

· 短篇及病例报道 ·

标准大骨瓣减压术治疗高血压脑出血 80 例临床分析

冯家龙,冉春雷,刘中洪,蒋 涛

(武警重庆市总队医院神经外科,重庆 400061)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.24.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)24-2565-02

高血压脑出血是脑血管疾病中死亡率和致残率最高的一种疾病。随着中国人口老龄化进程的加快,高血压脑出血患者有逐年增多趋势。本院 2008 年 1 月至 2010 年 12 月对 80 例高血压脑出血意识Ⅲ级以上患者采用血肿清除及标准大骨瓣减压术,取得了明显治疗效果,大大提高了患者生存率,降低了致残率,改善了患者生活质量。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 80 例患者,男 52 例,女 28 例,年龄 38~78 岁,平均 54.6 岁,高血压病史 1~6 年;根据吴承远《临床神经外科学》高血压分级标准^[1],入院时浅昏迷 27 例,中度昏迷 43 例,深昏迷 10 例;单侧瞳孔散大 41 例,双侧瞳孔散大 7 例;发病到手术时间 4~31 h,血肿大小 50~110 mL,部位均为基底节区脑出血(右侧 58 例,左侧 22 例),破入脑室 33 例,气管切开 69 例。

1.2 手术方式 所有患者均采用额颞顶大骨瓣开颅血肿清除及去骨瓣减压术。额颞顶大弧形皮瓣,切口始于颞弓后 1/3 处,从耳屏前沿耳廓上方向后斜行上至顶结节,顺中线旁向前止于发际;向深部咬除蝶骨嵴显露蝶骨平台及颞窝,骨窗均大于 12 cm×15 cm,沿骨窗边缘剪开并悬吊硬脑膜既充分减压,又能止血。显微镜下操作,根据术前定位,从离血肿最近皮层处分离脑组织,保护主要血管,尽量避免脑组织损伤,进入血肿腔;控制好吸引力,从血肿中央先吸除大部分血肿后用生理盐水反复冲洗血肿腔,让附着于脑组织表面的血肿自动脱落便于吸除,吸除时仔细电凝与血块相连的血管,尽量避免过度牵拉,以免引起新的出血;对于重要功能区的血肿,不要求做到百分之百清除,以免因过分强调血肿清除而加重脑功能障碍和难以处理的渗血^[1]。血肿清除及止血满意后,止血纱布覆盖手术创面,术区安放硅胶引流管便于观察及引流。合并脑室出血者通常应行脑室外引流术,硬脑膜可用人工材料作充分减张缝合,既能减压,又能达到预防脑脊液漏的目的。术后加强营养支持,防止因脱水引起水电解质及酸碱失衡,预防肺部感染、肾功能障碍及应激性溃疡所致的上消化道出血等并发症。

2 结果

80 例患者随访 0.5~2 年,平均 1 年。根据日常生活能力(ADL)分级法^[2]:Ⅰ级(完全恢复日常生活能力)7 例,Ⅱ级(部分恢复或可独立生活)38 例,Ⅲ级(需他人帮助)9 例,Ⅳ级(卧床但意识清楚)14 例,Ⅴ级(植物生存)3 例,死亡 9 例。死亡原因:脑疝及脑干功能衰竭、肺部感染及呼吸功能衰竭,肾功能衰竭或不能控制的上消化道出血。

3 讨论

3.1 高血压脑出血治疗效果不佳,其发病率高、死亡率高、致残率高;传统的方法是采用内科药物治疗,但疗效不满意。随

着 CT 的问世及神经外科手术技术的提高及显微镜的临床应用,目前,对采用手术方法治疗高血压脑出血观点已基本一致。手术的目的是清除血肿,降低颅内压,解除或防止脑疝的发生和发展,改善脑组织血液循环,促进受压脑组织的功能恢复。不同的病例,在选择手术指征、手术时机及手术方式上对预后至关重要。作者认为对于有手术指征的病例,应尽可能早期手术;在手术方式的选择上,随着 CT 立体定向技术的发展,逐渐趋于微创,对于少量出血,可利用穿刺吸除血肿方法清除血肿,创伤小,操作简单,技术要求不高,基层医院均能开展。也有学者认为该法的缺点是血肿清除不彻底,不能有效止血,有再出血的危险;另外,对于出血量大,病情进行性加重者不宜采用。而大骨瓣减压开颅血肿清除术可在显微镜直视下彻底清除血肿,达到减压目的,而且止血可靠,特别是对于出血量大,占位效应明显,已脑疝形成且破入脑室者,这种术式更具有优越性。大骨瓣减压由于充分咬除蝶骨嵴,咬除颞骨至颅底,减压充分,既易使颞叶沟回自动复位,又可消除对外侧裂静脉及大脑海凸面静脉的压迫,促进血流回流,减轻脑肿胀和脑膨出;大骨瓣开颅后,脑压得到充分缓解,手术暴露充分,对脑组织损伤小,有时甚至可切除颞肌及部分非功能区脑组织作内减压,由于局部及整个脑压均有效降低,从而最大限度地保护了受累的脑组织。术区或(和)脑室放置硅胶引流管,既可引流出大量脑脊液,也可引流出残余积血,尤其对于破入脑室者更有效。过去大骨瓣开颅很少行硬脑膜缝合,术后易并发脑脊液漏及感染等并发症。本组采用人工硬脑膜作充分减张缝合,既达到了减压目的,又重建了生理屏障,大大降低了脑脊液漏、感染、脑嵌顿及癫痫等并发症的发生率^[3]。

3.2 通过 80 例高血压脑出血患者的手术治疗,对于血肿量大于 50 mL,有意识障碍或脑疝形成者,CT 显示中线明显移位,行标准大骨瓣开颅手术,可明显降低患者的死亡率和致残率,大大减少术后再出血及并发症的发生。本组患者行标准大骨瓣减压术,其死亡率仅为 11.25%,而有报道小骨窗及非标准大骨瓣开颅血肿清除术,死亡率高达 22.2%~33.3%,死亡原因主要为术后再出血和脑疝形成^[4]。

3.3 高血压脑出血病情急且危重,如何降低死亡率,提高治愈率,提高患者的生存质量,选择一种最佳的手术方式既能尽早彻底清除血肿,又能有效降低颅内压,是目前神经外科医生关注的热点^[5]。作者认为单纯清除血肿并不能有效降低颅内压,对脑疝的复位也困难。标准大骨瓣减压术既能彻底清除血肿,又能满意止血,有时还能切除颞肌及非功能区脑组织作内减压,是目前治疗高血压脑出血成熟且有效的方法。

参考文献:

[1] 吴承远.临床神经外科学[M].2 版.北京:人民卫生出版

社,2001.

- [2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 1998:687-689.
- [3] 方乃成,邵高峰,向玉领,等. 带蒂标准外伤大骨瓣治疗重型颅脑外伤[J]. 中华神经外科杂志,2005,21(9):545-546.
- [4] 吴勤奋,张文德,郭怀革,等. 高血压脑出血的小骨窗手术

治疗分析[J]. 临床神经外科杂志,2004,1(2):81-82.

- [5] 孙秀海,张振兴. CT 定向钻孔引流术与传统开颅术治疗高血压脑出血 448 例对比观察[J]. 山东医药,2005,15(6):45-46.

(收稿日期:2012-02-08 修回日期:2012-04-26)

· 短篇及病例报道 ·

对市级卫生应急队伍装备建设的思考

黄田海,王国威,朱 艳

(解放军第三二四医院,重庆 400020)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.24.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)24-2566-02

市级卫生应急队伍是国家卫生力量中医疗救援力量(medical rescue system)的重要组成部分,担负着省、直辖市、自治区范围内重特大突发事件的应急医疗救援任务^[1]。近几年来,市级卫生应急队伍在 5·12 汶川大地震、4·14 玉树地震等医疗救援中反应迅速、不畏艰难,做出了突出贡献,但也暴露出了一些装备方面的问题^[2]。作者经历过数次卫勤任务和演习,结合军队现役野战卫生装备建设和使用情况,对市级卫生应急队伍的装备建设问题进行粗浅的思考。

1 明确卫生应急队伍建设原则,加强购置论证

市卫生局下发的《卫生应急队伍建设指导方案》明确,市级卫生应急队伍承担全市范围内突发事件卫生医疗救援任务,必要时承担国家卫生部安排的支援兄弟省市及国际卫生医疗救援任务。根据现行的国家重大突发事件卫生救援力量使用原则,国家级卫生应急救援力量和军队部分卫勤应急力量担负国家、地方处置重大突发事件的先期处置任务^[3],汶川地震和玉树地震灾区的军地联合救治、伤员的联合跨省转运和军地联合的后勤保障也证实了中国现行的军地联合应急医学救援体制正逐步形成并发挥了重大作用。

就国家卫生救援力量使用原则而言,市级卫生应急队伍是国家级卫生应急救援力量和军队机动卫勤力量的有力补充。作为优先使用的军队卫勤应急力量,现役野战卫勤装备近几年经历了类似实战的考验,具备标准化和系列化的优点,具有机动能力强、医疗模块完善、后勤保障有力和信息化程度高的特点^[4]。由于地方卫生系统建设规划和重点的不同,市级卫生应急队伍现有装备以各医疗机构配置的监护型救护车为主体,多次应急救援任务中,暴露出了现场救治能力不强,野外适应性差,医疗队员搭乘救护车体力消耗大,药材和生活保障等补给较为困难的问题,于是出现了购置类似军队医院配发的大型野外应急卫生装备的呼声,包括野外方舱医院的论证^[2]意向等。

大型野外应急卫生装备如野战手术车和 X 线车等专业装备,不仅价格昂贵,而且平时维护保养和全寿命使用费用高,供电与供水系列装备需配套,还对专业人员的配置和培训也有相关要求;野外方舱医院的使用对道路交通、吊卸载能力和展开地域要求较高。因为卫生资源(人力和物力)的有限性和卫生装备购置资金的不足,随着军地联合救援机制的逐步完善,市

级卫生应急队伍应按照《建设指导方案》中“突出重点,规模适度”的原则,避免卫生装备的重复建设,结合市级卫生应急队伍承担的卫生应急救援任务特点和要求,坚持卫生装备与专业技术系统配套的原则,加强购置论证并实施采购。

2 加强卫生应急指挥体系规划,搞好信息化建设

做好应急指挥体系的整体设计和统筹规划,是高效实施卫生救援工作的前提和关键^[5]。卫生应急救援任务的决策和指挥,需重点考虑到军地联合或地方联合应急救援组织指挥的“多元化”问题。“多元”是指组织指挥要素的多元,组织机构成员可能既有军队卫勤指挥人员,又有地方党政领导;或既有本地卫生行政部门,又有临时卫生应急救援指挥机构。在应急救援时,又可能存在着既有本级指挥,又有越级和跨区指挥。由于指挥要素的“多元化”,造成指挥层次和干扰的因素增多,从而影响指挥效率。

解决这一问题的途径是建立高度权威和统一的指挥机构,而信息化平台和网络的建设正是实现这一目标的最佳方法。通过建立起军地兼容的网络平台,具备收集、整理、分析和分发军地卫生应急保障信息能力,并支持卫生救援力量优化配置和决策支持系统,将成为卫生应急救援力量的倍增器^[6]。同时,应配备独立的有线、无线、海事电话和网络等通信方式,可实时保证指挥部和一线救援力量的联系,为卫生应急救援工作的决策能够提供准确、实时的信息依据,有效提高卫生应急救援工作的救治效率。

3 依据卫生应急救援任务特点,突出重点建设

卫生应急救援任务由于各类自然灾害、恐怖袭击等突发事件发生迅速,难以预测和把握,通常没有反应和准备时间。卫生应急救援任务行动样式构成多种、保障任务繁重,包含了抢险救灾、恐怖袭击、传染病疫情控制和重大中毒事件等多种样式。卫生应急队伍需把握住“平战结合,反应迅速”的特点,做到快速反应、快速行动、科学处置。卫生应急救援任务的对象是伤病员,卫生应急救援中最重要的内容是医疗后送(medical evacuation),即“将伤病员在正确的时间送至正确的地点接受正确的治疗”,其任务是在后送过程中保持对伤病员治疗的持续性和承受性,最大限度地降低伤病员的致残率和死亡率。

坚持以“平战结合”为重点,依据卫生应急救援任务特点,