

高血压脑出血手术时机及手术方式综述

蒋德曦

昆明医科大学附属曲靖医院 云南曲靖 655000

〔中图分类号〕R651.12

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2019) 04-208-01

高血压脑出血属于神经外科常见急重症,患者生活自理能力差,致死率以及致残率高。临床需积极探寻最为有效的治疗方法,提高患者生存率。本文主要对高血压脑出血手术时机及手术方式做如下综述:

1 手术时机选择

Cushign 早于 1903 年就提出,对于高血压脑出血疾病,尽早采用手术清除颅内血肿可有效降低由血肿占位所导致的颅内高压,但目前关于早期手术治疗是否会改善患者预后仍存在一定争议^[1]。Bagley 等学者研究指出,脑出血发病后一旦出现血肿分解,其血肿与周围脑组织处于轻微粘连现象,极易分离与清除,于此时采用手术治疗可明显减少术后出血量。因此在脑出血后两周实施手术对于控制疾病具有积极意义^[2]。在 Cook 学者研究中指出,患者在高血压脑出血发病 24 小时内多呈现休克状态,病情危急,若于此时接受手术治疗,存在较大风险。当发病 48 小时后病情持续进展并发颅内压增高、肺部等病情,均会对手术治疗产生不利影响。患者能够承受致命性出血时间在出血 8 小时以上,同时要求呼吸、脉搏、心率等生命体征处于平稳状态下才能够生存。近几年来,有学者研究指出高血压脑出血患者发病早期病情呈现动态发展,其中有 30% 患者在出血后数小时其血肿体积持续增大,导致病情恶化^[3]。因此,出血量已成为目前临床用于判断预后的一项重要指标。急诊处理高血压脑出血患者关键之处在于预防出血量进一步增加,及时遏制病情恶化。故临床治疗高血压脑出血原则上应于发病早期进行手术清理。由于患者发生血肿后其周围脑组织会出现缺血半暗带,其中神经组织所发生的病理改变在一段时间内具有可逆性,若能够在该段时间内给予适当干预,可促使半暗带脑组织功能得到及时修复。通常情况下当发生高血压脑出血后 20-30 分钟即可逐渐形成血肿,在出血后 6 小时左右出现不可逆性脑实质性损伤;在出血 6-24 小时内患者毛细血管通透性增高,并逐渐出现周围血肿脑组织坏死,加重脑水肿病情。在出血时间超 24 小时后,患者神经细胞毒性损害持续加重,加重其不可逆性脑损害。因此,超早期实施手术治疗可在各项损伤发生前对血肿实施有效清除,为血肿周围即将死亡的脑组织提供充足血供,改善患者预后。但在患者发病 6 小时内其出血病情尚未稳定,过早手术加大了术后再出血机率、而过晚手术又导致患者错过最佳手术时间,导致神经组织出现不可逆转损伤。因此,实施超早期手术治疗可及时解除颅内高压,改善损伤区域血供,降低脑水肿等并发症的发生。也存在部分学者认为在发病初期患者生命体征不稳定,对于手术治疗耐受性较差,颅内出血尚未完全停止,主张在发病后 6-24 小时实施手术为最佳时间窗。

2 手术方式的选择

目前,临床对于高血压脑出血疾病方式按照手术创伤大小分类共包括 3 类:(1)开骨瓣的颅内血肿清除术。据以往临床资料显示,对于颅内血肿量较大的重症患者,颅内血肿清除术具有重要作用^[4]。采用该种方式治疗可在短时间内快速降低颅内压力,解除脑干压迫作用,提高患者生存率。据分析颅内血肿清除术最为突出优点为术野清晰,方便医护人员在直视下充分清除血肿以

及临近液化坏死脑组织;同时该项手术操作可最大限度缓解颅内压。但存在缺点为手术需在全麻条件下进行,加大手术风险;手术持续时间较长,术中出血量多,极易引发周围脑组织发生医源性损伤,术后出现并发症几率大。以上因素均会对患者术后恢复产生不良影响。该手术主要应用于重症患者中,死亡率相对较高。

(2)小骨窗开颅血肿清除术。在传统开颅手术开颅手术基础上进行改良而成,打开小骨窗,大小为 2.5-3.0cm,在直视下或显微镜、内镜辅助下实施血肿清除。作为临床中典型微创手术,该手术方式具有创伤小、术野清晰、出血量少等优势,在手术过程中选择适当入路,完全绕开脑表大血管以及重要功能区,最大程度降低医源性神经功能损伤。近年来,小骨窗开颅显微手术凭借其自身优势在临床治疗中获得越来越多神经外科医生所青睐。但对于血肿量较大且术前合并脑病重症患者来说,不宜采用。(3)血肿微创穿刺抽吸或引流术。①微创血肿穿刺引流术。术前行 CT 扫描,沿头皮直接进入血肿部位,抽取其中血肿,定期注入尿激酶,溶解并引流血肿。该术式简单易行、出血少,适用于基层医院开展。②立体定向血肿抽吸术。在全麻状态下安装立体定向框架,计算穿刺靶点 X、Y、Z 坐标值,设定穿刺角度、深度,置入穿刺针。沿原手术通道置入引流管,向血肿腔内注入尿激酶,对血肿实施溶解引流作用。③立体定向内窥镜手术。采用立体定位选择良好手术通道,向血肿腔导入神经内镜,反复抽吸、冲洗血肿^[5]。④神经导航辅助微创手术。将不可视靶点转变为可视靶点,提高术中血肿定位准确度,减轻对于周围正常组织损伤。可以最大限度地减轻手术副损伤。⑤脑室外引流术。主要用于脑出血破入脑室患者治疗中,沿引流管注入纤维蛋白溶解剂,同时配合腰穿脑脊液置换治疗,加速血肿吸收、血凝块外排。其最大缺点为难以在直视下有效止血,且血肿清除不彻底,对于设备具有较高要求,难以大范围普及。

3 小结

总结认为,手术治疗根本目的在于防治继发性损伤的产生,发病超早期以原发损伤为主,继发损伤多于发病 24 小时后发生,故手术治疗时机倾向于发病后 6-24 小时,患者生命体征平稳后进行;同时明显患者实际病情,根据其所需选择恰当手术治疗方式,最大化改善患者疾病。

〔参考文献〕

- [1] 王树强.不同手术时机小骨窗显微手术治疗高血压脑出血临床对比分析[J].医学综述,2015,21(2):329-331.
- [2] 黄献靖,吴科学,仁增.高血压脑出血手术时机及手术方式分析探讨[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(29):16-18.
- [3] 胡振宇,雍成明,宣家龙.老年高血压脑出血患者超早期手术治疗的临床疗效[J].医学综述,2017,23(5):1030-1033.
- [4] 李斌,冯屹,谭卫.高血压脑出血外科治疗术式及手术时机的选择[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(12):38-40.
- [5] 马金福,杨新喜.高血压脑出血手术时机及手术方式的选择[J].中外医疗,2016,35(5):90-91.