

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2015.04.011

# 标准大骨瓣减压并颞叶切除术治疗高血压脑出血临床探讨

赵一宁

(鱼台县人民医院, 山东 鱼台 272300)

**摘要** **目的** 探讨临床应用标准大骨瓣减压并颞叶切除术治疗大面积脑出血患者疗效。**方法** 对 2010 年 1 月至 2014 年 12 月 71 例大面积基底节区脑出血患者给予手术治疗, 一组行标准大骨瓣减压并颞叶切除术(A 组), 另一组行常规标准大骨瓣减压切除术或骨瓣开颅血肿清除术(B 组), 比较两组的疗效。**结果** A 组 34 例手术病人中存活 29 例, 其中恢复良好 16 例, 中度残疾 6 例, 植物生存 5 例, 死亡 3 例, 放弃 4 例。B 组 37 例手术病人中存活 18 例, 其中恢复良好 8 例, 中度残疾 5 例, 植物生存 8 例, 死亡 10 例, 放弃 6 例。**结论** 采用标准大骨瓣减压并颞叶切除术能有效提高治疗高血压脑出血患者的治疗效果。

**关键词** 脑出血; 标准大骨瓣减压并颞叶切除术; 疗效

**中图分类号:** R641.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-9760(2015)08-267-02

我科自 2010 年 1 月至 2014 年 12 月采用标准大骨瓣开颅清除术治疗大面积脑出血 71 例, 获得了良好效果, 报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

标准大骨瓣减压并颞叶切除术组(A 组) 34 例, 其中男 18 例, 女 16 例, 年龄 43.3~82.5 岁。从发病到入院时间为 0.5~12h, 平均 3.5h。标准大骨瓣减压切除术或骨瓣开颅血肿清除术组(B 组) 37 例, 其中男 24 例, 女 13 例, 年龄 38.6~79.4 岁。从发病到入院时间为 1~11h, 平均 3.8h。

### 1.2 临床表现

入院患者浅昏迷 26 例, 中度昏迷 21 例, 深昏迷者 24 例。一侧病理征阳性 35 例, 双侧阳性 33 例, 去脑强直 3 例。意识瞳孔变化: 所有患者均有意识障碍, GCS 评分 3~5 分 14 例, 6~8 分 39 例, >8 分 18 例。术前单侧瞳孔散大 41 例, 双侧瞳孔散大 10 例, 无瞳孔变化 20 例。

### 1.3 CT 检查

全部病例均进行头颅 CT 扫描确定出血类型。CT 示脑基底节区见肾型高密度改变, 其中破入脑室 15 例, 中线结构都有明显的向对侧移位, 侧脑室、第三脑室、鞍上池、环池有变窄或消失现象。

### 1.4 手术方法

A 组患者全部采用标准大骨瓣减压并颞叶切除治疗。术前为了争取抢救时间, 在入院后立即快速静滴甘露醇、静脉注射呋塞米等脱水药, 以预防脑干受压过重, 发生不可逆性损害。为保持呼吸道

通畅, 及早进行气管插管。患者取仰卧位, 上身抬高 15°, 头向对侧旋转 45°。切口全部采用国际标准外伤大骨瓣开颅切口<sup>[1]</sup>, 手术切口从颞弓上耳屏前 1 cm 处开始, 于耳廓上方向后延伸至顶结节, 然后向前至额部中线发际内。全部采用游离骨瓣。把皮肤瓣翻到颞侧, 所开骨窗的大小向前可至额极, 向下平颞弓, 向后至乳突的前方。蝶骨嵴处向深处咬除, 要将蝶骨平台跟颞窝处暴露。颞骨的去骨范围视情况而定, 可以达到 10cm×10cm。将硬脑膜呈弧形放射状切开, 首先行颞叶大部切除术, 同时行血肿清除术, 再取颞肌筋膜行硬脑膜扩大修补, 使修复后的硬脑膜保持足够宽松, 但补片不宜过大, 以达到缓冲颅内压而不导致脑组织明显移位为原则。骨瓣不复位以利减压, 术中根据病人情况可以同时或分别留置硬膜下、硬膜外引流管, 一般不论破入脑室血肿量大小, 均不常规放置脑室引流管。对照组仅采用大骨瓣减压血肿清除术, 18 例破入脑室患者均常规放置脑室引流管。

### 1.5 术后处理

术后不必严格控制患者的血压, 只要术中止血彻底, 血压稍微高一些, 有利于提高脑灌注压, 防止脑缺血加重血管性脑水肿的发生。其次, 术后保持呼吸道通畅, 脑疝时间较长、脑损伤严重、术后昏迷时间长者应早期行气管切开, 呼吸功能障碍者呼吸机行辅助通气。注意控制血压、血糖及纠正水电解质平衡及注意多脏器功能衰竭并进一步行脱水、利尿、促醒, 防治深静脉血栓、肺部感染及压疮形成。

### 1.6 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学分析。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

| 组别       | 良好    | 中残 | 植物生存 | 放弃 | 死亡 |
|----------|-------|----|------|----|----|
| A 组      | 16    | 6  | 5    | 4  | 3  |
| B 组      | 8     | 5  | 8    | 6  | 10 |
| $\chi^2$ | 3.87  |    |      |    |    |
| P        | <0.05 |    |      |    |    |

## 3 讨论

目前,临床上手术仍然是治疗大面积高血压脑出血的重要手段。

高血压脑出血的手术治疗方式有多种。我们处理各种脑出血病人,最常采用微创颅内血肿粉碎清除术、标准大骨瓣减压血肿清除术、小骨窗开颅血肿清除术以及本文所采用的具有内外减压作用的标准大骨瓣减压并颞叶切除术。我们认为脑出血手术效果与以下因素有关:1)患者因素:患者年龄、身体状况(有无高血压、糖尿病、动脉硬化等)、血肿量大小、血肿部位等;2)手术者因素:方式及手术时机高血压脑出血常在发病 20~30min 内形成血肿,30min 后自行停止。脑水肿 72h 达水肿高峰,此时颅内压显著增高,再采取手术干预,为时已晚。故大多学者<sup>[3-4]</sup>主张早期手术(发病后 1~2d)。近年来也有学者主张超早期手术(7h 内)<sup>[5]</sup>。因此,及早手术对患者的预后有很大的影响。对于大面积脑出血的手术时机:理论上早期手术即可以解决颅内占位效应又可以解决因血肿代谢、介导等作用释放的各种理化因子,是更为有效的治疗手段。我们的体会是早期手术者预后明显优于晚期手术者,时间越早,预后越好。因为发病后早期血肿较局限,周围脑组织破坏尚不严重,血肿周围脑水肿尚不明显,血肿多未穿破脑室,破入脑室的血肿量也比较小,是手术的较好时机。超早期手术可以早期解除压迫,减轻血肿对周围脑组织的压迫时间,能明显减轻继发脑水肿的可能,有利于进一步降低造成脑干功能不可逆损害的理化因素。早期采用标准大骨瓣减压并颞叶切除术,术中行颞叶切除后,首先形成一个宽敞的手术视野,血肿甚至可以完全清除,且对周围脑组织没有任何牵拉损伤,

止血非常彻底,术后患者反应轻,脑水肿增高多不明显。因脑组织受挤压较轻,故脑功能恢复亦较快,抢救成功率较对照组有明显提高。与传统手术相比较,该手术方式减压更合理充分:首先是早期清除血肿,切除颞叶后,颅内占位效应明显减轻,显著降低颅内压,阻断脑水肿所引起的颅内高压等导致的恶性循环,从而挽救患者生命;其次手术视野好,利于止血和全部清除血肿,而且对血肿周围脑组织牵拉轻,还能保护好脑的一些重要功能区;有效解除脑疝对脑干的压迫,更好地保护脑的功能;术后脑水肿较轻,减轻了对脑组织的继发性损害,明显降低致残率和死亡率。

标准大骨瓣减压加颞叶切除术也有一定的副作用。首先是创伤较常规手术大;后期还可能出现脑萎缩、脑软化、积液、脑积水等,该术式虽然明显降低患者的死亡率。但因创伤大,对血肿量小、病情较轻的患者一般不适用。

对于术前 GCS 评分<8 分,出血量最大截面直径>6cm 的患者,病情有恶化趋势或评估病情有恶化可能的,采取标准大骨瓣减压加颞叶切除术。多能获得良好预后。对术前 GCS 评分>9 分,出血量最大截面直径<6cm 的脑出血患者应根据患者病情变化,采取不同的治疗方式,不能拘泥于某一种术式<sup>[6]</sup>。更不能单纯为明显降低颅内压而不分轻重而全部行颞叶切除。

### 参考文献:

- [1] 江基尧. 介绍一种美国临床常用的标准外伤大骨瓣开颅术[J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14(6): 381-382.
- [2] Mendelow A D, Gregson B A, Fernandes H M, et al. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage (STICH): a randomised trial[J]. Lancet, 2005, 365(9457): 387-397.
- [3] Broot T, Broderick J, Kolhari R, et al. Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage[J]. Stroke, 1997, 28(1): 1-4.
- [4] 王忠诚, 吴中学, 赵继宗. 高血压脑出血预后的影响因素分析[J]. 中华神经外科杂志, 1990, 6(增刊): 73-74.
- [5] 张延庆, 顾世清. 重症高血压脑出血超早期手术治疗[J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14(4): 237-239.
- [6] 夏国道, 姚建社, 包平, 等. 高血压脑出血的临床特点和疗效分析[J]. 中华神经外科杂志, 2003, 19(3): 231-232.

(收稿日期 2015-06-15)