维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.2

微电极引导治疗帕金森病71例手术配合体会

喻启玲*

帕金森病是一种发生于中老年人的退行性疾病。其主要病理基础为中脑黑质致密部多巴胺类神经细胞的消失。我国35岁以上人群的发病率约为1%，长期药物治疗有明显的"开关"现象，药效降低及副作用。目前，微电极引导的立体定向功能神经外科手术进行神经核团毁损已经成为治疗帕金森病的有效手段。总结我院从1998年10月至1999年12月手术治疗原发性帕金森病71例，现将手术配合介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

男性41例，女性30例，年龄40～78岁，平均年龄58.8岁，病程3～24年，平均20.7年，其中A型(震颤型)13例，B型(运动迟缓，僵直型)5例，AB型(震颤伴僵直型)53例。术前8例在外院行其它手术治疗，其中丘脑腹外侧核毁损手术3例，γ－刀丘脑腹外侧核破坏2例，苍白球腹内侧部毁损术3例。

1.2 手术方式

12例A型患者行单侧丘脑腹外侧核毁损术，51例行苍白球腹后内侧部毁损术，1例行同期双侧苍白球腹后内侧部毁损术，1例行同期单侧苍白球腹后内侧部及丘脑腹外侧核毁损术，5例行延期双侧苍白球腹后内侧部毁损术。

1.3 术前准备

1.3.1 物品准备：除常规器械外，另备心电监护仪、氧气、电凝自停电钻、吸引器、骨脂、脑棉片等，检查CRW头环系统功能，微电极头置福尔马林薰箱消毒备用。

1.3.2 心理护理：术前一日手术室护士到病房探视患者，沟通感情。此组患者大多为老年患者，对他们的心理问题做好仔细的心理疏导，了解病史病情，与患者及家属亲切交谈，回答患者疑问，将康复患者的录相带介绍给患者观看，介绍手术过程(见附表)，为手术顺利进行创造条件。

附表 帕金森病手术治疗过程

步骤	方法	时间(min)	体位	目的
安装头环	1%利多卡因局麻下安装	10～20	坐位	建立定位座标
螺旋CT	在CT室完成	30	平卧位	确定毁损部位坐标
手术设计	在手术室完成	30	平卧	靶点准确
手术治疗	在手术室完成	60～120	平卧	对病灶进行毁损
头环拆除	取下患者头上头环	10	坐或卧	手术完成返回病房

1.4 手术配合

应用CRW立体定向系统，患者取坐位、1%利多卡因局麻下安装头环，头环应与听眦线(外眦上2mm外耳孔中点上3.5mm)平等。螺旋CT定位扫描，确定联合间径线上的中点，计算丘脑腹外侧核以及苍白球腹后内侧部的解剖坐标。丘脑腹外侧核靶点位于连合间径线的中点前2～4mm，下4～6mm，旁18～20mm；苍白球腹后内侧部靶点位于连合间径线同一平面的中点后3～5mm，旁13～15mm。取眉间中点上11～13mm，中线旁3cm为中点，纵行直切口、颅骨钻孔，十字切开硬脑膜、置入微电极，在预定靶点上方10mm记录，并分析其放电形式。根据微电极记录结果，置入直径为1.1mm的射频电极，分别于2HZ及100HZ行电刺激，确定内囊和视囊的位置，经反复验证靶点，无误后进行射频毁损，先行60℃ 30s试验性毁损，正式毁损温度为75°～85℃毁损时间为60～70s，根据患者精神症状缓解程度，丘脑腹外侧核毁损为间隔1mm做3～5个毁损灶，苍白球腹后内侧部的毁损为间隔1mm做5～7个毁损灶。

2 结果

震颤完全消失49例，20例术后静止震颤、僵直、运动迟缓均有较大改善，2例下颌静止性震颤明显缓解。术后左旋多巴类药物引起的异动症基本消失，除一例出现一过性面瘫，其余患者无视力、视野及肢体功能障碍。

3 讨论

通过71例患者的手术配合，深感此手术的成功，虽然有先进的影像学技术定位保证了手术的精确性，但护士有效的心理护理和准确的手术配合提高了治疗的安全性和有效性。此组患者大多为老年患者，动脉硬化、血压偏高。手术时间较长加上精神紧张及手术刺激可导致严重的并发症，因此，我们充分的术前准备，特别对患者心理护理显得尤其重要。我们在术前、术中、术后始终将血压控制在20 kPa以下，术中严密心电监护，常规在手术开始前静脉注射立止血一支，手术结束常规静脉注射立止血一支，由于我们采取了以上措施，无一例颅内出血并发症发生。此组患者全部在清醒状态下行手术，手术时间2～4h，护士准确的语言与患者交谈，比较震颤、强直等症状的改善情况，有无中枢性面瘫，视力下降，语言障碍，肢体活动异常等情况，发现问题及时报告医生处理，保持患者在术中情绪稳定。71例手术都能成功完成，无一例出现严重并发症，证明我们术中配合措施是行之有效的。

(收稿日期：2002-04-10)

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学西南医院门诊部