



• 论 著 •

微创钻孔引流术与开窗血肿清除术治疗高血压脑出血效果及神经功能缺损程度对比分析

张 坚 何 华

(桂阳县第一人民医院神经外科 湖南郴州 424400)

摘要：目的：对比分析微创钻孔引流术与开窗血肿清除术治疗高血压脑出血效果及神经功能缺损程度。方法：选取本院收治的高血压脑出血患者 86 例进行研究，以随机数字表法分为对照组 (n=40) 和观察组 (n=46)，对照组采用开窗血肿清除术治疗，观察组采用微创钻孔引流术治疗。对比两组治疗效果。结果：观察组患者的手术时间、住院时间均比对照组短，术后再出血发生率低于对照组，神经功能缺损评分显著低于对照组 ($P<0.05$)。结论：对高血压脑出血患者采用微创钻孔引流术治疗，患者的手术时间、住院时间均比较短，神经功能缺损评分显著下降，同时术后脑出血发生率比较低，具有较高的临床应用价值。

关键词：微创钻孔引流术；开窗血肿清除术；高血压脑出血；治疗效果

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 03-186-02

近些年，随着社会经济的快速发展，人们的生活节奏不断加快，高血压脑出血的发病率也呈逐年上升趋势，而且发病年龄趋于年轻化 [1]。目前，临床中主要采用手术方法治疗高血压脑出血疾病，由于近些年我国医疗水平不断进步，运用于手术的设备也不断更新，其中微创手术被广泛的运用于临床治疗中。为了进一步研究分析微创手术在高血压脑出血临床中的治疗效果，我院就微创钻孔引流术和开窗血肿清除术的治疗效果进行了对比研究，以下是具体的分析报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 1 月-2017 年 12 月收治的高血压脑出血患者 86 例参与本次研究，并随机分为对照组和观察组，对照组共 40 例，其中男 24 例，女 16 例，年龄 40-78 岁，平均 (52.1 ± 2.1) 岁，高血压病程 6-12 年，平均病程 (9.1 ± 0.6) 年；观察组共 46 例，其中男 24 例，女 22 例，年龄 41-78 岁，平均 (59.8 ± 1.2) 岁，高血压病程 5-13 年，平均病程 (10.1 ± 0.3) 年。两组患者上述各项资料情况相比，无显著差异， $P>0.05$ ，表明本研究资料可比。

1.2 治疗方法

对照组采用开窗血肿清除术治疗：①对患者实施全麻措施，并对患者实施气管插管操作。②利用 CT 确定患者手术的范围，并从颅骨进行钻孔，一直到骨窗 3cm 处。③在进入颅内后，按照十字形切开硬脑膜，在避开重要功能区域的情况下用穿刺针进行检查患者血肿情况。④一般情况下选择血肿距离皮质较浅的位置进入，但经脑沟切开的长度一般不宜超过 3cm。⑤患者清除血肿的占比量一般在 60% 以上，然后利用 CT 检查患者脑部的血肿情况，如果脑部血肿清除良好，则需要闭合引流管，直至患者颅内无高压的情况下方可拔除引流管。

观察组采用微创钻孔引流术治疗：①利用 CT 检查患者血肿情况，了解血肿最大层面；确定头颅穿刺部位和深度，并做好标记；放大穿刺层面的 CT 片，测量血肿的直径，并准确计算引流管的位置和深度，当然，一般情况下要确保引流管在血肿的中央位置，进而能够最大限度的引流血肿。②对患者进行局部麻醉，钻孔时要避开患者的重要血管位置。③从做好的标记处直接切开头皮，从颅骨钻孔，然后在电凝处理脑皮质和硬膜后，便可以放置引流管进行引流血肿。如果患者的血肿液比较黏稠，则需要采用 5ml 的注射器进行抽取血肿液。在抽取血肿液期间需要对阻力进行监测，如果患者脑部血肿液抽吸阻力比较大，则需立即停止抽吸，同时还要避免注射器被血块阻塞的情况。为了避免造成脑脊液混浊的情况，一般情况下需要提高引流袋，一般抬高的高度与外耳道平面相距 10-15cm 为最佳。患者在实施引流术 2d 后需要采用 CT 检查引流管的位置、观察血液的残留情况。④患者的

血肿在术后 4d 左右消失的情况下，先通过 CT 检查血肿实际清除情况，再对引流管进行闭合 24h，在确保患者颅内无高压的情况下可以拔除引流管。

1.3 观察指标

神经功能缺损评分以 NIHSS 量表 [2] 进行评定，包括意识水平、肢体运动、共济失调、感觉、语言、构音障碍、消退和不注意 7 个项目，分级为 0~1 分为正常或接近正常；2~4 分为轻度卒中；5~15 分为中度卒中；16~20 分为中-重度卒中；21~42 分为重度卒中且存在死亡风险。

观察比较两组患者的手术时间、住院时间，以及患者出血发生情况等。

1.4 统计学方法

此次研究使用 SPSS16.0 统计软件进行分析，出血发生率 (%) 表示，行卡方检验；神经功能缺损评分、手术时间、住院时间等均采取 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验。 $P<0.05$ 表示统计结果差异明显，具统计学意义。

2 结果

2.1 手术时间、住院时间比较

观察组患者的手术时间、住院时间均比对照组短 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 手术时间、住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)
对照组	40	70.45±4.18	18.75±4.52
观察组	46	38.35±3.02	14.95±3.32
t	--	41.184	4.480
P	--	0.000	0.000

2.2 治疗前后神经功能缺损评分比较

两组患者治疗前神经功能缺损评分均无显著差异，治疗后，观察组患者的神经功能缺损评分显著低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前后神经功能缺损评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	5.78±2.18	3.43±0.79
观察组	46	5.32±1.02	1.95±0.32
t	--	1.280	11.661
P	--	0.204	0.000

2.3 出血发生率比较

观察组患者发生出血 2 例，出血发生率为 4.35% (2/46)，对照组 (下转第 189 页)



是对病变部位进行相应的置换,保护患者侧间室的关节、交叉韧带等,使得手术后患者的膝关节与正常关节相似,避免患者症状进一步加深。同时,这项手术具有手术时间短、失血量少、康复进程快、费用低、创伤小、骨量保留多等优点,使得单踝置换术在治疗膝关节骨性关节炎中具有较高的临床价值。

李坚,潘玲等人[6]认为,运用单踝置换术治疗膝关节单间室骨性关节炎具有显著效果,其影像学检查表明假体位置良好,无松动,说明该项手术对于患者膝关节功能康复起到积极作用。同时,在膝关节功能评分上也显著提升,由手术前的71.3分提升到87.2分,说明手术之后患者的膝关节功能有所恢复。本次实验中,实验组患者影像学检查表明患者的假体位置正常,与常规组全膝关节置换术之间没有太大差异($P>0.05$),说明在治疗膝关节骨性关节炎的时候运用单踝置换术也可以取得相应的治疗效果。但是,在并发症方面,实验组的各项指标明显少于常规组($P<0.05$),这说明单踝置换术在治疗膝关节单间室骨性关节炎具有显著效果,可以减少患者并发症的发生概率,提升患者治疗效果,促进患者疾病康复。

综上所述,在治疗膝关节单间室骨性关节炎的时候,运用关节镜辅助单踝置换术进行治疗,效果显著,可以有效地提升患者关节功能障碍,减少患者并发症的发生,具有较高的临床价值,值得作用和推广。

参考文献:

- [1] 蒋小军,王生介,厉晓龙,赵小灵,王辉等.小切口单踝置换术与全膝关节置换术治疗膝骨关节炎的临床疗效观察[J].中外医学研究,2015,13(34):44-46.
- [2] 楚宇鹏,陈学武,吴祝期,胡艇,江晨鎔等.关节镜下清理结合单踝置换术治疗严重膝内侧间室骨性关节炎的疗效研究[J].中国现代医生,2016,54(35):55-58.
- [3] 傅永慧,姜荣锋,许正文,张瑞,钱鹏鹏.关节镜下清理结合膝关节单踝置换术治疗膝骨关节炎[J].山西医药杂志,2012,41(3):284-286.
- [4] 文涛,马童,薛华明,杨涛,涂意辉.单踝置换术联合关节镜治疗内侧间室骨关节炎合并外侧半月板损伤[J].中华骨与关节外科杂志,2016,9(6):464-467.
- [5] 康凯,高石军,郑晓佐,李彤,陆博等.单踝置换术治疗中年膝关节内侧间室骨关节炎的中期疗效[J].中华骨科杂志,2014,34(6):638-644.
- [6] 李坚,陈孙裕,肖展豪,潘玲,吴德仙.关节镜辅助单踝置换术治疗膝内侧间室骨性关节炎的临床疗效观察[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(12):1146-1148.

(上接第184页)

相关资料中有记载,p53基因和肿瘤的相关性比较高,而p53基因又被划分成两种,即:野生型与突变型,前者存在于正常细胞当中,为抑癌基因,具有负调控细胞分裂以及增殖作用,半衰期较短,经免疫组化检测后不易被发现。HER-2为细胞癌基因,在胚胎发育时期便开始表达,待成年之后,于正常组织中有少量的表达[4]。Ki-67是细胞核的相关抗原,存在于细胞核中,具备非组蛋白这一特点,在增殖期细胞中有较广泛的表达,但在静止期细胞当中则不表达。故,Ki-67成为了临床医师评价细胞增殖的一个重要指标。此研究结果表明,本组100例病患的p53与HER-2表达在淋巴结转移和不同分化程度上有显著差异,而Ki-67表达则在不同浸润深度上有明显差异, $P<0.05$ 。

(上接第186页)

患者发生出血10例,出血发生率为25.00%(10/40),($\chi^2=7.600$, $P=0.006$)。

3 讨论

高血压脑出血是脑血管疾病的主要并发症之一,对患者的致死率非常高,同时也严重威胁着患者的生命[3]。目前,随着我国医疗技术水平的不断提升,临床中主要采用手术措施治疗高血压脑出血现象,患者的临床治疗效果显著。

在本次研究中,我院对46例高血压脑出血患者采用微创钻孔引流术治疗,其中观察组患者的手术时间、住院时间等均比对照组短,患者的神经功能缺损评分显著低于对照组,脑出血发生率显著下降($P<0.05$),说明微创钻孔引流术治疗高血压脑出血疾病的效果显著。高血压脑出血现象主要源于患者颅内血压突然升高,在短时间内超出了颅内血压的正常范围,最终造成颅内的动脉瘤破裂,引发脑出血现象。患者脑出血情况严重者将导致患者出现失语、偏瘫等意识障碍,不利于患者正常生活。而微创钻孔引流术,主要通过微创手术,将患

者颅内的血肿通过引流术进行反复抽吸、液化、引流,对患者血肿进行清除,避免血肿在患者脑部残留的现象。由于微创钻孔引流术治疗后患者的脑组织灌注恢复速度快,患者脑神经压迫现象得到缓解,而且整体手术操作方便,在临床手术中应优先选择。

参考文献:

- [1] 董亮,钱震,施蓉蓉等.结直肠腺癌组织中p53、HER-2和Ki-67的表达及其临床病理意义[J].诊断病理学杂志,2015,22(1):19-22,26.
- [2] 马海龙,邱春丽,邵志勇等.Ki-67、p53及HER-2在结直肠腺癌组织中表达的临床意义[J].现代肿瘤医学,2016,24(12):1920-1923.
- [3] 张志勇,赵增仁,吴晨鹏等.结直肠腺癌中miRNA-10a的表达及意义[J].临床与实验病理学杂志,2013,29(11):1168-1171.
- [4] 张海勇,危晓莉,王玲玲等.结直肠腺癌中神经内分泌细胞微卫星改变和p53基因突变的检测[J].中华病理学杂志,2013,42(1):10-14.

者颅内的血肿通过引流术进行反复抽吸、液化、引流,对患者血肿进行清除,避免血肿在患者脑部残留的现象。由于微创钻孔引流术治疗后患者的脑组织灌注恢复速度快,患者脑神经压迫现象得到缓解,而且整体手术操作方便,在临床手术中应优先选择。

综上所述,高血压脑出血患者采用微创钻孔引流术,有效缩短了患者的手术时间和住院时间,降低了神经功能缺损评分,脑出血发生率也显著下降,临床应用价值比较高。

参考文献:

- [1] 杨伟,卢鹏.对比微创钻孔引流术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的临床效果[J].影像研究与医学应用,2017,1(07):182-183.
- [2] 段勇刚,袁波,谭占国等.微创钻孔引流术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血疗效对比[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(07):61-63.
- [3] 钱卫添,胡建军,胡朝晖等.微创钻孔引流术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血疗效观察[J].数理医药学杂志,2017,30(03):353-354.