

- 华骨科杂志,1994,14(6):413.
- 5 玄东洋,李林,崔白日,等. 膝关节滑膜皱襞综合征的治疗[J]. 延边大学医学学报,2000,23(4):297~298.
- 6 Kaplse I, Uribe JW, Socken H, et al. The acute effects of rwdiorenquency

entry in articular cartilage: An in vitro study[J]. Arthroscopy, 2000, 16(1):2.

(收稿日期:2007-04-01 修回日期:2007-06-28)

小骨窗微创开颅对早期高血压脑出血血肿的临床疗效分析

莫万彬 杜贻庆 王文波 周晓坤 阳永东 唐乐剑 夏学魏

(桂林医学院附属医院, 桂林市 541001)

【摘要】 目的 评价小骨窗微创开颅血肿显微清除术对早期高血压脑出血的治疗效果。方法 依据头颅 CT 术前精确摄片定位,对高血压脑出血患者行小骨窗微创开颅,于手术显微镜下清除颅内血肿 56 例。结果 本组 56 例中,52 例术后第 5 天内复查头颅 CT,血肿大部分消失;术后第 10 天复查 CT,血肿基本消失。手术后近期疗效:住院期间死亡 6 例,放弃治疗 5 例;生存的 45 例中,随访 3 个月,以日常生活能力分级法分级:ADL I~III 级 39 例,占 86.6%。结论 应用小骨窗微创开颅对高血压脑出血血肿行显微清除术具有损伤轻微、血肿清除完全、颅内减压及时充分、操作简便、手术时间短、术中出血少、安全有效的特点,弥补了大骨瓣开颅手术和单纯钻孔引流术的不足,是降低死亡率、致残率和提高生存质量的有效方法。

【关键词】 小骨窗;微创;脑出血;显微外科手术

【中图分类号】 R 651.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2007)04-295-02

高血压脑出血属神经科的急危重症,发病率高,约占脑血管疾病的 30%~40%,死亡率和致残率均居脑出血疾病的首位^[1-6]。近 8 年来我院采用小切口小骨窗微创开颅对早期高血压脑出血血肿患者进行显微镜下血肿清除术,取得了较好的疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 56 例,男性 37 例,女性 19 例,年龄最大 83 岁,最小 36 岁,平均年龄 63.3 岁。全部病例均有多年高血压病史。

1.2 临床表现 患者均为在活动中发病,入院时格拉斯哥昏迷分级(GCS)≤8 分 35 例,9~12 分 12 例,13~15 分 9 例。单侧瞳孔散大 8 例,双侧瞳孔散大 3 例。去大脑强直者 6 例,合并呼吸衰竭者 4 例。

1.3 CT 检查 全组所有病例发病后均行头颅 CT 扫描。出血量按多田公式计算,为 18~120 mL,平均 50.3 mL,其中超过者 100 mL 者 8 例。出血部位:基底节 34 例,大脑皮层下 15 例,小脑出血 7 例。其中破入一个脑室者 10 例,两个脑室者 6 例,三个脑室以上者 3 例,全脑室铸型者 4 例。除入院时已合并双瞳孔散大及呼吸衰竭者外,其余病例术前均以金属标志物头颅 CT 血肿体表投影定位。

1.4 手术时间 发病至手术的间隔时间超早期(6 h 以内)38 例,早期(6 h~12 h)18 例。

1.5 手术方法 根据术前 CT 定位或头颅 CT 扫描,出血量最多的 CT 层面距颅板最近处投影点标记,以此点为中点,做一纵行切口 4~5 cm,钻孔并扩大成 2.0~3.0 cm 的小骨窗,悬吊硬脑膜于骨窗缘,硬脑膜呈“Y”字型切开。脑穿针穿刺血肿,确认血肿后在手术显微镜下,尽量沿脑沟方向切开皮质,

顺穿刺道进入血肿,直视下以中等口径吸引管清除血肿,如内侧部少量血块与正常脑组织粘连紧密不可强行剥离;一般清除血肿 80% 左右并可见到局部脑组织明显下塌即可,于显微镜下彻底止血。血肿壁垫以止血纱布或明胶海绵,血肿腔内不留置任何引流管,严密缝合硬脑膜及头皮各层。如合并脑室内积血则采用一侧或双侧侧脑室穿刺置管外引流术,每天引流管注入尿激酶 1~2 万 U/5~10 mL 生理盐水,夹闭引流管接袋,1~2 h 后开放,每日 1~2 次;根据 CT 动态扫描,调整尿激酶用量;同时早期反复腰穿脑脊液置换及鞘内注入尿激酶和地塞米松,直至脑脊液正常。

2 结果

本组 53 例术后第 5 天内复查头颅 CT,血肿大部分消失;术后第 10 天复查 CT,血肿基本消失;3 例术后再出血。术后随访 3 个月,按日常生活活动能力(ADL)评定分级。I 级:完全恢复日常生活 16 例;II 级:部分恢复或可独立生活 13 例;III 级:需要帮助扶拐可走 10 例;IV 级:卧床,但保持意识 3 例;V 级:植物生存状态 3 例。住院期间死亡 6 例,死亡率为 10.7%,放弃治疗 5 例。生存的 45 例中,以日常生活能力分级法:ADL I~III 级 39 例,占 86.6%。死因分析:3 例再出血致脑干功能衰竭死亡,2 例全脑室铸型者及 1 例合并肺部感染呼吸功能衰竭死亡。

3 讨论

高血压脑出血在临床上比较常见,亦是致残最重、死亡率最高的脑性疾病。在出血量多时,手术治疗因能通过清除血肿,直接降低颅内压,可以挽救生命及减轻后遗症,已成为减少死亡率和提高生活质量的最佳选择^[2-6]。

手术方法既往多采用肉眼下大骨瓣开颅手术清除及去骨瓣减压,但因高血压脑出血部位多位于基底节区,解剖部位深

在,光线照明差,手术创伤大,手术时间长,术中出血多,致残率及死亡率均高^[1]。近年来开展较多的微创穿刺引流术,对于年老体弱、合并其他严重疾病、不能耐受开颅手术的血肿量小的病人,因其损伤小、手术简单而有利于患者^[1,4],但其不能克服清除血肿不满意、减压不充分、不能直视下止血及术后因必须反复应用尿激酶易引起再出血的缺点,特别是对于血肿量大、颅内压很高的患者因不能迅速及时减压而预后不佳。

手术方法及手术入路的选择是手术成功的关键。随着显微神经外科器械及技术的发展,对脑深部病变的照明及止血已不成问题,这就解决了一直困扰大多数神经外科医生并使他们不愿为高血压脑出血患者而冒因出血部位深在、止血困难的风险所致的这一难题。另外,准确的术前头部CT定位亦为小切口小骨窗下迅速、直接、准确达到血肿位置提供了可能,从而减少了手术副损伤及缩短了手术时间^[1,5]。本组56例均采用小切口、小骨窗并于手术显微镜下运用显微神经外科技术行血肿清除;镜下清除血肿完全,止血良好,术后无需放置引流管引流,清除血肿后均见脑组织下塌明显。作者体会小骨窗显微微创手术治疗高血压脑出血,与常规肉眼开大骨瓣开颅术比较,无论在手术时间、出血量、损伤程度、手术费用及手术效果等方面,该显微微创手术均优于后者,与单纯钻孔血肿引流术相比,小切口小骨窗显微微创术能克服前者清除血肿不满意、减压不充分、不能直视下止血的缺点。本法具有手术视野清晰、损伤轻微、术中出血少、手术时间短、操作简便、疗效较好等优点,且易于被病人及家属接受。它弥补了常规肉眼开大骨瓣手术和单纯钻孔引流的不足,降低了死亡率及致残率,提高了病人的生存质量。本组死亡率10.07%,良好率86.6%,与外科常规肉眼开颅手术死亡率28%~48%^[1]比较,显著降低了高血压脑出血病人的死亡率,并改善了病人的生存质量。

对于小骨窗微创开颅显微手术治疗高血压脑出血的手术适应证,需根据病人的意识状态、出血量、出血时间和病人的整体情况综合考虑。纳入本组手术的适应证是:①发病后意识朦胧或昏迷;②血肿引起明显的占位效应甚至导致脑疝;③幕上血肿量 ≥ 30 mL,幕下血肿量 ≥ 15 mL;④发病至手术的间隔时间不超过12 h。如病人出现深昏迷伴双侧瞳孔散大、自主呼吸异常或呼吸衰竭,手术预后则不良;本组术前出现呼吸衰竭4例,术后死亡3例;对于此类病人选择手术时要慎重。

对于高血压脑出血的手术时机目前都主张超早期(脑出血 < 6 h)或早期手术(脑出血 < 12 h),因为这期间虽血肿周围开始出现脑水肿,但脑组织还没有坏死,手术减压可以阻断出血后一系列继发改变所致的恶性循环^[2,6],还可以及早降低颅内压,促进脑功能恢复,最大限度地减少死亡或残疾。本组手术效果理想,得益于及时早期的手术。

参 考 文 献

- 1 庞力,周良辅. 微创手术治疗高血压脑出血的术式比较[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2001, 6(3): 147-149.
- 2 Huang FP, Xi GH, Keep RF, et al. Brain edema after experimental intracerebral hemorrhage: Role of hemoglobin degradation products [J]. Neurosurgery, 2002, 96(2): 287-289.
- 3 张良,郭建雄. 小骨窗开颅治疗高血压性脑出血[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2003, 8(5): 228-229.
- 4 杨松,吴海,春兰. 颅内血肿微创穿刺粉碎清除术治疗高血压脑出血121例临床分析[J]. 微创医学, 2006, 1(3): 183-184.
- 5 杨小明,冀兵,蔡颖琦,等. 超早期微创显微外科治疗高血压脑出血[J]. 中华神经外科杂志, 2003, 19(4): 312-314.
- 6 杜贻庆,阳永东,莫万彬,等. 小骨窗开颅血肿清除治疗高血压脑出血[J]. 中国临床神经科学, 2001, 6(1): 32-33.

(收稿日期:2007-05-02 修回日期:2007-07-01)

鼻内镜在再次鼻中隔矫正术中的临床应用

杨正光 吕忠 温丽慧

(广西钦州市第二人民医院耳鼻咽喉科,钦州市 535000)

【摘要】 目的 探讨鼻内镜下鼻中隔矫正术失败再次手术的应用。方法 在鼻内镜下对40例鼻中隔矫正术失败后的患者进行观察,并采取相应措施再行手术。结果 随访6个月以上,治愈率100%,无并发症发生。结论 鼻中隔偏曲矫正术失败再次手术的患者,在鼻内镜下应根据具体病变再手术矫正是可行的。

【关键词】 鼻内镜;鼻中隔矫正术;再手术

【中图分类号】 R 765.9 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2007)04-0296-02

鼻中隔偏曲的原因虽然未明,但手术矫正是治疗鼻中隔偏曲的有效方法。由于种种原因,鼻中隔矫正失败时有发生,因鼻中隔偏曲引起的鼻塞、头痛和鼻出血等症状无改善,需再次行鼻中隔矫正术。我科对2004年6月至2006年6月鼻中隔偏曲矫正术失败后患者行再次手术,取得满意效果,现报道如下。

作者简介:杨正光(1963~),男,研究生,副主任医师,研究方向:鼻科疾病的治疗。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组40例,男24例,女16例;年龄18~27岁,平均38岁,第2次手术时间与第1次手术时间相隔半年以上,患者主要临床表现为鼻塞、头痛、鼻出血。所有病例均行传统的鼻中隔黏膜下矫正术,入院后经鼻内镜检查所见偏曲部位:前段偏曲5例,后段偏曲14例,低位偏曲11例,高位偏曲10例。

1.2 手术方法 手术用局部麻醉,于鼻内镜直视下施行,患