



神经内镜手术治疗高血压脑出血的临床应用研究

王 茹 王 毓

(西京医院神经外科监护室 陕西 西安 710032)

摘要:目的 探讨神经内镜手术治疗高血压脑出血的应用。方法 从2014年1月~2017年1月40例应用神经内镜治疗丘脑出血手术。结果 术后1wGCS评分从术前的5.9点至8.8分;术后3d头颅CT扫描,85%以上的血肿清除。手术后,颅内感染3例,抗炎后患者恢复。6例死亡在术后1个月;其中因中枢性呼吸循环衰竭死亡4例,因肺部感染死亡2例。其余34例随访半年,表明GCS半年提高4分。结论 神经内镜可以提高手术视野,提高高血压脑出血患者血肿清除率,提高治愈率。

关键词:神经内镜;脑出血;高血压

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-291-01

高血压脑出血是神经外科常见病,其中丘脑出血占12%左右。开颅血肿清除是高死亡率和高致残率。虽然内窥镜手术损伤小,但通道太窄,造成视觉有限,使血肿清除效果差。在这种情况下,我们使用聚丙烯材料,用于内窥镜手术操作视野好,应用粗吸管进入血肿腔。该方法可以有效地去除丘脑脑室内血肿,并迅速缓解脑室扩张现象

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组40例高血压脑出血患者,其中18例男患者,22例女患者;年龄39~69岁,平均60.1岁;入院GCS评分平均5.9分;18例左侧血肿,22例右侧血肿;20例Graeb分级I级,15例Graeb分级II级,5例Graeb分级III级。

1.2 内窥镜通道是由聚丙烯材料制成,长10cm,管芯为14号Foley管。硬质通道外径为7mm,内径为6mm,2.7mm直径的内窥镜,吸引管2.5mm。

1.2 内窥镜通道是由聚丙烯材料制成,长10cm,管芯为14号Foley管。硬质通道外径为7mm,内径为6mm,2.7mm直径的内窥镜,吸引管2.5mm。

1.3 病例入选标准 年龄<75岁的患者,生命体征正常,没有严重的肝、肾、肺、心和血液系统疾病,免疫系统疾病,入院时GCS大于5,是graeb I级,graebII级和graebIII级,无graebIV级患者。后外侧丘脑出血破入脑室并脑出血血肿体积大于40ml的类型。

1.4 手术方式 全身麻醉,气管插管,患者仰卧位,术侧肩垫软枕使头偏转60°。选择耳廓最高点向上和向后3cm为穿刺点。头皮切口,从这一点上钻孔,用骨钻将孔扩到一个直径1cm。14球囊导管置入硬质通道,前端留5mm在通道外,便于穿刺。Foley管气囊注水,导致硬质通道完全关闭。穿刺成功,Foley管引流并拔出气囊。内窥镜和吸管将进入血肿腔清除丘脑脑室内血肿。当活动性出血,拔出吸管,直径3mm的单极电凝吸引管进入血肿腔止血。血肿无活动性出血,在侧脑室引流管的脑室外引流术后2~3d。术后监测颅内压,并给予抗炎,止血和降低颅内压治疗。

2 结果

术后7d,40例高血压脑出血患者GCS评分为9.4分。术后2~3d给予头颅CT扫描,85%以上的血肿清除,无继发性脑积水现象。术后颅内感染3例,给予抗生素治疗。6例死亡在术后1个月,术后1个月内的死亡率为15%,其中因中枢性呼吸循环衰竭死亡4例,因肺部感染死亡2例。其余34例随访半年,表明GCS半年提高4分。

3 讨论

高血压丘脑出血一般分4种:背型,中央型,前外侧型和后外侧型。后外侧型居多,而血肿常破入侧脑室,会有占位效应和发生急性梗阻性脑积水。在脑出血发生后血肿周围脑组织损伤,主要包括两个方面:①通过脑组织压迫血肿占位效应,使周围的脑组织缺血、缺氧。②细胞毒性脑水肿由血液的降解产物引起的,并由于丘脑损伤,电解

质及酸碱平衡紊乱等全身症状可进一步加重脑组织的损伤[1]。虽然传统的开颅清除血肿和血肿可减压较彻底,但也因为对周围脑组织损伤大,往往在30%以上的死亡率,致残率高。早期,快速,微创颅内血肿清除术是丘脑出血的治疗关键。由于对脑室出血合并阻塞脑脊液通路,容易引起急性梗阻性脑积水。不仅发生引流管阻塞、还可能发生颅内感染并发症,由于脑室内血肿停留太久导致脑室系统粘连导致梗阻性脑积水可能[2]。所以与脑室内出血治疗的主要目的是脑室内血肿的快速清除,减轻急性脑室扩张和使颅内压下降至正常水平。血肿常规内镜切除损伤小,但由于内镜的细使抽吸困难,血肿清除率一般在50%以下[3]。同时,由于视野的狭窄,无法准确观察血肿及脑组织的操作和界面,很难把握的尺度,容易引起继发性损害。此外,内窥镜手术是在传统的需水为介质的成像,易致出血,脑脊液混浊,视力模糊。我们使用硬通道血肿清除为手术通道,以空气为介质,允许较大的吸管(2.5mm直径)为血肿腔吸除血肿,效率大大提高。因为视野清晰,观察血肿及脑组织界面好,能减少损伤情况的发生。在活动性出血的同时,单极电凝止血吸引装置的应用是不难的。应用这种方法,在85%以上的血肿清除率,残余的小血肿可在2d内引流干净。手术除去大部分的血肿,损伤小,降低颅内压,使急性脑积水现象得到缓解,本组患者手术死亡率仅为15%,手术后6个月,GCS评分为4.0分,与传统的开颅手术和单纯内镜下血肿清除术相比具有明显的优势。只有7mm直径的硬通道,放置在术中不会对脑组织造成严重的损害。该材料是聚丙烯组合物,无毒、价廉,易消毒的一次性。可以作为常规仪器内窥镜手术。

参考文献

- [1] 黄素梅.脑出血血压控制与预后的临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2015,12(5):91.
- [2] 雷建斌,赵健.高血压脑出血的治疗体会[J].中国社区医师,2016,15(6):106.
- [3] 王宝华,于国平.不同微创手术治疗重症高血压脑出血的疗效比较[J].中国全科医学,2014,11(2):251.
- [4] 陶元丰,张亚莉,郝峰.单孔钻颅引流治疗老年慢性硬膜下血肿[J].临床误诊误治,2016,22(9):34-35.