

不同手术方式治疗高血压脑出血疗效对照研究

张党林, 邓纪学

(江苏省南京市江宁医院 神经外科, 江苏 南京, 211100)

摘要:目的 探讨传统大骨瓣开颅血肿清除术、小骨窗开颅血肿清除术、血肿碎吸术治疗高血压脑出血的临床疗效。方法 选择本院神经外科进行手术治疗的高血压脑出血患者 98 例, 随机分为传统大骨瓣开颅术组(A组)32 例, 小骨窗开颅术组(B组)33 例, 血肿碎吸术组(C组)33 例, 分析比较各组的手术时间、手术出血量、住院时间、神经功能恢复情况、术后并发症等临床指标。结果 与 A 组相比, B 组和 C 组在手术时间、手术出血量、住院时间等显著降低, B 组和 C 组在术后神经功能恢复情况显著提高, B 组和 C 组患者治疗后在再出血、应激性溃疡、肺炎、死亡率方面显著低于 A 组。结论 相比于传统的大骨瓣开颅血肿清除术, 小骨窗开颅血肿清除术和血肿碎吸术治疗高血压脑出血具有住院时间短、出血创伤小、可降低患者术后再出血率和达到抢救患者生命和降低致残率的目的, 临床疗效优良, 值得在临床外科推广。

关键词: 大骨瓣开颅血肿清除术; 小骨窗开颅血肿清除术; 血肿碎吸术; 高血压脑出血

中图分类号: R 743.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2012)21-0149-03

Clinical efficacy of different modes of operation in the treatment of hypertensive cerebral hemorrhage

ZHANG Danglin, DENG Jixue

(Department of Neurosurgery, Nanjing Jiangning Hospital, Nanjing, Jiangsu, 211100)

ABSTRACT: Objective To explore the clinical efficacy of traditional big bone flap craniotomy evacuation of hematoma, craniotomy with small bone window craniotomy, hematoma aspiration in the treatment of hypertensive intracerebral hemorrhage. **Methods** Ninety-eight patients with hypertensive cerebral hemorrhage in the department of neurosurgery in our hospital were randomly divided into traditional large bone flap craniotomy group (group A, $n = 32$), small bone window craniotomy group (group B, $n = 33$), and hematoma aspiration group (group C, $n = 33$). The indices of operation time, bleeding volume in operation, duration of hospitalization, the recovery of neurological function, postoperative complications in each group were comparatively analyzed. **Results** Compared with group A, the operation time, bleeding volume in operation, length of stay of B group and C group decreased significantly. After treatment, the postoperative recovery of neurological function of group B and group C improved significantly, and the recurrent hemorrhage, stress ulcer, pneumonia, mortality of group B and group C was lower than that in group A. **Conclusion** Compared with the traditional big bone flap craniotomy evacuation of hematoma, craniotomy with small bone window craniotomy and hematoma aspiration in the treatment of hypertensive cerebral hemorrhage possess short hospitalization time, bleeding trauma and reduce the postoperative re-bleeding rate, rescue patients and reduce the morbidity. The clinical curative effects are good and worthy of clinical application.

KEY WORDS: traditional big bone flap craniotomy evacuation of hematoma; craniotomy with small bone window craniotomy; hematoma aspiration; hypertensive cerebral hemorrhage

随着人口老龄化加剧,心脑血管疾病的患者人数日益增多,高血压脑出血是临床常见的心脑血管疾病,发病急,病情严重。针对内科保守治疗

效果欠佳,传统外科治疗术后致死率居高不下,很多存活的患者遗留有严重的偏瘫、失语等后遗症,严重影响了高血压脑出血患者的生命质量,因此

收稿日期: 2012-06-19

基金项目: 中国高校医学期刊临床专项资金(11220194)

如何解决高血压脑出血手术问题是目前的棘手难题,本研究回顾性分析了 98 例高血压脑出血患者,分别采用不同的外科手术进行治疗,取得良好效果,为高血压脑出血的外科治疗提供理论依据,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 5 月—2012 年 5 月选择本院高血压脑出血患者 98 例,所有患者无明显的心肺肾和血液系统疾病,血肿位于基底节区 48 例,脑叶皮层下 24 例,丘脑 10 例,破入脑室 16 例。诊断标准:采用 1995 年全国第四届脑血管学术会议中高血压性脑出血诊断要点^[1]:发病 3 d 内接受治疗;收缩压 ≥ 140 mmHg 或舒张压 ≥ 90 mmHg^[2];有出现凝血功能障碍;无心、脑、肾等实质性器官损伤;改良爱丁堡—斯堪的纳维亚研究组标准的积分 > 23 分;脑叶、基底节区出血量 ≥ 30 mL;第三脑室形成内外大血肿者。随机分为传统大骨瓣开颅术组(A组)32例,男17例,女15例,年龄(60.1 \pm 8.3)岁,有高血压病史 25 例。小骨窗开颅术组(B组)33 例,男 14 例,女 19 例,年龄(62.1 \pm 9.1)岁,有高血压病史 27 例。血肿碎吸术组(C组)33 例,男 15 例,女 18 例,年龄(66.1 \pm 7.4)岁,有高血压病史 24 例。3 组性别、年龄无统计学差异,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 传统大骨瓣开颅血肿清除术: A 组患者取仰卧位,头部取正中位,沿冠状缝标记头皮切线:骨窗向下到达眉弓上缘,向上毗邻皮缘,两侧到达翼点。整块取下骨瓣。尽量彻底清除血肿及失活的组织^[3]。

1.2.2 小骨窗开颅血肿清除术: B 组局部浸润麻醉,气管插管,根据头颅 CT 定位选择距皮层最近处,血肿量相对较多的层面做标记,选择血肿最大层面距离头皮最近处作直切口,长约 4~5 cm,切开头皮达骨膜,用乳突撑开器显露颅骨约 3 cm,十字形剪开硬脑膜,进行穿刺证实血肿,于穿刺点处做约 1 cm 皮层切口,同时避开表面血管和对脑组织的过度牵拉,在显微镜下利用吸引器低压吸引,缓慢抽出血肿液态部分,清除血肿结束后悬吊硬脑膜,逐层缝合切口,关颅。

1.2.3 血肿碎吸术: C 组局部浸润麻醉,根据 CT 所示血肿的大小和位置,采用血肿粉碎针迅

速刺穿透颅骨并用注射器在搅拌器搅拌后缓慢抽取血液,抽出量控制在血肿量的 30% 以内。抽吸困难的血肿块可用肝素钠+生理盐水的混合液体多次冲洗。术后每天复查 CT,根据血肿清除情况决定拔管时间。分析比较各组的手术时间、手术出血量、住院时间及神经功能恢复情况等临床指标。

1.3 疗效判定标准

脑卒中临床疗效评分标准,基本治愈:神经功能缺损积分减少 90% 或以上、病残程度 0 级;显效:神经功能缺损积分减少 46%~89%、病残程度 1~3 级;有效:神经功能缺损积分减少 18%~45%;无效:神经功能缺损积分增减不足 18% 及恶化、死亡^[4]。

2 结果

2.1 手术一般资料

与 A 组相比, B 组和 C 组在手术时间、手术出血量、住院时间等显著降低($P < 0.05$)见表 1。

表 1 3 组患者手术时间、手术出血量、住院时间($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间/h	手术出血量/mL	住院时间/d
A 组	32	5.3 \pm 0.1	190.8 \pm 11.9	29.8 \pm 4.1
B 组	33	2.3 \pm 0.3*	50.1 \pm 7.3*	22.5 \pm 3.2*
C 组	33	1.0 \pm 0.1*#	20.3 \pm 5.4*#	21.0 \pm 2.6*

与 A 组相比,* $P < 0.05$,与 B 组相比,# $P < 0.05$ 。

2.2 术后神经功能恢复情况

与 A 组相比, B 组和 C 组在术后神经功能恢复情况显著提高($P < 0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者术后神经功能恢复情况(例)

组别	n	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
A 组	32	6	8	5	13	59.4
B 组	33	14	11	1	7	78.8*
C 组	33	18	9	2	4	87.9*

与 A 组相比,* $P < 0.05$ 。

2.3 术后并发症

B 组出现再出血 1 例(3.0%)、应激性溃疡 1 例(3.0%)、肺炎 2 例(6.1%)、死亡 1 例(3.0%), C 组患者出现再出血 2 例(6.1%)、肺炎 1 例(3.0%),而 A 组患者中出现再出血 9 例(28.1%)、应激性溃疡 8 例(25.0%)、肺炎 7 例(21.9%)、死亡 4 例(12.5%),治疗后 B 组患者和 C 组患者在再出血、应激性溃疡、肺炎、死亡率方面显著低于 A 组($P < 0.05$)。

3 讨论

高血压脑出血在所有脑卒中中占了很大的比

例,该病的早期致死率接近 50%^[5]。目前通过对高血压脑出血的病理及病理生理等基础研究的深入,推测该病可能是由于长期高血压导致的脑血管及其周围的脑组织发生的一系列病理改变,表现为因颅内的血管病变、坏死、破裂等严重危及患者的生命安全^[6],因此如何通过外科手术治疗高血压脑出血以及降低该病的死亡率是广大医生的职责。

针对高血压脑出血患者,及时有效的清除血肿、解除脑组织受压是治疗高血压脑出血的关键,血肿若不立即清除,可能会造成血肿扩张,破坏脑组织,引起周围血管损伤,导致颅内压增高、脑疝等形成而出现致死或严重后遗症等。目前治疗高血压脑出血外科手术治疗包括小骨瓣手术、钻颅颅内血肿清除术、神经内镜清除血肿、大骨瓣等手术方式。

通过 3 种不同手术治疗高血压脑出血患者,发现与传统大骨瓣开颅术组相比,小骨窗开颅术组和血肿碎吸术组在手术时间、手术出血量、住院时间等显著降低,可能是由于传统的大骨瓣开颅术强调充分暴露,开颅手术面积大,容易造成脑组织副损伤大,导致手术时间和术中出血量增加,继而患者愈后时间可能延长。小骨窗开颅术具有骨

窗小、出血少、避免了较大的创伤,可在直视下清除血肿等优点^[7]。血肿碎吸术能彻底清除血肿,减压充分,止血可靠,能迅速解除脑组织受压^[8]。

与传统大骨瓣开颅术相比,小骨窗开颅术组和血肿碎吸术组在术后神经功能恢复情况显著提高,小骨窗开颅术组和血肿碎吸术组在再出血、应激性溃疡、肺炎、死亡率方面显著低于大骨瓣开颅术相。

参考文献

- [1] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 傅小君, 许信龙, 陈再丰, 等. 不同外科手术手段治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 浙江创伤外科, 2008, 13(6): 523.
- [3] 刘佰运, 江基尧, 张赛. 外伤大骨瓣手术方法介绍[J]. 华神经外科杂志, 2008, 24(2): 153.
- [4] 刘剑波. 高血压性脑出血不同手术方式的临床研究[J]. 数理医药学杂志, 2012, 52(1): 41.
- [5] 张 彬. 高血压脑出血的外科治疗时展[J]. 医学综述, 2007, 12(4): 288.
- [6] 郑 毅, 徐学君. 高血压脑出血病理及病理生理研究进展[J]. 重庆医学, 2012, 41(4): 385.
- [7] 张 扬, 钟梅昌, 戴 克, 等. 改良小骨窗开颅血肿清除术在高血压脑出血中的应用(附 36 例分析)[J]. 福建医药杂志, 2012, 34(1): 36.
- [8] 叶伟, 杨立庄, 王洪军, 等. 开颅血肿清除术与血肿碎吸术治疗高血压脑出血的研究[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2006, 5(3): 265.

(上接第 148 面)

TGF β -1 在机体内可以调节免疫细胞增殖,抑制 T 淋巴细胞和 B 淋巴细胞的分化,从而促进成纤维细胞的生长。同时 TGF β -1 也是一种内源性免疫抑制因子,可以抑制自身抗原特异性 T 细胞的产生,对机体的免疫系统起负性调节作用。Yarilin 等^[6]通过动物小鼠实验性自身免疫性重症肌无力的模型,提示 TGF β -1 可以降低分泌 AchR Ab 细胞的水平,有效预防 EAMG 等自身免疫疾病的发生。

国内学者研究^[7]发现重症肌无力患者血清中 TGF β -1 的 mRNA 的表达水平高于正常人,且血清中的 TGF β -1 水平也高于正常人,这个结果提示我们血清中 TGF β -1 的水平过低可能引起自身免疫反应,延缓重症肌无力患者的病情。本研究中重症肌无力患者经过治疗血清中的 TGF β -1 水平明显升高,肌无力症状减轻,提示糖皮质激素可以促进 TGF β -1 的分泌,进一步控制重症肌无力病情的进展。

参考文献

- [1] 李柱一, 许贤豪, 刘建军, 等. 第八届全国神经免疫会议纪要[J]. 中华神经科杂志, 2005, 38(3): 128.
- [2] 王秀云, 许贤豪, 孙宏, 等. 重症肌无力病人的临床绝对评分法和相对评分法[J]. 中华神经科杂志, 1997, 30(2): 87.
- [3] Jander S, Stoll G. Increased serum levels of the interferon-gamma-inducing cytokine interleukin-18 in myasthenia gravis[J]. Neurology, 2006, 59(2): 287.
- [4] 李吕力, 李晓峰, 罗永坚, 等. 重症肌无力患者免疫相关基因差异表达的基因芯片研究[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2010, 26(10): 1005.
- [5] 李晓峰, 李吕力, 罗永坚, 等. 重症肌无力患者 IL-18, TGF β -1 的表达[J]. 中国神经精神病杂志, 2010, 36(7): 393.
- [6] Luther C, Adamopoulou E, Stoeckle C. Prednisolone Treatment Induces Tolerogenic Dendritic Cells and a Regulatory Milieu in Myasthenia Gravis Patients[J]. Journal of immunology, 2009, 183(2): 841.
- [7] 张丽香, 李晓峰, 李吕力, 等. 重症肌无力患者重复电刺激, 血清白介素-6, 白介素-18 水平与临床绝对评分的相关性[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(14): 2561.