

欠佳,其中 1 例(0.8%)术后出现血肿,经拆除缝线,充分止血,加压包扎后,术后恢复良好;2 例(1.6%)患者出现轻度外翻,经 3~6 个月恢复后基本正常;3 例(2.6%)患者出现下睑退缩,1 例经按摩后好转,2 例经外眦成形术后,效果满意。

3 讨论

迄今为止,眼袋整复术是最常见的美容手术之一^[5]。外路切开法下睑成形术作为传统眼袋整复术主要是围绕切除“多余”的眶脂肪和多余的皮肤进行的^[6]。虽然留有皮肤切口瘢痕,易发生下睑退缩、下睑外翻,下睑凹陷是其主要缺点,但随着对眶部解剖结构的深入研究,提高了术中眶隔脂肪切除的精确性,这种术式因简单、易行、有效、至今仍被广泛采用。就我院可追踪的 121 例经外路切开法眼袋矫正术,手术体会如下:(1) 应分析受术者眼周(特别是下睑支持结构)的组织特点,判断各因素在眼袋形成中所产生作用的大小,然后有针对性、个性化地决定具体的术式,而不是盲目或随机进行术式的选择;(2) 术中确切止血,尤其是眶脂肪止血明确,术后无血肿及青紫,术后反应轻,恢复快,这一点非常重要;(3) 术中仔细判断皮肤和(或)肌肉切除量,术中皮肤切除过多则容易造成睑球分

离,下睑外翻及眼睑闭合不全,而切除过少则下睑松弛致手术效果不理想,下睑皮肤和肌肉切除过多还可导致下睑退缩;(4) 做好术后随访,密切观察术后并发症。这样不仅可以达到最佳的疗效,并且可最大限度地减少并发症的发生。

参考文献

- 1 陈言汤,庞水发,侯在恩,等主编.美容外科学.第 1 版.北京:人民卫生出版社,2002:206.
- 2 Goldberg RA,McCann JD,Fiaschetti D,et al. What Causes Eyelid Bags? Analysis of 114 Consecutive Patients. *Plast Reconstr Surg*,2005,115:1395-1402.
- 3 Guo L,Bi H,Xue C,et al. Comprehensive considerations in blepharoplasty in an Asian population: a 10-year experience. *Aesthetic Plast Surg*,2010,34:466-474.
- 4 蒋思军,汪国民,黄恒平,等.162 例眼袋整复术临床分析. *吉林医学*,2010,31:345-346.
- 5 Patel BCK,Patipa M,Anderson RL,et al. Management of postblepharoplasty lower eyelid retraction with hard palate grafts and lateral tarsal strip. *Plast Reconstr Surg*,1997,99:1251-1260.
- 6 邢新,杨超.眼袋整复术进展与需要把握的几个问题. *中华医学美容美容杂志*,2006,12:257-259.

(收稿日期:2011-02-18)

doi: 10.3969/j.issn.1002-7386.2011.13.042

• 临床研究 •

脑深部血肿穿刺引流围手术期出血的防治

王建会

【关键词】 颅内血肿;围手术期;出血;巴曲亭

【中图分类号】 R 651.56

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-7386(2011)13-1998-02

脑深部血肿是指位于皮质下 3 cm 以上的颅内血肿,出血原因除创伤外,大部分是高血压引起^[1]。微创穿刺引流术适用于各部位出血,特别是深部出血。我院 2002 年 5 月至 2010 年 5 月共收治基底节区等深部脑出血患者 343 例,行微创穿刺引流术,55 例发生围手术期出血,颅内局部灌注注射用蛇毒血凝酶止血剂(巴曲亭)治疗围手术期出血,效果较好。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2002 年 5 月至 2010 年 5 月,高血压脑深部血肿穿刺引流围手术期出血 55 例,随机分成试验组 30 例,对照组 25 例。试验组:男 20 例,女 10 例;年龄 35~75 岁,平均年龄(54±12)岁,其中左侧基底节区脑出血 7 例,左侧丘脑出血 1 例;右侧基底节区脑出血 10 例。右侧丘脑出血 2 例。根据多田公式计算,基底节区出血量 30~60 ml 16 例,>60 ml 8 例。丘脑出血 5~10 ml 2 例,>10 ml 4 例,平均(48±10)ml。意识状态 GCS 评分:3~5 分 4 例,6~8 分 18 例,9~12 分 8 例,平均(10.0±1.9)分。手术距发病时间 6~12 h 14 例,12~24 h 12 例,>24 h 4 例;对照组:男 18 例,女 9 例,年龄 40~78 岁,平均年龄(56±11)岁,其中左侧基底节区脑出血 9 例,左侧

丘脑出血 2 例;右侧基底节区脑出血 12 例,右侧丘脑出血 2 例。基底节区出血量 30~60 ml 12 例,>60 ml 9 例。丘脑出血 5~10 ml 2 例,>10 ml 2 例,平均(46±9)ml。手术距发病时间 6~12 h 12 例,12~24 h 10 例,>24 h 3 例。GCS 评分:3~5 分 3 例,6~8 分 16 例,9~12 分 6 例,平均(9.7±2.0)分。2 组患者术前测定凝血功能正常,一般资料无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法 根据头颅 CT,利用我院自行设计的简易颅内病变定位法定位确定头皮穿刺点。术前控制血压,维持血压在基础血压稍高水平。采用局麻+静脉应用镇静剂,常规消毒术野,铺巾后,头皮切口约 2.5 cm,钻孔,直视下切开硬脑膜约 0.4 cm,穿刺血肿最大层面的中心。对于穿刺后有酱油色血液涌出者,不予以抽吸,让其自然引流。非液态血肿予以抽吸,负压小于 5 ml,抽吸血肿量小于原血肿量的 30%。骨孔予以明胶海绵填塞,引流管从原口引出。术后常规复查头颅 CT,以明确穿刺针位置及有无再出血。8 h 后引流管内注入 0.9%氯化钠溶液 2 ml 加 2~3 万 U 尿激酶,闭管 2 h,每日 1~2 次。术后 3~7 d 复查头颅 CT,了解血肿清除及脑水肿情况。

1.3 药品 巴曲亭粉针,每支 1 U,由蓬莱诺康药业提供。

1.4 围手术期出血的治疗 试验组:发现术中出血及术后再

出血,立即予以巴曲亭 1 U 溶于 2 ml 注射用水后注入血肿腔,保留 5 min 后开放引流,观察其疗效。有效者在出血停止后 8 h 血肿腔注入尿激酶 1 万 U,保留 2 h 后开放。无效者立即予以开颅清除血肿、完善止血。对照组:不给予干涉。2 组手术开始前 15 min 均予以巴曲亭 1 U 静脉注射,术毕巴曲亭 1 U,静脉注射,术后给予巴曲亭 2 U 静脉注射 1 次/d,连续 3 d。

1.5 疗效判定 有效:局部应用巴曲亭后 6 h 内,意识、瞳孔、生命体征稳定;复查头颅 CT 显示血肿较术前缩小、同前、增大,但 < 10 ml;无效:局部应用巴曲亭后 6 h 内,意识、瞳孔、生命体征恶化,复查头颅 CT 血肿较术前 > 10 ml。

1.6 统计学分析 应用 SPSS 11.0 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组有效 26 例,无效 4 例,有效率为 86.7% (26/30);对照组有效 15 例,无效 10 例,有效率为 60.0% (15/25),2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

围手术期出血是高血压脑出血术后最严重的并发症之一,其发生率各家报道不一 (8.75% ~ 23.25%)^[2,3]。本组穿刺引流 343 例,围手术期出血 55 例,发生率 16.0%。其发生机制十分复杂,一旦发生,病死率明显提高。所以,围手术期出血及再出血的有效防治对于提高手术疗效,减少手术并发症十分重要。

近年来,随着冠心病发病率逐年增高及医疗技术水平的不断提高,患者接受非心脏手术的数量也在逐年增加。这些患者常需要长期服用抗凝药,以预防心、脑血管缺血事件的发生,但这些药物可能增加术中及术后出血。抗凝、抗血小板相关颅内出血临床处理时,如何尽快纠正患者的凝血功能或恢复血小板功能是临床治疗的关键。口服华法令者一般需要 4 d 凝血功能才能恢复正常,口服阿司匹林者如需手术治疗,至少需要在停药 7 d 之后,但是这个时间对于脑出血患者,可能太长。唯一迅速有效地方法就是口服华法令者静脉给予维生素 K、新鲜冰冻血浆或凝血酶原复合物,后者发挥作用最快。口服抗血小板药物者,术前、术中和术后静脉输注新鲜血小板^[4]。长期口服抗凝、抗血小板药物者,如病情允许,可适当延长术前准备时间。对于长期酗酒、肝功能不全者短期尽可能予以纠正。

Bae 等^[5]认为,血肿周围脑组织于血肿清除后快速复位导致脑血流量突然升高,局部自身调节功能失调的血管破裂及原破裂血管处血栓不牢,血肿壁尚未形成,手术时间过早,操作时损伤血肿壁及周围脑组织,血肿凝固时不合理使用尿激酶,术后血肿腔负压,清除血肿量过多,速度过快,术后患者躁动、血压控制不好等是造成高血压脑出血术后再出血主要原因。

对于出血量大,病情危重者,应尽早手术,除此之外,手术应在发病 6 ~ 7 h 后进行。术前术后的血压管理对防止术后再出血至关重要。脑出血急性期血压不稳定、波动大,术前术后注意血压监测,术前血压控制在基础血压稍高水平较合适。

术中选择合适的穿刺靶点可减少术中出血,潘进钱等^[6]报道根据高血压基底节出血的部位多在血肿的内侧壁,对抽吸靶

点进行改进,即将原先设定的血肿最大层面的中心或血肿最大层面的中线后 1/3 改为血肿最大层面的外 1/3 与后 1/3 交叉处,从而减少术中出血和术后再出血的风险。

本组病例围手术期出血部位局部灌注巴曲亭,对术中出血全部有效,可能出血发现早,局部灌注巴曲亭能作用于原发出血点,有效控制原发出血有关。无效者多发生于术后,与术后发现不及时,发现时血肿已较大,局部应用巴曲亭,药物无法作用于原出血点有关。巴曲亭中的巴西矛头腹蛇蛇毒凝血酶能使适量的纤维蛋白原 A α 链上的 Arg16-Gly17 链处降解,释放出纤维蛋白肽 A (FPA),生成不稳定的可溶性纤维蛋白 I 单体,是凝血酶及纤溶酶的较好底物。在蛇毒凝血酶的持续作用下,血管破损处的可溶性纤维蛋白原 I 单体 (FIM) 聚合成纤维蛋白 I 多聚体 (FIP),后者能促进血管破损处的血小板凝集、加速血小板止血栓形成,从而促进血管破损处的初期止血^[7]。在血管破损处生理性止血过程形成的凝血酶作用下,可溶性纤维蛋白原 I 单体迅速在 B β 链的 Arg16-Gly17 链处降解,释放出纤维蛋白肽 B,从而生成可溶性纤维蛋白 II,后者在凝血因子 X III 及 Ca²⁺ 作用下交联聚合成难溶性的纤维蛋白丝,交织成网,网罗血浆血细胞覆盖在血小板止血栓及附近,从而加固血小板血栓,起到止血作用;FAX 在血管破损处间接促进凝血酶形成,从而促进止血效应。在正常血管内蛇毒凝血酶没有血小板聚集作用,不存在血小板黏附,也不会释放 PF3,因此不会激活凝血酶原转变成凝血酶,故其在正常血管内无凝血作用^[8]。

术后血压维持在 140/90 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 左右。难控制的血压可选用硝普钠经微量泵持续缓慢静脉滴注,维持血压稳定。躁动不安者给予安定 10 mg 缓慢静脉滴注。

高血压脑出血是临床常见病,本研究结果表明高血压脑深部血肿穿刺引流术前充分准备,掌握好手术时机,术中选择合适的穿刺靶点,控制血肿抽吸量,针对术中出血,血肿腔灌注巴曲亭,对大部分出血有效。术后严密观察,控制血压,防止患者躁动,合理应用尿激酶,术后再出血血肿腔灌注巴曲亭无效者,立即行血肿清除术,根据情况决定是否减压。通过综合处理,可以降低术后再出血的病死率,改善预后。

参考文献

- 张剑宁,吴声伶.脑血管病的急症处理.急症神经外科学,2007,3:431.
- 梁思泉,张国福,焦德让,等.高血压脑出血术后再出血的探讨.天津医科大学学报,2005,1:432-434.
- 檀巨宁,毕艳华,雷学.高血压脑出血术后再出血临床分析.河北医药,2010,32:2358-2359.
- 刘兵.抗凝、抗血小板合并颅内出血的治疗.中华神经外科杂志,2009,25:954-956.
- Bae HG, Leek S, Yunl G, et al. Rapid expansion of hypertensive intracerebral hemorrhage. Neurosurgery, 1992, 31: 35-41.
- 潘进钱,叶盛,张宇,等.基底节出血抽吸靶点设计与术中出血及术后再出血的关系.中华神经外科杂志,2004,20:225-227.
- Stocker KF. Medical use of snake venom protein. Boston: CRC Press, 1990. 137.
- 於东辉,步秀云,张远,等.立止血对血液的作用及毒性研究.北京医科大学学报,1994,26:257.

(收稿日期:2011-01-24)