。本组 27 例均于术后第 1 天复查 CT, 未见再出血, 2 例再出血分别发生于术后第 3 天和第 7 天, 均术后血压偏高, 我们认为再出血主要是血压控制不理想所致, 与手术时机无关。所以我们认为对条件适合的病人(按本组选择标准), 应尽早手术。

由于脑出血一次后还有继发性出血或再出血可能, 故术中置引流管于血肿腔可以有效引流出残余血性液体, 还可以观察是否有新鲜血液引出, 了解和治疗继发出血或再出血。本组 2 例再出血均是引流管有新鲜血液引出, 昏迷加深, 急诊复查 CT 发现。而其他病例术后血肿腔引流液均呈淡红色, 系血肿腔残余血性液体, 减轻了血性液体对脑组织的损害。

小骨窗开颅术对深部血肿存在清除困难、止血困难和术野小等缺点, 有待进一步探讨。

## 参考文献

- 1 王忠诚, 主编. 神经外科学. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998. 686-687.
- 2 王继治, 主编. 神经病学. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 142-148.
- 3 严国山, 沈士新, 付向阳, 等. 微创手术治疗高血压脑出血 36 例分析. 中国微創外科杂志, 2002, 2: 255-256.
- 4 许鹏, 王艳菊. 不同部位高血压性脑出血不同术式探讨. 中国微創外科杂志, 2004, 4: 429-431.
- 5 郭良文, 张雪山, 李艳春. CT 定位微侵袭穿刺治疗高血压脑出血. 中国现代神经疾病杂志, 2004, 4: 320-321.

(收稿日期: 2005-05-30)

(修回日期: 2005-09-12)